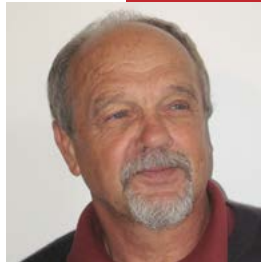


Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 18 (2015), ŠTEVILKA 3



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 18, številka 3, 2015

KAZALO**UVODNIK (INTRODUCTORY)****ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI (SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES)**

- 3 Jože Ramovš: Deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe
- 26 Sunčica Stankov: Korelacija med procesom staranja in tipom osebnosti v geriatrični populaciji
- 36 Asja Videčnik: Kazalniki depresije in telesna dejavnost pri starejših prebivalcih Slovenije

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 53 Vsiljivka v družini (Ksenija Ramovš) 55
- 55 Poročilo evropske komisije o staranju za leto 2015 (Ana Vujović)
- 58 Uporaba spletnih družbenih omrežij med starejšimi in najstniki (Vida Alauf)
- 60 Komunikacija in staranje (Veronika Mravljak Andoljšek)
- 64 **Drobci iz gerontološke literature** (Vida Alauf, Maja Kulovec)
- 67 **Dogodki** (Tina Lipar)

GERONTOLOŠKO IZRAZJE (GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS)**GERONTOLOŠKO IZRAZJE**

- 68 Institucionaliziranost (Jože Ramovš)
- 69 Denstucionalizacija (Jože Ramovš)

SIMPOZIJ, DELAVNICE – SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

- 71 Evropski forum o socialnih inovacijah in aktivnem staranju (Ana Vujović)

INTERVJU

- 73 Branko Škrajnar ter Jože Ramovš, Veronika Mravljak Andoljšek in Tina Lipar: Štiri desetletja izkušenj s skupinami

GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 87 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 18, Num. 3. 2015

Slika na naslovnici: Branko Škrajnar

Že kar nekaj časa se v uvodniku in delu revije posvečamo vprašanju dolgotrajne oskrbe. To je eno najbolj perečih socialnih vprašanj v Sloveniji. Čim prej bi morali nanj odgovoriti na način, kot ga v zadnjih dveh desetletjih rešujejo druge evropske države. V to nas sili skupna evropska politika in čedalje bolj pereče stanje doma. Pred desetletjem je bil finančni vložek v zagon sistema dolgotrajne oskrbe še sorazmerno majhen, naša državna blagajna pa še ni bila v obdobju suhih krav. Škoda, da slovenska politika in uprava od osamosvojitve Slovenije naprej nista kazali učinkovite volje za socialno oskrbo in zdravstveno nego starostno onemoglih in kronično bolnih. Čeprav ne kaže, je to eno od najobčutljivejših točk socialne varnosti. Na tem področju ni stavk ne medijskih pritiskov. Samo od sebe se ne bo rešilo. Tudi s pisanjem strokovnih člankov in knjig ter z raziskovalnimi analizami ne. Ali ima torej kak smisel, da v reviji prinašamo spoznanja, dobre izkušnje in analize o tem? Menimo, da ima smisel, ker daje političnim in upravnim snovalcem bodočega zakona o dolgotrajni oskrbi strokovne informacije.

V prejšnji številki smo pisali o razbremenilni pomoči družinskim oskrbovalcem, ki nosijo na svojih plečih tri četrtine oskrbe. Sistemi za dolgotrajno oskrbo po svetu se pravkar trudijo za učinkovito podporo tej tihi večini oskrbovalcev, da se njen delež ne bi manjšal in s tem sesul oskrbovanje. Danes se dotikamo vloge krajevne skupnosti, ki je organizacijsko izhodišče kakovostnega, celovitega in finančno vzdržnega sistema dolgotrajne oskrbe. Ne podpora družinskim oskrbovalcem ne opolnomočenje vloge krajevne skupnosti nista v interesnem polju močnejših lobijev, ki zavirajo sprejem tega sistema ali ga želijo usmeriti v slepe ulice svojega interesa.

Dolgotrajna oskrba starostno onemoglih ljudi sodi v domeno krajevne skupnosti enako kakor otroško varstvo ali še bolj, saj se otroci brez težav prilagodijo varstvu v tujem kraju, selitev starega človeka iz njegovega kraja pa ga dobesedno izkorenini. Ko se je v zadnjega pol stoletja razvijalo otroško varstvo, je bilo samoumevno, da se vrtci gradijo v središču vsake krajevne skupnosti. Bil je »stoletje otroka«, zato so stroke, politika in uprava samoumevno umeščale vrtce v prostorsko najugodnejše lokacije krajevnih središč. Domovi za stare ljudi (tedaj edini javni program za oskrbo onemoglih starih ljudi) so bili prvi dve desetletji po drugi svetovni vojni v starih gradovih. Po letu 1970 smo po zaslugi pionirja slovenske gerontologije Bojana Accetta in njegovih sodelavcev začeli obnavljati stare domove in graditi nove, seveda po tedanjih razvojnih merilih. V teh štirih desetletjih je bil razvoj na področju programov za oskrbo vsaj tako velik kakor v avtomobilski industriji. Žene ga spoznanje, da sodi oskrba starostno onemoglega človeka v krajevno skupnost, kjer je bil ukoreninjen. Človeka presune, ko sliši stanovalko v oddaljenem domu: »Rada bi slišala glas domačega zvona!« Pa domačo govorico okrog sebe. In videla skozi okno svoj kraj, pod oknom pa domače ljudi.

V sodobni dolgotrajni oskrbi pride dom za stare ljudi med deset in več krajevnimi programi na vrsto zadnji. Prva je sistemska pomoč pri prilagajanju svojega stanovanja za življenje v starosti. Po Evropi intenzivno ozaveščajo ljudi o tem in občinska služba za urejanje prostora in infrastrukturo je lahko odličen svetovalec, sistemi za dolgotrajno oskrbo pa omogočajo ljudem nepovratno finančno pomoč pri prilagoditvi stanovanja za starost. Vrsta programov pomaga, da lahko onemogel človek živi doma in da razbremenijo svojce, ki skrbijo zanj. Šele če noben drug oskrbovalni program ne zadostuje več, pride na vrsto preselitev v domač krajevni dom za stare ljudi, ki je po sodobnih merilih gospodinjska skupina, ki v resnici deluje na podoben način kot domače gospodinjstvo.

Če je sodobna dolgotrajna oskrba dobro organizirana na krajevni in nacionalni ravni, ni nič dražja kakor tista, ki deluje po konceptih izpred štirih desetletij – podobno kot sodobni avtomobili niso dražji od potratnih in neudobnih iz sedemdesetih let. Eno od izhodišč bodočega slovenskega zakona o dolgotrajni oskrbi je torej finančno in strukturno omogočiti krajevnim skupnostim, da bodo poskrbele za kakovostno sodobno oskrbo svojih občanov.

Urednik

KAKOVOSTNA STAROST GOOD QUALITY OF OLD AGE

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Izdajatelj in založnik / PublisherInštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje
Resljeva 11, p. p. 4443, 1001 LjubljanaISSN 1408 – 869X
UDK: 364.65-053.9**Uredniški odbor / Editors**dr. Jože Ramovš (urednik)
Tina Lipar**Uredniški svet / Editorial Advisory Board**prof. dr. Herman Berčič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport*)
prof. dr. Vlado Dimovski (*Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta*)
dr. Simona Hvalič Touzery (*Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*)
prof. dr. Zinka Kolarič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede*)
prof. dr. Ana Krajnc (*Univerza za tretje življenjsko obdobje*)
Vida 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 (*zdravnik in bivši minister za zdravje*)**Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board**prof. dr. Mladen Davidović (*Center for geriatrics, KBC Zvezdara, Beograd, Srbija*)
prof. dr. David Guttman (*Faculty of Welfare and Health Studies, School of Social Work, University of Haifa, Izrael*)
dr. Andreas Hoff (*Oxford Institute of Ageing, VB*)
dr. Iva Holmerová (*Centre of Gerontology, Češka*)
prof. dr. Ellen L. Idler (*Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Rutgers University, ZDA*)
dr. Giovanni Lamura (*National Research Centre on Ageing – INRCA, Italija*)**Pregled besedila:** Veronika Mravljak AndoljšekPovzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:
Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO, ProQuest.**Oblikovanje in priprava za tisk:** Salve d.o.o. Ljubljana, Rakovniška 6**Tisk:** Itagraf d.o.o. Ljubljana

Cena: letnik 20 €, posamezna številka 6 €

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

Revijo Kakovostna starost v letu 2015 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2015 in 2016 (pogodba št. 630-136/2015-1)

Jože Ramovš**Deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe****POVZETEK**

Po uvodni definiciji pojmov institucionalizacija, deinstitucionalizacija in dolgotrajna oskrba se članek posveti antropološki dinamiki med osnovnima človeškima potrebama po individualnem osebnem razvoju (svobodi) in po sožitju z drugimi ljudmi v skupnosti (odgovornosti). Ti potrebi sta lahko sinergično komplementarni, pogosto pa ena prevlada nad drugo. Odgovori na ta vprašanja so osnova za razumevanje nihanj med institucionaliziranjem in prizadevanji za deinstitucionalizacijo v človeški zgodovini. Članek oriše razvoj tega dogajanja v preteklosti in danes. Prikaže današnji proces deinstitucionalizacije po svetu in v Sloveniji na področjih vzgoje, zdravstva in drugje.

Osrednji del članka razčleni deinstitucionalizacijo na področju dolgotrajne oskrbe kronično bolnih, starostno onemoglih in invalidnih ljudi. Sodobna krajevna mreža šestnajstih oskrbovalnih programov omogoča deinstitucionalizirano oskrbo v krajevni skupnosti. Domovi za stare ljudi, ki so eden od teh programov, se lahko notranje deinstitucionalizirajo tako, da se reorganizirajo iz klasičnega bolnišnično-hotelskega tipa v sodoben model gospodinjstev skupin. Tak dom lahko postane srce celotne mreže oskrbovalnih programov v skupnosti, zlasti če je organiziran kot krajevno medgeneracijsko središče za kakovostno staranje.

Ključne besede: institucionalizacija, deinstitucionalizacija, dolgotrajna oskrba, antropologija, oskrbovalni programi, dom za stare ljudi, krajevno medgeneracijsko središče

AVTOR: Dr. Jože Ramovš je leta 1975 diplomiral iz socialnega dela in leta 1986 doktoriral iz antropologije pri Antonu Trstenjaku na Teološki fakulteti. V Nemčiji je v letih od 1988 do 1992 pri Elisabeth Lukasovi opravil podiplomsko specializacijo iz Franklove eksistencialne analize in logoterapije, v letih od 1999 do 2003 se je v Münchnu usposobil za trenerja partnerske komunikacije. V ospredju njegove raziskovalne, pedagoške in akcijsko-razvojnne 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; le-ta je preventivni koncept vsakdanje samopomoči in solidarnosti, ki ga razvija na osnovi celostnega antropološkega pojmovanja človeka in metodike socialnega učenja v skupinah. Izhaja iz načela neločljive povezanosti med raziskovalnim, pedagoškim in praktičnim akcijsko-razvojnim delom na področju strok, ki se posvečajo delu z ljudmi. Njegova znanstvena in strokovna bibliografija obsega nad tisoč enot.

ABSTRACT**Deinstitutionalization in long term care**

Articles defines terms of deinstitutionalization, institutionalization and long-term care and describes the anthropological dynamics between basic human needs for personal

development (freedom) and relations with other people in the community (responsibility). These two needs can be synergistically complementary, but one often prevails over the other. Addressing these issues is the basis for understanding the oscillations between the institutionalization and the efforts for de-institutionalization in human history. This article outlines the course of oscillations in the past and in the present. It describes present's de-institutionalization process in the world and in Slovenia in the fields of education, health system and elsewhere.

The main part of the article divides de-institutionalization among the following fields: long-term care of chronically ill, infirm elderly and disabled people. Modern local network of sixteen long term care programs enables de-institutionalized care in the local community. Residential care homes for old people, that are part of these programs, can be internally de-institutionalized by reorganization of a classic hospital-hotel type into a modern model of household groups. This modern type of residential care homes can become the centre of the entire network of care programs in the community, especially when it is organized as a local intergenerational centre for quality aging.

Key words: institutionalization, deinstitutionalization, long-term care, anthropology, long-term care programs, residential care homes, local intergenerational centre

AUTHOR: *Dr. Jože Ramovš graduated from social work in 1975 and in 1986 he took his PhD degree from anthropology at Anton Trstenjak at the Faculty of Theology; in the years from 1988 to 1992 he finished a post-graduate specialization from Frankl's logotherapy and existential analysis at Elisabeth Lukas in Germany, where in the years from 1999 to 2003 he qualified himself for the trainer of partners communication. At the forefront of his research, pedagogical and action-development focus are primarily: co-existence in solidarity; communication among young, middle and third generation; personal preparation for quality ageing and preparation of the society for large proportion of the older population; addictions and intoxications. In these areas, he develops and introduces new programmes based on anthropo-hygiene; this is the preventive concept of everyday self-help and solidarity, developed on the basis of holistic anthropological concept of a human and on the methodology of social learning in groups. He follows the principle of inseparable connectedness among research, pedagogical and practical action development work in the field of disciplines devoted to work with people. His scientific and professional bibliography includes over a thousand units.*

V tem članku uporabljamo gerontološke in medgeneracijske pojme v pomenih, kakor jih opredeljuje nastajajoči slovar slovenskega izrazja s tega področja (<http://www.institut-antontrstenjaka.si/gerontologija/slovar/>). Naslovna pojma pa imata naslednja pomena.

Institucionalizacija je družbeni proces, v katerem dejavnosti, ki so ljudem potrebne za življenje in sožitje, prehajajo v vedno bolj formalno, z normami določeno organizacijsko obliko ustanov ali institucij, zadovoljevanje teh potreb v skupnosti pa slabi; pri tem se večja pomen ustanov in sistemov za izvajanje teh dejavnosti, medtem ko ljudje, katerim so ustanove namenjene, in neposredni izvajalci dejavnosti v njih izgubljajo svobodo pobude, odločanja in ustvarjalnega ravnanja. **Deinstitucionalizacija** je družbeni

proces, s katerim se preveč institucionalizirane življenjske dejavnosti organizacijsko in doživljajsko vračajo v življenje in sožitje celotne krajevne ali druge človeške skupnosti.

Dolgotrajna oskrba je pomoč ljudem, ki zaradi starostne onemoglosti, kronične bolezni ali invalidnosti ne morejo sami opravljati (osnovnih in instrumentalnih) vsakodnevnih opravil. Dolgotrajna oskrba vključuje: oskrbovance; formalne in neformalne oskrbovalce; programe, ki oskrbo omogočajo ali olajšujejo; stroke, ki te programe razvijajo in izvajajo; ter javne, civilne in druge ustanove, ki organizacijsko, finančno, prostorsko in drugače omogočajo organizacijo, izvajanje in razvoj dolgotrajne oskrbe. Formalna oskrba obsega organizirane storitve, ki jih službeno nudijo strokovnjaki in službe po veljavnih predpisih, neformalna oskrba pa je pomoč družinskih oskrbovalcev, sosedov in prostovoljcev pri opravljanju vsakodnevnih opravil.

1 ANTROPOLOGIJA IN ZGODOVINA INSTITUCIONALIZACIJE

Kar se dogaja v družbi, izhaja iz človekovih potreb, zmožnosti in stališč, pa naj gre za zdrav razvoj ali za zlorabo potreb in zmožnosti, ki posameznikom povzročata težave in stiske, skupnosti pa stagnacijo ali nazadovanje. Dogaja se v konkretnem času in zgodovinskih razmerah. Da bi torej družbene procese dojeli, jih moramo gledati v neločljivi povezanosti z antropologijo in zgodovinskim razvojem določenega procesa.

S tega vidika je pri iskanju odgovora na vprašanje institucionaliziranosti dolgotrajne oskrbe in njene deinstitucionalizacije naše izhodišče *prvinska človeška potreba po oskrbovanju bolnih in onemoglih ljudi v skupnosti*. Starostna onemoglost, bolezen in invalidnost so redni človeški pojavi v vsaki skupnosti; solidarna pomoč, ki jo zdravi člani skupnosti dajejo tem ljudem pri opravljanju osnovnih življenjskih opravil, pa je konstitutivni element obstoja in razvoja človeške vrste v vseh kulturah.

Drugo antropološko spoznanje, ki je odločilno pri iskanju odgovora na vprašanje institucionaliziranosti dolgotrajne oskrbe in njene deinstitucionalizacije, je *dinamika med osnovnima človeškima potrebama po individualnem osebnem razvoju in po sožitju z drugimi ljudmi*. Ti dve potrebi sta lahko sinergično komplementarni, pogosto pa se dogaja, da ena prevlada na račun druge. V tem primeru gre za patologijo.

Institucionalizacija se dogaja, ko je zanemarjen razvoj človekove osebne individualnosti, svobode in odgovornosti, od katerih je odvisen osebni razvoj. Nasprotna je patologija individualizma, ko si posameznik prilasti večjo vrednost od drugih ljudi ali več pravic, kakor jih daje drugim, pa najsi to počne samo v svojem doživljanju (narcizem, egoizem) ali na področju imetja (npr. sodobno »tajkunstvo«), moči, veljave ali oblasti (družbeni in družinski diktatorji, kult osebnosti). Ti dve vrsti patologije se lahko med seboj prepletata, čeprav izvirata iz nasprotnih človeških potreb in zmožnosti. Ko namreč človek psihosocialno oboleva, se motnja širi na celoto človekovanja in občestvovanja in ne ostaja na področju potrebe ali zmožnosti, kjer se je začela, podobno kakor se telesno obolenje z enega organa širi na celoto organizma. Institucionalizacija je zato navadno kombinacija patološke pomasovljenosti in individualističnega egoizma.

V zgodovini je nihanje med institucionalizacijo in njenim upadanjem vidno na vseh področjih človeškega udejstvovanja, npr. pri vzgoji, izobraževanju, kulturi, delu,

trgovanju, razvedrilu, zdravljenju, socialni oskrbi, duhovnem poglobljanju v zadnje skrivnosti življenja itd.

Za zgodnje človeške skupnosti v sto tisočletjih pred udomačitvijo živali in kultiviranjem rastlin se je v preteklosti menilo, da so živele v zelo spontani in svobodni naravni celovitosti življenja in sožitja v skupnosti, torej brez vsake institucionaliziranosti. Jasno je, da te skupine po nekaj deset ljudi, ki so se selili v nabiralniškem iskanju hrane, niso imele institucij, kakršne so nastajale v stacionarnih poljedelskih in mestnih kulturah zadnjih deset tisoč let. Zdi pa se, da so v teh skupnostih živeli po ustaljenih običajih in normah, te pa vse člane skupnosti usmerjajo z močjo, ki jo lahko primerjamo z instinktom živalskih združb. To bi pomenilo, da je bilo življenje v zgodnejših človeških skupnostih brez institucij zelo institucionalizirano. Kako je bilo, ne vemo, socialni razvoj človeštva je namreč neprimerno bolj zavil v meglo kakor biološki ali materialni (orodja) razvoj, zato misleci povezujejo odkrita fosilna dejstva in poznejše sorodne izkušnje v različne, pogosto med seboj nasprotujoče se konstrukte; med najnovejšimi avtorji, ki so s svojim konstruktom poskušali orisati socialno zgodovino človeštva, je Harari (2014).

Zadnja tisočletja se je počasi razvijala tradicionalna civilizacija. Zanja sta značilna poljedelsko-obrtniško in mestno-trgovsko sožitje, ki delujeta v mejah vojaške moči oblastnih struktur. Institucionaliziranost je v tem času dosegla grozljive razsežnosti v suženjstvu. Za njegov obstoj je tedanja znanost oblikovala »antropologijo«, po kateri človek preneha biti človek, čim postane suženj; spremeni se v govorečo žival. V 1. stoletju, ko sta bila rimsko cesarstvo in suženjski sistem, na katerem je temeljilo, na višku, je bilo za notranji (antropološki) razkroj tega sistema pomembno drobno Pavlovo pismo Filemonu, gospodarju pobeglega sužnja Onezima, ki se nahaja v Svetem pismu (Sveto pismo).

Institucija tlačanstva v srednjem veku je bila v primerjavi s suženjstvom blažja de-institucionalizacija.

Vzporedno z obema in vse do danes je togo navzoča patriarhalna institucionaliziranost večvrednosti moške vloge pred žensko. Tudi njej je tedanja znanost asistirala s teorijami o manjvrednosti ženskega spola, celo s trditvami, da ženska ni v polnosti človek. Že iz tega se kaže, kako je vsakokratna znanost služila tako institucionalizaciji kakor njenemu de-institucionalizacijskemu zmanjševanju v smeri primernejšega sožitja v skupnosti. V izobraževanju je npr. metoda predavanja prilagojena institucionaliziranosti življenja, metoda skupinskega socialnega učenja z dialogom na osnovi izkušenj pa usmerja v de-institucionaliziran razvoj sožitja v družini, skupinah in skupnostih.

V polpreteklem družbenem obdobju, za katerega je značilen industrijski razvoj, se je institucionalizacija stopnjevala na vseh družbenih področjih in je verjetno zaobjela vsa področja življenja in sožitja bolj kakor kdaj prej v zgodovini. Življenjske in preživetvene razmere delavca v tovarnah zgodnjega kapitalizma so zanj in za družino podobno rizične kakor v suženjstvu; delo in zaslužek za preživetje sta bila skrajno institucionalizirana po diktatu kapitalskega dobička. Težnja po učinkoviti serijski proizvodnji s pomočjo strojev in tehnične energije za njihov pogon je prešla v splošno miselnost. Na družbenem področju je to pomenilo oblikovanje ustanov za »serijsko« vzgojo, izobraževanje,

upravo skupnosti, socialno oskrbo onemoglih ... Pri taki miselnosti sta enkratnost in edinstvenost posameznega človeka podrejeni učinkovitemu delovanju vzgojne, upravne ali socialne ustanove za povprečnega uporabnika – torej za vse in za nikogar. Ustanova ima svoje hišne rede, pravilnike, normative, standarde in druge instrumente, ki se jim morajo prilagoditi vsi: uporabniki in tisti, ki v ustanovi delajo z njimi. Ti procesi so najbolj raziskani v totalnih ustanovah, v katerih je človek primoran na predpisan način dolgotrajno zadovoljevati vse svoje telesne, duševne in socialne potrebe (vzgojni zavodi, zapori in psihiatrične ustanove) ali se mu to godi vse do smrti (oskrbovalne ustanove). Na državni ravni so industrijska miselnost in njeni procesi institucionalizacije najvidnejši v prosvetljenih absolutizmih 19. stoletja in diktaturah 20. stoletja.

Paradigma industrijskega časa je bila torej univerzalna institucionalizacija človeškega življenja in sožitja. Njen vsakdanji simbol so izkaznice in kartice, s katerimi dokazujemo svojo identiteto, pripadnost številnim ustanovam in odvisnost od njih – od osebne izkaznice preko bančnih in članskih v civilnih organizacijah, do potrošniških kartic v »klubih« s točkami zvestobe za popust. Naš antropolog Anton Trstenjak se je rad pošalil: »Sodobni človek je poln izkaznic!«

Institucionalizirana družba je lahko – vsaj določen čas – organizacijsko in delovno učinkovita; hitre akcije reševanja, kakršna je npr. gašenje požara, zahtevajo visoko organizirano institucionaliziranost avtoritarnega vodenja. Splošno razširjena institucionaliziranost življenja in sožitja v vsakdanjem življenju družbe pa s svojo »Prokrustovo posteljo« pri vseh članih usodno utesnjuje in duši razvoj človeške ustvarjalnosti, osebno zorenje in kakovostno sožitje v družini ter v prijateljskih in drugih primarnih skupinah. Taka družba zato na daljši rok zaostaja. Iz svojih zdravih sil se od znotraj reformira v smeri večje osebne človeške svobode in odgovornosti ali propade. Razvoj je namreč rezultat ustvarjalnosti, ta pa je vedno osebna (Trstenjak, 1981), je vedno sad v razvoju osebne svobode in odgovornosti (Frankl, 2014).

Kakor sta potreba po osebni svobodi in potreba po sožitju z drugimi sinergično komplementarni za preživetje vsakega posameznega človeka, tako sta v družbi preživetveno komplementarna individualni razvoj vsakega posameznika in organizirano sožitje med vsemi ljudmi v skupnosti. Organiziranje urejenega sožitja v skupnosti je pristna potreba, celo več, je preživetvena in razvojna nuja, saj družbeni nered, še zlasti vojna, ogrozi obstoj vsakogar in zavre razvoj. Organiziranje v družbi se sprevrže v socialno patologijo institucionaliziranosti takrat, ko organizacija v celotni družbi ali v njenih posameznih delih postane samostojna sila, ki gospoduje nad potrebami ljudi.

1.1 SODOBNE TEŽJE PO DEINSTITUCIONALIZACIJI

Danes ob vsej institucionaliziranosti delujejo tako močne težnje po deinstitutionalizaciji kakor verjetno nikdar doslej. Izhajajo iz prevladujoče postmoderne usmeritve človeka v večanje individualne svobode. Informacijska tehnologija jo omogoča nepri- merno bolj kakor katerokoli dosedanje orodje. Če bosta temu sledili tudi vzgoja zdrave in trdne človeške osebnosti ter vzgoja za kakovostno komuniciranje in sodelovanje, je morda človeški razvoj danes pred možnostjo, da vključi vse dosedanje funkcionalne izkušnje za učinkovito organiziranost dela in sožitja, ki so bile opravičilo pri uveljavljanju

institucionaliziranosti v dosedanji zgodovini, to učinkovitost družbe pa drži v stabilnem ravnotežju z osebno svobodo in zrelo osebno odgovornostjo posameznika.

Za sredino 20. stoletja so značilni eksistencialistični misleci, ki so se osredotočili predvsem na človekovo svobodo. Ravnotežje osebne svobode z dialoškim sožitjem z drugimi ljudmi je osnovna vsebina personalistične misli, ki se je prav tako razvijala v istem času in je imela svoj vpliv tudi v Sloveniji (Kovačič Peršin, 1998). Na področju medčloveškega sožitja je krenico iz filozofije, usmerjene na individualni subjekt, v filozofijo odnosov naredil Martin Buber (1878–1965) s svojimi spoznanji o dialogu, to je o osebem odnosu *jaz – ti* nasproti zgolj funkcionalnemu medčloveškemu razmerju *jaz – ono* (Buber, 1999). Z vidika človekove potrebe po varnosti in imetju je dotedanjo omejenost bodisi na individualistično tržno svobodo pridobivanja bodisi na kolektivistično enakost miselno uravnatežil Erich Fromm (1900–1980) z analizo potrebe *biti* (človek med ljudmi) kot nujno potrebne drugega pola prevladujočemu *imeti* (materialno varnost, moč, oblast, znanje, »vse pod kontrolo«) (Fromm, 2004).

Napetost med svobodo posameznika in sožitjem, ki ga omogoča etično doživljanje in ravnanje, so kot konstitutivno človeško značilnost do globine prikazali nekateri genialni literarni ustvarjalci, najbolj pronicljivo Fjodor Mihajlovič Dostojevski (1821–1881).

Psihosocialne znanosti s področja neposrednega dela z ljudmi so postale pozorne na probleme enostranskega razvoja zaradi institucionaliziranosti v prvi polovici 20. stoletja. Poškodbe v osebnotnem razvoju zaradi zgodnje deprivacije osebne materinske ljubezni pri zavodskih otrocih so klinično zaznali okrog leta 1930, pojem hospitalizem ali domska poškodba pa je uvedel Rene Spitz leta 1945. Od tedaj so osebnotno in socialno patologijo, ki nastajata zaradi institucionaliziranosti vzgoje in zdravljenja, raziskovali in opisovali številni psihološki, sociološki in etnološki avtorji ter avtorji drugih znanstvenih smeri. Izhajali so zlasti iz psihoanalitičnih miselnih osnov, iz vedenjskega raziskovanja in iz socioloških teorij, pogosto z interdisciplinarno filozofsko posplošenostjo na celotno polje človeškega bivanja. V široki paleti antiinstitucionalnih avtorjev je npr. znan Ivan Illich (1926–2002), ki je v 70. letih pisal popularna antiinstitucionalna dela s področja vzgoje, šolstva in zdravstva ter z drugih področij družbenega sožitja v razvitem svetu.

V šestdesetih letih 20. stoletja je antiinstitucionalno gibanje zajelo psihiatrijo, psihologijo in socialno delo. Znano je pod pojmom antipsihiatrija. Usmerjeno je bilo proti biologističnemu pojmovanju duševnih motenj in njihovi sociološki (represivni) obravnavi v zaprtih ustanovah. Antipsihiatrija se je zavzemala za vključenost teh bolnikov v skupnost. V Italiji je bil njen odmeven predstavnik psihiater Franco Basaglia (1924–1980), ki je bil protagonist »zapiranja« psihiatričnih bolnic oziroma njihovega odpiranja v skupnost (tudi v Trstu). Med antipsihiatri je dal pomemben antropološki prispevek k deinstitutionalizaciji Ronald D. Laing (1927–1989) s preučevanjem doživljanja (Laing, 1967) in medosebnega zaznavanja (Laing in sod., 1966), med eksistencialnimi psihoterapevti pa Viktor E. Frankl (1905–1997), ki se je posvetil vprašanju človekove svobode in smisla (Frankl, 2014).

Pomembna veja deinstitutionaliziranega zdravljenja alkoholikov in drugih zasvojenost je socialna psihiatrija. Njen predstavnik je Vladimir Hudolin (1922–1996) in njegova zagrebška alkoholološka šola (Hudolin, 1991).

Čeprav je deinstitutionalizacija še zelo v povojih, je na prehodu iz 20. v 21. stoletje ta proces opazen in spodbuden na več področjih, med drugim tudi pri dolgotrajni oskrbi. Preden se posvetimo temu področju, pogledimo bežno stanje v Sloveniji.

1.2 IZKUŠNJE V SLOVENIJI

Kakšen je bil odmev teoretičnih in praktičnih prizadevanj za deinstitutionalizacijo v Sloveniji?

Svetovna miselna gibanja, ki smo jih omenili v prejšnjem naslovu, so se večinoma sočasno odvijala tudi v Sloveniji. Personalizem med obema svetovnima vojnama je bil pri nas zelo odmeven (Kovačič Peršin, 1998). K celostni antropologiji je veliko prispeval interdisciplinarni mislec (psiholog, filozof, teolog) Anton Trstenjak (1906–1996), ki se je tudi sam napajal pri vidnih svetovnih mislecih s celostnim pogledom na človeka (Trstenjak, 1991).

Po letu 1971 je Slovenijo za nekaj let zajel odmeven val deinstitutionaliziranega zdravljenja in socialnega urejanja alkoholikov v krajevnih klubih zdravljenih alkoholikov in po podjetjih. Njegov protagonist je bil Janez Rugelj (1929–2008), ki je Hudolinovo socialnopsihiatrično alkoholologijo dopolnil v socialnoandragoško urejanje družin zasvojenec v ambulantnih terapevtskih skupinah ter v klubih zdravljenih alkoholikov v krajevnih skupnostih in podjetjih (Rugelj, 1983). Deinstitutionalizacija zdravljenja alkoholikov v okviru zdravstva je po letu 1990 zamirala, širiti pa so se začeli anonimni alkoholiki (AA) in druge skupine za samopomoč iz programa AA, ki glede na družbene ustanove in družbeno pomoč delujejo povsem samostojno.

Deloma vzporedno ali malo pozneje se je začela dogajati deinstitutionalizacija vzgojnih zavodov. Najprej je potekala na področju za vedenjske, čustvene in socialne motnje mladih; v 70. letih je bil znan »logaški eksperiment« deinstitutionalizacije prevzgojnega zavoda. Na tem področju so namesto zavodov nastajale stanovanjske skupine, ki so bolj ali manj vključene v krajevne skupnosti. Podoben proces se je odvijal v ustanovah za druge skupine otrok in mladine s posebnimi potrebami: za tiste z motnjami v duševnem razvoju, slepe in slabovidne, gluhe in naglušne, tiste z govornimi in jezikovnimi motnjami, gibalno ovirane itd. Razvoj v veliki meri podpirajo civilne organizacije za ta področja, ki deinstitutionalizirane stanovanjske skupine in druge oblike deloma tudi organizirajo.

Nevladne organizacije so v Sloveniji posebej aktivne in močne pri prizadevanju za deinstitutionalizacijo zdravljenja ljudi z duševnimi motnjami in za njihovo vključenost v skupnost. Na tem področju so tudi teoretično zelo dejavni številni strokovnjaki, še posebej s področja socialnega dela. Vito Flaker in sodelavci se v svojih delih in praktičnih prizadevanjih za skupnostno paradigmo socialnega varstva na področju duševnega zdravlja in duševnih motenj naslanjajo na kritične sociološke in druge svetovne mislece, zato je v njihovih delih slovenskemu bralcu na voljo izčrpen nabor sodobnih teorij s tega področja (Flaker, 1998; Flaker in sod., 2008; 2011).

V Sloveniji najbolj zaostaja za vsemi drugimi področji deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe starostno onemoglih ljudi; začenja se štiri desetletja za deinstitutionalizacijo vzgojnih zavodov, varstveno delovnih centrov in zdravljenja alkoholikov.

2 DANAŠNJA DEINSTITUCIONALIZACIJA DOLGOTRAJNE OSKRBE

Starostno onemogle, kronično bolne in invalidne ljudi so v zgodovini oskrbovali družinski člani in soseska. Za tiste, ki niso imeli nikogar, so že v srednjem veku nastajali prvi *špitali* – predniki današnjih domov za stare ljudi. Na Ptujju je bil tak špital dokumentiran že leta 1315 (Dokl, 2007), v Komendi ga je s svojo zapuščino omogočil socialni genij slovenske preteklosti Peter Pavel Glavar (1721–1784), v Slovenskih Konjicah je bil na podoben način pred več kot sto petdesetimi leti osnovan prvi od sedanjih domov za stare ljudi v Sloveniji (Koropec in sod., 1998). Med letoma 1970 in 1990 je bila v Slove) niji zgrajena večina sedanjih domov za stare ljudi. Zasluga za to ima pionir slovenske gerontologije Bojan Accetto (1922–2007) s sodelavci, saj je med drugim dosegel tudi sistemsko sofinanciranje gradenj domov iz pokojninskega sklada.

Po vsej Evropi in razvitem svetu so bili domovi v tem času t.i. domovi druge in tretje generacije (Imperl, 2012), ki so se v arhitekturi in konceptu dela zgledovali po bolnišnici in hotelu. Njihova razvojna prednost je bila kakovostna strokovna obravnava, notranja nevarnost pa težnja po veliki institucionaliziranosti življenja oskrbovancev. Ta težnja se stopnjuje v hude oblike zlorabe zlasti tedaj, če z oskrbovanjem upravlja trg, ki ima hote ali nehote za glavni cilj dobiček, ali če je ustanova brez prave javne kontrole nad kakovostjo oskrbe in brez notranjih razvojnih vzgibov. Kjer se kakovost oskrbovalne ustanove ne razvija, gre za patologijo institucionalizacije: sistem skrbi, da ustanove preživijo, ker »morajo«, na račun ljudi, ki pri tem trpijo, in sicer vsi: onemogli stanovalci, njihovi svojci in zaposleni. V teh in podobnih razmerah lahko oskrbovalna ustanova dobi slabe lastnosti totalne institucije, ki skriva pravo sliko za fasado reklam, marketinga in promocije. Pri tem pa star človek še veliko težje prenaša institucionalizirano življenje v ustanovi kakor otroci, mladina in ljudje v srednjih letih.

Kako globoko v podzavest ljudi se je v drugi polovici 20. stoletja zajedla samoumevnost institucionalizirane dolgotrajne oskrbe v domovih za stare ljudi, kaže npr. dejstvo, da sta do leta 2000 znanost in politika poznali samo ustanove (institucije) za oskrbo, čeprav le-te še danes oskrbujejo komaj četrtno vseh oskrbovanih ljudi v tistih evropskih deželah, kjer ima javno oskrbo najbolj razvito, v drugih pa samo deset odstotkov (WeDO). Nezavedno brezbržnost do institucionalizacije na področju dolgotrajne oskrbe starih ljudi kaže tudi dejstvo, da je še danes za večino ljudi klasični dom za stare ljudi edina predstava o dolgotrajni oskrbi, čeprav uspešno delujejo sodobni manj institucionalizirani domovi, poleg njih pa še vsaj ducat drugih programov za dolgotrajno oskrbo.

Premik iz usmerjenosti na dom kot klasično oskrbovalno ustanovo na tiste tri četrtine ljudi, ki jih oskrbujejo domači, se je začel odvijati hitreje po mednarodnem raziskovalnem projektu *EUROFAMCARE* (<http://www.ukc.de/extern/eurofamcare/>), ki se je začel leta 2003; tudi pojem *družinski oskrbovalci* je nastal šele v tem času.

Danes se po vsem razvitem svetu ob institucionalizirani oskrbi telesno, duševno ali socialno kronično bolnih, starostno onemoglih in invalidnih ljudi naglo razvijajo novi modeli, ki njihovo oskrbo vračajo v svobodnejše in odgovornejše polje solidarnega sožitja v skupnosti.

Deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe se je v evropskih državah hitreje dogajala, ko so po letu 1990 začele pripravljati in sprejemati nacionalne sisteme in zakonodajo o razvoju in vzdržnem delovanju sodobne dolgotrajne oskrbe. Slovenija tega še ni storila. Od tega, kako kakovosten sistem in zakon o dolgotrajni oskrbi bosta pri nas sprejeta, je najbolj odvisen tudi razvoj deinstitucionalizacije na tem področju.

Sodobni evropski sistemi in zakonodaje o dolgotrajni oskrbi zagotavljajo in podpirajo naslednje značilnosti.

1. Enakopravnost oskrbe v ustanovah in doma. To je celovita deinstitucionalizirana oskrba v skupnosti. Nacionalni sistem zagotavlja zlasti kriterije upravičenosti do sofinanciranja storitev ter merila kakovosti za delovanje izvajalcev in javno kontrolo storitev. Plačilo upravičencu za izbrano storitev sistem plačuje neposredno njemu, kar je pogoj za razvoj deinstitucionalizirane oskrbe; stari sistemi, kakršen je naš sedanji, sofinancirajo dolgotrajno oskrbo tako, da plačujejo oskrbovalne ustanove, kar krepi institucionalizacijo.
2. Zaradi konkurenčnega obstoja se dogaja notranja deinstitucionalizacija ustanov za oskrbo. Sredi 20. stoletja so se domovi za stare ljudi razvijali po zgledu bolnišnice in hotela; arhitekturno in po konceptu dela je bil to visoko institucionaliziran odraz industrijske dobe. Koncept domov za oskrbo, ki se razvija po letu 1980 je notranje deinstitucionaliziran po zgledu življenja v domačem gospodinjstvu.
3. Dom za stare ljudi je vključen v skupnost, kjer je središče tudi drugih programov za dolgotrajno oskrbo; je srce sodobnega krajevnega medgeneracijskega središča s številnimi programi za oskrbo, ki delujejo v neločljivi povezavi s programi za aktivno in zdravo staranje ter za vzgojo v medgeneracijski solidarnosti.
4. Za vzdržno delovanje kakovostne deinstitucionalizirane dolgotrajne oskrbe sta dva pogoja. Prvi pogoj je dejanska povezava zdravstvene nege in socialne oskrbe v enovito celoto. Dolgotrajna oskrba je draga, organizacijska celovitost vseh programov in služb v njej pa je glavna možnost za cenejše delovanje programov in nerivalsko sodelovanje vseh strok v korist uporabnikov. Drugi pogoj je informiranost skupnosti o uspešnem delovanju sodobnih oskrbovalnih programov, kakršni so razviti v naši evropski sosesčini in ostalem razvitem svetu. Informiranost prebivalstva o sodobnih programih je pri nas zelo nizka, mnogi poznajo poleg doma za stare komajda še en ali dva programa.

Sodoben nacionalni sistem dolgotrajne oskrbe in njenega javnega sofinanciranja prinese postopnost uporabe javno sofinanciranih programov od cenejših pri samostojnejših ljudeh do najdražjega institucionalnega varstva, ki pride zadnje na vrsto. V nadaljevanju bomo najprej prikazali celovito sodobno mrežo programov za dolgotrajno oskrbo v skupnosti, nato pa posebej deinstitucionalizacijo klasičnih domov za stare ljudi.

2.1 CELOVITA MREŽA PROGRAMOV ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO V KRAJEVNI SKUPNOSTI¹

Za celovito organiziranost dolgotrajne oskrbe v krajevni skupnosti je danes v evropski socialni razvitih in uveljavljenih vsaj petnajst oskrbovalnih programov. Praviloma so direktno ali posredno vključeni v nacionalne sisteme in pravne akte o dolgotrajni oskrbi, kar zagotavlja njihov razvoj, kakovost in javno kontrolo nad delovanjem.

1. Prilagajanje stanovanja za življenje v času pešanja moči. Sodobno načelo gerontologije je, naj človek, če je le mogoče, ostane na stara leta v svojem stanovanju, ki ga je vajen; selitve v starosti sodijo med najhujše strese. Hiše in stanovanja niso bila grajena primerno za stare ljudi: nad 50 let star prebivalec Slovenije mora v povprečju prehoditi 15 stopnic (Ramovš, 2013, str. 298), da pride v svoje stanovanje; v kopalnici so večinoma visoke kadi, ki jih star človek ne more več uporabljati ali so zanj nevarne za padec; ni držal; po stanovanju so pragovi; vrata, zlasti v sanitarijih, so preozka za prehod z invalidskim vozičkom. Zadnja leta stroka in politika ozaveščata in informirata ljudi, kako naj prilagodijo svoje stanovanje za starost (Grdiša, 2010). Sistemi za dolgotrajno oskrbo po evropskih državah dajejo v ta namen starejšim ljudem določeno vsoto nepovratnega denarja.

2. Preselitev v oskrbovano stanovanje je možnost, ki je ugodna, če ima star človek preveliko ali neprimerno stanovanje, če nima oskrbovalcev ali če se za preselitev v oskrbovano stanovanje odloči iz drugega razloga. (Varovano stanovanje je za ta program neustrezen pojem, ker ne gre za varovanje ljudi v njih, ampak za možnost prejemanja potrebne oskrbe.) Če človek zaradi starostnega pešanja, kronične bolezni ali invalidnosti ne more živeti doma, naj bo sistem dolgotrajne oskrbe organiziran tako, da bo selitev v zanj čim primernejšo obliko stalnega bivanja ena sama. V nasprotju s sodobno gerontologijo je, če človeka ob stopnjevanju onemoglosti selijo iz ene ustanove v drugo ali iz enega oddelka v domu na drugega – to je tipičen znak visoke institucionaliziranosti. Oskrbovana stanovanja so zgrajena za ljudi, ki se jim zmanjšujejo zmožnosti za opravljanje vsakodnevnih opravil. Samoumevno je, da imajo nadpovprečen standard prilagojenosti za starost, njihovo bistvo pa je, da imajo stanovalci sistemsko na voljo servisno ponudbo pranja, kuhanja, pospravljanja in drugih uslug ter popolno oskrbo in nego, če ju pozneje potrebujejo. Ugodno je, če so oskrbovana stanovanja tesno povezana s krajevnim domom za stare ljudi in z drugimi organizacijami za oskrbo in nego. V oskrbovanem stanovanju ponavadi star človek živi v začetku povsem samostojno, čim bolj peša, več oskrbe in nege dobiva. Ko povsem obnemore, se nekaj sosednjih oskrbovanih stanovanj spremeni v oskrbovano gospodinjstvo skupino v okviru sodobnega doma za stare ljudi.

3. Servisna ponudba storitev na domu. Več kakor tri četrtine ljudi, ki so deležni dolgotrajne oskrbe, živi doma; v evropskih državah oskrbujejo neformalni družinski

¹ Mreža sodobnih programov krajevne mreže za dolgotrajno oskrbo je v poljudnoznanstveni obliki opisana npr. v knjigi J. Ramovš (2012). Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami (3. dopolnjena izdaja).

oskrbovalci od 70 do 90 % oskrbe potrebnih ljudi (WeDO). Mnogi se starajo sami ali živita skupaj starajoča se zakonca. Zanje in tudi za tiste, ki živijo z mlajšimi družinskimi člani, je nepogrešljiva široka sodobna servisna ponudba storitev na domu. Najpogostejša tovrstna storitev je dovoz obrokov hrane na dom; pri nas marsikje to dela dom za stare ljudi. Servisna pomoč obsega še vrsto drugih uslug (frizer, pedikura, masaža ...) ter prostovoljsko ali plačano pomoč pri različnih delih – od čiščenja stanovanja in nakupov do košnje zelenice. Občina Ravne na Koroškem npr. uvaja sodobno krajevno medgeneracijsko središče v povezavi s srednjo šolo – dijaki pomagajo starim ljudem pri takih opravilih. Bielefeldski model v severni Nemčiji, ki je svetovni primer deinstitutionalizirane oskrbe v polmilijonskem okolju, pozna ponudbo več sto storitev na domu, od nekaj deset brezplačnih prostovoljskih do zelo dragih, kakor je npr. zahtevna rehabilitacijska fizioterapija.

4. Usposabljanje družinskih članov za sožitje s starim človekom, za njegovo oskrbovanje in nego. Ta program bi moral biti redno na voljo v vsakem kraju, da bi ohranjali zdržnost delovanja glavne neformalne oskrbe, ki opravlja tri četrtine celotne oskrbe. Usposabljanje družinskih oskrbovalcev in druga razbremenilna pomoč zanje sta zadnja leta čedalje bolj v ospredju političnih in ekonomskih dokumentov ter strokovne literature. V Sloveniji kar 200.000 svojcev redno oskrbuje kronično bolnega, starostno onemoglega ali invalidnega družinskega člana.² Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje že od leta 2002 razvija in izvaja model tečaja za družinske oskrbovalce. Oblikovan je po meri najbolj perečih potreb oskrbovalcev. Poteka po metodi aktivnega socialnega učenja v srednje veliki skupini (od 15 do 20 ljudi). Na tedenskih srečanjih, ki trajajo po dve uri in pol, praktično obdelajo devet najbolj perečih tem oskrbovanja, nege in komuniciranja s starim človekom, v ospredju pa je tudi pereča naloga, kako poskrbeti za svoje lastne moči pri oskrbovanju. Poleg usvajanja nujnega znanja in veščin za oskrbovanje je njegov primarni cilj medsebojno opora in povezovanje oskrbovalcev, ki se po tečaju lahko nadaljuje na mesečnih srečanjih krajevnega kluba svojcev.

5. Sodobna krepitev sosedске in prostovoljske pomoči pri oskrbi. Sosedska pomoč pri oskrbovanju kot tradicionalni program in prostovoljska pomoč kot sodobna oblika solidarne pomoči sta ob družinskih oskrbovalcih ostali manjši, toda nepogrešljivi veji neformalne oskrbe. Enako kakor družinski oskrbovalci potrebujejo oporo v sistemskih mehanizmih nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe. Kljub temu da pride sosedska pomoč v današnjem načinu življenja čedalje težje do izraza, v Sloveniji 20.000 ljudi povprečno po dve uri tedensko pomaga pri oskrbi onemoglega soseda (Ramovš, 2013, str. 305 sl.).

Na mesto tradicionalne sosedске pomoči vstopa sodobno prostovoljstvo. Razvija se bolj na področju pomoči pri zdravem in aktivnem staranju, manj pri oskrbovanju onemoglih. Pri nas ima upokojenska zveza razvit program *Starejši za starejše*, s katerim v krajevni skupnosti odkrivajo oskrbovalne potrebe pri ljudeh, ki so stari 69 let in več,

² Podatki o družinskih in drugih neformalnih oskrbovalcih so vzeti iz raziskave o potrebah, zmožnostih in stališčih prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več, gl. Ramovš J., ured (2013). Staranje v Sloveniji.

ter po svojih močeh civilno ukrepajo za njihovo reševanje. Nemška izkušnja kaže, kako se da razvijati prostovoljsko oskrbovanje v sodobnem sistemu za dolgotrajno oskrbo. Z novelo zakona o dolgotrajni oskrbi so leta 2008 (Pflegezeitgesetz, 2008) uvedli, da lahko programi za oskrbo organizirano vključujejo pomoč usposobljenih prostovoljcev; če tak prostovoljec pri oskrbi naredi mesečno 40 ali več ur, dobi iz javne blagajne za dolgotrajno oskrbo nagrado 250 EUR. S tem so dosegli tri velike koristi: 1. zelo so izboljšali oskrbo v ustanovah in na domu (podoben učinek je bil v Sloveniji, ko so fantje opravljali civilno služenje vojaške obveznosti v domovih za stare ljudi); 2. za študente, upokojence, brezposelne in druge je to možnost, da pridejo do potrebnega denarja; 3. v družbi se s sistemskim mehanizmom dvigata zavest in dobra izkušnja o solidarnem oskrbovanju onemoglih.

6. Pomoč na daljavo z informacijsko-komunikacijsko tehnologijo (IKT). Sodobni elektronski pripomočki lahko v marsičem pomagajo pri samostojnejšem staranju ljudi, ki potrebujejo oskrbo. Povečajo npr. varnost, če star človek živi sam. Pri nas je znan *rdeči gumb* – enostaven telefon z alarmnim gumbom, s katerim star človek pokliče v organizacijski center za pomoč; pri nas ga je že sredi 90. let razvil Drago Rudel (2010). Pred leti je bila v ospredju IKT ponudba možnost, da se stanovanje opremi z videokamerami ali da ima človek na obleki senzorje, ki sprožijo alarm na daljavo, če npr. pade, danes se razvijajo sistemi za spremljanje vedenja onemoglega direktno z internetnim omrežjem. Zlasti Japonci razvijajo robote za oskrbovanje in varovanje človeka. Naglo se uveljavlja e-zdravstvo: star človek si redno meri pritisk, sladkor, nasičenost kisika v krvi, teža ..., podatki pa gredo sproti elektronsko k njegovemu zdravniku.

7. Družinski zdravnik na domu. Ta, od nekdaj uveljavljena zdravstvena storitev se je zadnje čase precej opuščala, danes pa jo družinska medicina za starejše ljudi spet poživlja. Družinski ali osebni zdravnik sprejme osnovno zdravniško oskrbo; kar more, rešuje sam, če je potrebno, pošlje bolnika naprej k specialistom ali v bolnišnico.

Če k onemoglemu staremu človeku pride zdravnik na dom, je to veliko lažje in bolje za oskrbovanca in svojce, zdravnik pa vidi življenje doma in zna domačim bolje svetovati, kako naj skrbijo za zdravje onemoglega družinskega člana. Ob napetem delovnem tempu zdravnikov je treba, da svojci s svojim pristopom in z dobrim sodelovanjem poskrbijo, da bo družinski zdravnik prišel kdaj tudi na dom k njihovemu onemoglemu družinskemu članu.

8. Patronažna zdravstvena nega na domu. Obiski patronažne zdravstvene sestre na domu starega človeka so zelo cenjeni. Tam opravljajo zdravstveno nego kroničnih ran in preležanin; dajejo injekcije in učijo pravilno uporabljati zdravila; učijo svojce tehnik za čim boljše in čim lažje vzdrževanje osebne higiene onemoglega; svetujejo o prehrani; pomagajo se orientirati pri nabavi primerne blazine, postelje, vozička, hoduljice, plenice ter številnih drugih pripomočkov in materialov za zdravstveno nego kronično bolnega, starostno onemoglega ali invalidnega družinskega člana. Pri tem znajo tudi dobro svetovati o pravicah do vsega tega iz zdravstvenega zavarovanja, kje in kako se stvari

nabavljajo, kako se jih uporablja. Domače znajo naučiti, da premagajo strah pred nego, zlasti intimno, ter jo opravljajo s finim človeškim čutom in spoštovanjem.

V sodobnem sistemu dolgotrajne oskrbe sodi v sklop patronažne zdravstvene pomoči na domu tudi pomoč **fizioterapevta**. Njegov prispevek je odločilen zlasti po kapi in zlomih, da starega človeka pomaga znova postaviti »na noge«, svojce pa nauči, kako vztrajno vaditi gibljivost in zmožnost za opravljanje vsakdanjih dejavnosti. Nenadomestljiva vloga fizioterapevta je tudi ta, da družinske oskrbovalce nauči, kako z redno vadbo ohranjati svoje zdravje, ki je pri oskrbi in negi nepokretnega svojca zelo ogroženo, zlasti hrbtenico in medenično dno (Bižal, 2015).

9. Socialna oskrba na domu. V sodobni Evropi se najhitreje razvija javna pomoč pri oskrbi in negi na domu starega človeka. Avstrijski javni sistem dolgotrajne oskrbe omogoča, da dobiva pomoč na domu štirikrat več upravičencev, kakor jih je oskrbovanih v domovih za stare ljudi. Slovenija v razvoju oskrbe na domu zelo zaostaja za Evropo: v domovih imamo nad 18.000 ljudi, v javni mreži socialne oskrbe na domu pa okrog 6.000. Ta se je pri nas začela razvijati po osamosvojitvi preko javnih del. Zdaj je organizirana kot javna socialna služba, večinoma pri domovih za stare ljudi, centrih za socialno delo in zasebnih koncesionarjih. Ker še nimamo sprejetega zakona o dolgotrajni oskrbi, je za njeno organizacijo in sofinanciranje zadolžena občina. Socialne oskrbovalke hodijo na dom, kjer staremu človeku pomagajo pri vsakodnevnih opravilih – od prehrane in higiene do jemanja zdravil in nabavljanja. Ker ljudje socialne oskrbe na domu ne poznajo, si je ne zagotovijo, čeprav bi jim bila v veliko pomoč. Ovira je tudi visoka cena (ena ura oskrbe na domu stane skoraj enako kakor popolna oskrba v domu za en dan); znosne cene kakovostne oskrbe je mogoče doseči samo s celovito organiziranostjo vseh potrebnih programov za dolgotrajno oskrbo.

Dobro razvita socialna oskrba na domu je med oskrbovalnimi programi najpomembnejši člen proti institucionalizaciji dolgotrajne oskrbe. Mnogim pomaga, da jim ni potrebno oditi v dom za stare ljudi ali da odidejo veliko pozneje. Potrebna bi bila dobra analiza, zakaj je v Sloveniji oskrba na domu tako slabo razvita v primerjavi z nam podobnimi evropskimi državami.

10. Razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem so storitve, programi in druge organizirane možnosti v skupnosti, ki družinskim in drugim neformalnim oskrbovalcem omogočijo razbremenitev ali oddih pri njihovem oskrbovanju starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih svojcev (Ramovš J., 2015).

V raziskavi so slovenski družinski oskrbovalci dejali, da bi najbolj potrebovali to, da za nekaj dni, včasih le za nekaj ur, nekdo prevzame oskrbo (Hvalič Touzery, 2007). Pojmi in storitve, ki jih na tem področju poznamo, npr. *dnevno varstvo, začasna oskrba in kratkotrajna (začasna) nastanitev*, kažejo na storitev, namenjeno oskrbovancu. Razbremenilna pomoč pa meri predvsem na pomoč oskrbovalcu, da bi lažje in bolje opravljal oskrbovanje, da se oddahne od izčrpavajočega vsakodnevnega oskrbovanja, da se na dopustu temeljito odpočije, da lahko opravi svoje druge naloge in zadovolji svoje lastne potrebe, da se lahko mirno zdravi, ko sam zboli ipd.; to izraža pojem *varstvo za oddih*.

Storitve za razbremenilno pomoč družinskim oskrbovalcem so po letu 2010 čedalje bolj v ospredju pozornosti ne samo evropskih držav in njihovih socialnih sistemov dolgotrajne oskrbe, ampak tudi držav, ki niso socialno usmerjene, npr. ZDA (Ramovš K., 2015).

Programi za razbremenilno pomoč se razvijajo v tri smeri: 1. usposabljanje družinskega oskrbovalca, da pridobi znanje in veščine za oskrbo in nego, za razumevanje oskrbovanca in komuniciranje z njim, za varovanje in krepitev lastnega zdravja pri oskrbovalnem delu ter za to, da zna poskrbeti za lastno sprostitev in razvedrilo; 2. razbremenitev družinskega oskrbovalca pri oskrbovanju in negovanju – temu služijo organizirana javna *oskrba in nega na domu*, sistemska podpora *neformalnim oskrbovalcem* (prostovoljcem, sosedom) za nekajurno razbremenitev in *ozaveščanje prebivalstva* o oskrbi, kar motivira vključevanje več družinskih članov v oskrbo svojca; 3. delno vključevanje oskrbovanca v oskrbo in nego v oskrbovalni ustanovi, tj. *dnevna* ali *nočna oskrba* ter *začasna* ali *kratkotrajna namestitev* za čas kratkotrajnega oddiha (za kak dan) ali (do štirih tednov v letu) zaradi dopusta ali bolezni.

Nemčija in druge evropske države ter ZDA imajo pri intenzivnem uvajanju razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem izkušnjo, da le-ti težko posegajo po njej pravočasno, ko bi jim koristila za preprečevanje izgorelosti, ampak šele »prepozno«, ko že skoraj niso več zmožni kakovostno oskrbovati svojca. Vzrokov za to je več: nimajo časa, nerodno jim je, da bi iskali pomoč, ker to ni v navadi tradicionalnega vedenjskega vzorca, zavest samozadostnosti jim preprečuje prositi za pomoč ipd., glavni vzrok pa je neinformiranost javnosti o oskrbovanju in možnostih razbremenilne pomoči družinskim oskrbovalcem.

Razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem je tudi najučinkovitejši način za *preprečevanje trpinčenja in zanemarjanja* oskrbovanih ljudi, saj se tri četrtine nasilja nad starejšimi zgodi v družinskem okolju, od tega velik del nehote zaradi preutrujenosti oskrbovalcev. Tečaj za usposabljanje družinskih oskrbovalcev, ki ga je razvil in ga izvaja Inštitut Antona Trstenjaka, vsebuje tudi intenzivno usposabljanje za preprečevanje nasilja nad starimi ljudmi.

11. Izobraževalne počitnice za družinske oskrbovalce in oskrbovance. Ta program združuje kakovosten oddih in usposabljanje družinskih oskrbovalcev ob hkratni »počitniški« oskrbi njihovih oskrbovancev. Izvaja se za srednje veliko skupino oskrbovalcev (okrog 12), kar omogoča tudi intenzivno izmenjavo dobrih izkušenj in konstruktivno reševanje njihovih težav in stisk.

12. Dnevno varstvo pri nas v manjši meri uvajajo domovi za stare ljudi, ljudje mu rečejo kar »vrtec za stare ljudi«. Ponekod v Evropi je bolj uveljavljeno. Ta program zelo pomaga družinam, če so vsi domači v službi in šoli, star človek pa ne more biti sam.

13. Nočno varstvo je program za ljudi z demenco. Ti čez dan pogosto spijo, zato npr. ostareli zakonec kar dobro obvlada zadeve. Ponoči pa so pogosto nemirni, da se svojci ne morejo naspati. Nočno varstvo v domu za stare ljudi omogoči, da star človek lahko vsaj podnevi ostaja doma.

14. Dom za stare ljudi. Sodoben, notranje deinstitutionaliziran krajevni dom za stare ljudi je nepogrešljiv program celovite krajevne mreže za dolgotrajno oskrbo. Ker pa so domovi po konceptu iz preteklosti značilni predstavniki institucionalizirane oskrbovalne ustanove, bomo obe alternativni opisali v naslednjem poglavju.

15. Nastanitev v oskrbniški družini je alternativa namestitvi v domu za stare ljudi, podobno kakor je namestitev otroka v rejniški družini alternativa vzgojnemu zavodu. Oskrbeniška družina ima isto vlogo kakor dom za stare ljudi, v kraju pa deluje kot manj institucionalizirana ponudba. Kakor so rejniške družine usposobljene in organizirane, da sprejemajo v svojo družino tuje otroke, ki bi sicer morali v zavod, tako je mogoče poiskati, usposobiti in strokovno organizirati oskrbeniške družine, da sprejmejo v oskrbo enega ali več starih ljudi. Organiziranje mreže oskrbeniških družin, njihovo usposabljanje ter strokovna pomoč in nadzor bi lahko bili zelo mikavna oblika oskrbe starih ljudi v okrilju krajevnega medgeneracijskega središča ali doma za stare ljudi. Ta program bi bilo možno uvajati na malih kmetijah, ki izgubljajo svoj skromni zaslužek od kmetovanja, in v velikih delavskih stanovanjih, kjer vlada brezposelnost.

16. Hospic je program za spremljanje človeka v zadnjem obdobju življenja. Pomaga tudi svojcem v tem zahtevnem obdobju in pri žalovanju po smrti. Pomoč nudijo usposobljeni prostovoljci in poklicni strokovnjaki, in sicer na domu ali v hišah hospica za umirajoče. V nekaterih evropskih državah, tudi tranzicijskih (npr. na Poljskem), so v zadnjem desetletju vzpostavili gosto mrežo hiš hospica za umirajoče, saj v bolnišnicah, kjer danes umira večina starih ljudi, niso niti usposobljeni za spremljanje umirajočih niti ni to intimno človeško dogajanje združljivo z njihovo dejavnostjo zdravljenja. Zelo primerno bi bilo uvajanje hospicovske sobe v krajevnem domu za stare ljudi, če je le-ta glavni izvajalec celote programov v okviru krajevnega medgeneracijskega središča.

Navedena mreža sodobnih programov omogoča, da star človek živi in je oskrbovan na svojem domu ali vsaj v domačem kraju, kjer je zakoreninjen in navajen živeti. To mu v starostni onemoglosti pomaga ohranjati zavest človeškega dostojanstva, mlajši krajan pa ob živi izkušnji oskrbe razvijajo solidarno sočutje in veščine za učinkovito pomoč nemočnim ljudem.

Menimo, da je v Sloveniji glavna ovira pri uvajanju sodobne organizacije celovite mreže programov za dolgotrajno oskrbo v krajevni skupnosti zelo nizka informiranost ljudi o večini od navedenih sodobnih programov; večina ljudi – vključno s politiki in z ljudmi v javni upravi – našteje kake tri: dom za stare, pomoč na domu in oskrbovana stanovanja. Pogoji za uvajanje sistema dolgotrajne oskrbe pa je, da ljudje poznajo sodobne oskrbovalne programe in njihovo organiziranost v celoviti mreži na nacionalni ravni in na ravni krajevne skupnosti. Informiranje javnosti o tem je v Sloveniji prednostna naloga.

Isto velja tudi za notranjo deinstitutionalizacijo v domovih za stare ljudi in njihovo organizacijsko, konceptualno in arhitekturno posodabljanje na sodobno evropsko razvojno raven, o kateri govorimo v naslednjem poglavju.

2.2 NOTRANJA DEINSTITUCIONALIZACIJA OSKRBOVALNIH USTANOV

V razvitem delu Evrope, kamor sodi tudi Slovenija, se je zadnja desetletja pet odstotkov ljudi, starejših od 65 let, preselilo v dom za stare ljudi ali v podobno ustanovo za stalno nastanitev, dolgotrajno socialno oskrbo in zdravstveno nego. Danes se je ponekod, kjer so sistematično razvijali sodobne programe krajevne mreže za oskrbo, ta delež zmanjšal že celo na manj kot polovico.

V Sloveniji smo po letu 1970 veliko vlagali v gradnjo in obnovo domov za stare ljudi in v dviganje strokovne ravni oskrbovanja v njih. Po tedanjem strokovnem gledanju naj bi bil dom za stare ljudi kombinacija hotela in bolnišnice. To pojmovanje in stroški so bili vzrok za gradnjo velikih domov z več sto oskrbovanci. Običajno imajo oddelke za starejše, ki se še samostojno gibljejo, za nepomične in za ljudi z demenco. Pred starim človekom se dnevno zvrsti cela vrsta tujih ljudi, od čistilke, negovalk, medicinskih sester, strežnic, fizioterapevta, delovnega terapevta do obiskovalcev človeka na sosednji postelji. Enoposteljnih sob, ki si jih ljudje na starost najbolj želijo in jih res zaslužijo, je malo, pri nas so kar pogoste še tri- in večposteljne, kjer človek izgubi vso svojo zasebnost in intimnost. Star človek s svojimi navadami, ki mora živeti tik ob postelji drugih z drugačnimi navadami in s svojimi težavami, se ne le slabo počuti, ampak je to zanj pravo trpinčenje. Ko se mu zdravstveno stanje spremeni, ga preselijo na drug oddelik, ki je zanj spet povsem tuj svet. Po današnjem strokovnem gledanju naj bi se v starosti zgodila največ ena selitev, če je že nujno potrebna. Življenje v tovrstni ustanovi je kaj malo podobno normalnemu življenju doma. Nič čudnega ni, da se marsikateri oskrbovavec ali stanovalec v takem domu počuti osamljeno in zgubljeno med množico starih ljudi, uslužbencev in strokovnjakov. Za večino starih ljudi je zelo hudo tudi to, da so nastanjeni v domu, predaleč od domačega kraja. Pri teh starih ljudeh slišimo njihove skromne želje: »Da bi še kdaj videl iz postelje skozi okno svoj domači kraj, da bi slišal domači zvon ...« Če je dom za stare ljudi sredi domačega kraja, se pri stari mami ustavi vnuk mimogrede iz šole, hči ali sin ali soseda, ko gre v trgovino ali na pošto.

Te samoumevne potrebe, hude stiske starih ljudi in strokovni razvoj so po letu 1990 omogočili razvoj novega modela domov za stare ljudi, ki so veliko prijaznejši za življenje. To so sodobni **domovi gospodinjskih skupin**, imenovani tudi domovi četrte generacije (sedanji slovenski domovi sodijo po tej klasifikaciji v 2. in 3. generacijo, ki sta bili preseženi okrog leta 1990). Človeško sožitje in oskrba sta v njih organizirana po načelu čim večje vsakdanje normalnosti v domačem gospodinjstvu. V njih ni oddelkov, ampak so gospodinjske skupine po kakih deset starih ljudi, za katere neposredno skrbijo stalne hišne gospodinje, drugi strokovnjaki pridejo k posameznemu človeku opraviti svojo storitev, ko je potrebno. Način življenja in sožitja v gospodinjskih skupinah se dogaja predvsem okrog vsakdanjega gospodinjstva. Človeku namreč ostanejo do konca življenja najbolj ohranjene sposobnosti, ki so povezane z gospodinjstvom. Za počutje, tek in zdravo prebavo je pomemben zlasti vonj, ko se hrana kuha in deli. Vsaka gospodinjska skupina ima zato veliko dnevno sobo s kuhinjo, kjer je večino dneva živo dogajanje, največ pri pripravi hrane. Okrog velike bivalne kuhinje so sobe, seveda je vsaj 80 % enoposteljnih z lastnimi sanitarijami. V njih imajo stanovalci vso opremo svojo – od omarice do zaves, domska je le sodobna postelja, ki je prirejena za vsa potrebna dvigovanja in je na kolesih

zaradi stalnih prevozov iz sobe v veliko bivalno kuhinjo, če je človek nepomičen in kaže voljo do družbe v skupini. Velika prednost doma gospodinjskih skupin je tudi ta, da v njih ni selitev iz enega oddelka na drugega, saj so v skupini ljudje različnih zmožnosti skupaj, kakor je to doma.

Ko pride človek prvič na obisk v tak sodobni dom za stare ljudi, to je v gospodinjsko skupino, je res prijetno presenečen. V bivalni kuhinji pripravljajo kosilo – vse je v živem dogajanju: eni so na vozičkih, drugi sedijo ali stojijo, nekateri hodijo, nekdo leži na postelji, hišni gospodinji pa vse vodita. Človek vidi sproščen obraz gospe, ki z veseljem na obrazu zavzeto in natančno lupi krompir, čeprav zaradi demence ne ve svojega imena. Na postelji sredi dnevne kuhinje gleda onemoglo staro gospo, ki so jo pripeljali iz njene sobe, kako spokojno leži, gleda dogajanje in vdihava vonj kuhanja. Vidi gospo pri šestdesetih – to je hčerka one na postelji, ki je prišla na obisk: s hišno gospodinjo pripravlja kosilo, nato pa hrani svojo mamo na postelji. Med kosilom, ki izgleda tako domače kakor pri skupni družinski mizi, vidi živ lesk v očeh teh starih ljudi. Pogosto vidi prostovoljce, ki se pogovarjajo z enim ali z malo skupinico stanovalcev ...

Ko človek vse to vidi, se zave, kakšen dom za stare ljudi bi hotel zase, za svoje domače in za svoj kraj. Sodoben dom gospodinjskih skupin za stare ljudi je res delček doma, podobnega domači hiši. Ko sem v Nemčiji prvič videl tak dom in skupno pripravljane kosila v eni od gospodinjskih skupin, mi je misel brez grenkega priokusa splavala domov k svoji skoraj devetdesetletni materi, ki je tedaj najbrž tudi kuhala kosilo. Pri ohranjanju moči in svežine v visoki starosti niti moji materi niti tem ljudem v sodobnem domu za stare ljudi ne bi bilo mogoče njihovih počasnih in težavnih delovnih gibov pri gospodinjstvu nadomestiti z ničemer boljšim. Nobena stroka nima »terapije«, ki bi bila učinkovitejša od normalnega vsakdanjega življenja in lepega sožitja. Zato ne čudi, da v Nemčiji za deinstitucionalizacijo prejšnjega tipa domov za stare ljudi v sodoben tip gospodinjskih skupin uporabljajo zgovoren pojem *normalizacija*.

Gradnja doma in stroški oskrbe v njem stanejo enako, če je dom arhitekturno in organizacijsko ugoden za življenje in ima lep videz v kraju ali če je po konceptu zastarel in grdega videza. Arhitektura domov za stare ljudi in organizacija dela v njih sta zadnja leta bolj napredovali kakor prej trideset let. Napredek v arhitekturi in organizaciji dela v domovih za stare ljudi je doživel epohalni skok zlasti po mednarodnem letu starih ljudi 1999, zato je huda zloraba javnega denarja graditi zastarele domove po modelu izpred tridesetih let.

Po Evropi, kjer so že v precejšnjem delu uvedli nove domove gospodinjskih skupin, se kaže, da stroški oskrbe v njih niso nič višji kakor v domovih prejšnjega tipa, saj tam eni in drugi poslujejo po istih kriterijih na osnovi sofinanciranja iz sistema dolgotrajne oskrbe. Boljša organizacija v novem tipu domov omogoči višji osebni standard. Tudi razpršenost domov po krajevnih skupnostih in majhno število oskrbovancev v vsakem od njih ohranjata zdržnost cen in poslovanja. Če ima vsaka krajevna skupnost svoj dom s tremi gospodinjskimi skupinami, seveda ta dom še ni sposoben poslovati finančno zdržno in delovati razvojno. Ko pa je več deset takih domov povezanih v en sistem upravljanja, nabave in razvoja, je vse to možno ob istih stroških, kakor jih ima klasičen dom. Poleg tega imajo zaposleni v sodobnem domu nekajkrat manj jalove hoje po hodnikih,

kar pri istih stroških pomeni bistveno več neposrednega stika z ljudmi. Zahtevno delo oskrbovanja jih v gospodinjstvih skupinah manj izčrpa kakor v klasičnem domu.

V Sloveniji ima največ strokovnega znanja o sodobni organizaciji in delu ustanov za oskrbo in nego podjetje Firis Imperl (Imperl, 2012; 2013; 2014), ki izobražuje kadre od oskrbovalk do direktorjev domov za stare ljudi, prav tako pa svetuje pri arhitekturnem in finančnem načrtovanju gradnje in obnove domov za stare ljudi.

V zahodni in severni Evropi je oskrba v domovih za stare ljudi zelo draga. Velika večina ljudi si tudi zelo želi biti do smrti doma, kjer jim je vse domače in znano, zato gredo v domove samo tisti, ki to res potrebujejo ali hočejo. Za vse druge imajo široko paleto programov in ponudb, ki starim ljudem in njihovim svojcem pomagajo živeti v domačem okolju. S celovito organizacijo sodobne mreže oskrbovalnih programov dosegajo pri tem znosne stroške.

Vsekakor mora biti sodoben dom za stare ljudi tudi tesno povezan s krajem, da je prijaznejši za življenje v njem. Stati mora čim bolj sredi kraja, blizu šole, vrtca, javnega parka, cerkve in drugih krajevnih ustanov. Svojci, znanci, prostovoljci in drugi prinašajo vanj svežino od zunaj. Z domom morajo tesno sodelovati šola, vrtec, zdravstveni dom, vse druge pomembne krajevne ustanove in društva. Sodoben dom ne more biti kvaliteten, če nima dobro organiziranega sodelovanja s svojci (*klubi svojcev*) in mreže prostovoljcev, ki se s stanovalci družijo v skupinah in posamično pri raznih dejavnostih v domu ali jih odpeljejo ven; tistim stanovalcem, ki nimajo svojcev ali jih nihče ne obiskuje, pa postanejo edina povezava z zunanjim svetom.

Sodoben dom za stare ljudi bo boljše povezan s krajem, če je v povezavi z njim organizirana tudi ostala mreža programov za oskrbo v krajevni skupnosti; v tem primeru je sam dom središče krajevnega medgeneracijskega središča, o katerem bomo spregovorili v zadnjem poglavju.

Sodoben dom za stare ljudi mora torej imeti naslednje tri značilnosti, da je kakovosten:

1. biti mora v domačem kraju, da se človek počuti bolj domače in ga lahko mimogrede obiščejo domači, ko gredo v trgovino, vnuki, ko gredo iz šole;
2. vsak stanovalec mora imeti svojo sobico s sanitarijami, da ohranja intimno zasebnost, ki je bistvena za doživljanje svojega človeškega dostojanstva, celotna skupina pa mora imeti veliko bivalno kuhinjo, da niso stanovalci osamljeni;
3. način življenja, oskrbe in nege mora biti čim bolj podoben normalnemu, vsakdanjemu življenju v domačem gospodinjstvu.

2.3 PASTI PRI PROCESU DEINSTITUCIONALIZIJE DOLGOTRAJNE OSKRBE

Današnja deinstytucionalizacija dolgotrajne oskrbe ima ob številnih prednostih tudi nekaj pasti. Nekatere od njih ovirajo njeno napredovanje, druge jo ogrožajo, ko do nje pride, da se dogaja na način, ki razvojno ni vzdržen, zato hitro zaniha v novo institucionaliziranost ali druge patologije dela z ljudmi in za ljudi (Ramovš, 2003, str. 406 sl.). V nadaljevanju bomo našteali nekaj glavnih pasti, ki se jim je treba pri pripravi in sprejemanju bodočega slovenskega sistema in zakona o dolgotrajni oskrbi izogniti, da bosta lahko delovala uspešno in vzdržno.

- Sprejem sodobnega nacionalnega sistema zavirajo lobiji moči in dobička. Ustajene oskrbovalne institucije se težko izognejo inerciji in varovanju svojih interesov. Po osamosvojitvi Slovenije so razdvojili zdravstveni in socialni resor, ki od tedaj delujeta upravno, politično in strokovno nepovezano. Močne sile na eni in drugi strani se izogibajo sistemski partnerski povezavi, ki je pogoj za kakovostno in finančno vzdržno delovanje sistema dolgotrajne oskrbe na nacionalni in lokalni ravni. Dodatna ovira so težave v zdravstvenem sistemu in nerešena razvojna vprašanja patronažne zdravstvene nege znotraj zdravstva. V zadnjih petnajstih letih se je pri oskrbi v Sloveniji uveljavil dokaj močan delež tržnega kapitala. Neposrečena kombinacija neprofitnega s profitnim, ki ni nikjer v Evropi pokazala dobrih izkušenj pri razvoju dolgotrajne oskrbe, je pomemben zaviralni dejavnik razvoja kakovosti in celovitosti sistema dolgotrajne oskrbe. Če pri pripravi in sprejemanju slovenskega nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe prevlada zdravniški, zdravstveno negovalni, socialni, profitno tržni ali katerikoli drug lobi, sistem ne bo mogel biti niti celosten, niti kakovosten, niti sodoben, niti finančno vzdržen.
- Pripravo in poznejše kakovostno delovanje sodobnega nacionalnega sistema zavirajo utopično-anarhični navdušenci brez čuta za realne možnosti. Ta skupina se glasno zavzema za deinstytucionalizirane in ljudem prijazne programe oskrbe. Njihove ideje se napajajo predvsem iz antiinstitucionalnih teorij in želja, ki jih imamo ljudje o zdravju in sožitju, sami pa večinoma nimajo praktičnih izkušenj z oskrbo. V besedah je ta skupina navdušujoče vabljava, v realnosti pa so njihove ideje mnogokrat neizvedljive.
- V Sloveniji je pomemben vzrok, da politika in uprava še nista opravili svojih nalog pri pripravi in sprejemu nacionalnega sistema dolgotrajne oskrbe, tudi neinformiranost ljudi o sodobnih možnostih in programih za oskrbo. Nenavadno je, da so ljudje sproti informirani o vseh novostih, ki so na voljo v Evropi, sodobnih programov in sistema za dolgotrajno oskrbo pa ne poznajo. O tem je zelo malo stvarnih informacij v medijih, celo seniorske organizacije v preteklih dveh desetletjih na tem področju niso odigrale vloge družbenega informatorja in vlečne sile pri uvajanju in razvoju teh programov; starostna onemoglost je relativen tabu tudi za samo tretjo generacijo.

3 KRAJEVNO MEDGENERACIJSKO SREDIŠČE KOT MODEL DEINSTITUCIONALIZIRANE DOLGOTRAJNE OSKRBE

Krajevno medgeneracijsko središče je kompleksen model skupnostnega menedžmenta za sinergično povezavo vseh političnih, civilnih in drugih programov, služb, organizacij in drugih subjektov, ki so v skupnosti potrebni za organiziranje vseh treh vitalnih področij sožitja. Ta so:

1. **dolgotrajna oskrba** dobrih 4 % starostno onemoglih, kronično bolnih in invalidnih ljudi;
2. kakovostno, tj. **aktivno, zdravo in dostojanstveno staranje** okrog 20 % sorazmerno zdrave tretje generacije, stare nad 60 let, pred in po upokojitvi;
3. pospešeno **učenje celotnega prebivalstva za »novo solidarnost med generacijami«** ko se prazni rezerva socialnega kapitala tradicionalnih vzorcev sožitja, enoumne ugotovitve pa kažejo, da je živa solidarnost nenadomestljiv način za reševanje sedanje demografske krize (EU, 2005).

Model krajevnega medgeneracijskega središča je celostni odziv na čedalje jasnejši antropološki, socialni in politični uvid, da bo v prvi polovici 21. stoletja odgovarjanje na demografske naloge staranja prioritarna naloga Slovenije in ostalega razvitega sveta. Model krajevnega medgeneracijskega središča je obenem tudi celosten odgovor na potrebe po deinstucionalizirani dolgotrajni oskrbi, zato tukaj povzemamo njegov osnovni oris.

Bistvo modela medgeneracijskih središč tvorijo naslednje naloge.

- **Sinergično sistemsko povezovanje vseh subjektov**, ki so s svojimi programi, službami, organizacijami ali ugledom v krajevni skupnosti pomembni za dolgotrajno oskrbo, za kakovostno staranje in za solidarno sožitje med mlado, srednjo in tretjo generacijo. To so zlasti: krajevna politična oblast in uprava; javne strokovne ustanove na področju informiranja, sociale, zdravstva, vzgoje in šolstva, urejanja infrastrukture in prostora ter kulture; civilne humanitarne, seniorske in mladinske organizacije ter dejavni posamezniki na tem področju.
- **Stalno informiranje, ozaveščanje in izobraževanje** odgovornih subjektov, družin, organizacij in celotne skupnosti o nalogah in možnostih na področju staranja in medgeneracijskega sožitja v skupnosti.
- **Bazično ugotavljanje potreb, zmožnosti in stališč prebivalstva** na tem področju.
- **Sinergično organiziranje vseh programov** na področju staranja in medgeneracijskega sožitja ter **uvajanje in vodenje novih programov** na temelju ugotovljenih potreb in možnosti. Zlasti pomembni so programi za čim daljše samostojno življenje starih ljudi v svojem okolju, za razbremenilno pomoč družinam pri oskrbi starega človeka in za vzdrževanje razvejane mreže medgeneracijskega prostovoljstva.

Ime krajevno medgeneracijsko središče izraža naslednje tri značilnosti.

1. **Krajevni princip.** Medgeneracijsko središče je namenjeno prebivalstvu zaokrožene krajevne skupnosti, kakršne so sedanje slovenske občine. Možno pa ga je razvijati tudi v kaki drugi skupnosti, npr. verski ali narodni v razmerah manjšine v tuji državi.
2. **Medgeneracijski princip.** Medgeneracijsko središče zajema vse tri generacije, toda ne kot linearni seštevek organizacij ali programov za mladino, srednjo in tretjo generacijo, ampak kot dejavno sodelovanje, aktivno vzpostavljanje povezav in odnosov med njimi, njihovo komplementarno dopolnjevanje in preseganje napetosti med posamezniki, skupinami, organizacijami in programi, ki jih ima posamezna generacijska skupina.
3. **Sinergično iskanje presežnega socialnega kapitala v skupnosti** z namenskim povezovanjem ali osredinjanjem potreb in zmožnosti vseh družbenih resorjev in služb, strokovnjakov in aktivnih krajanov, programov in organizacij. Da se dosega sinergija presežnega socialnega kapitala v skupnosti, medgeneracijsko središče ne sme igrati vloge moči; ne sme biti podobno mirujočemu središču kroga, ampak dinamičnemu središču dvigajoče se spirale. Preko njega vsa skupnost, vključno s strokovnjaki, ki so zaposleni v medgeneracijskem središču, razvojno išče odgovore na potrebe kakovostnega staranja in solidarnega sožitja vseh generacij v skupnosti v razmerah demografske krize.

Primerna organizacijska oblika medgeneracijskega središča je zavod, ki ga na principu javno-zasebnega partnerstva ustanovijo občina in ustrezne civilne organizacije

tretje, srednje in mlade generacije. Medgeneracijsko središče vodi strokovna služba, ki je specializirana za organizacijo medgeneracijske socialne mreže v skupnosti. V sedanjih razmerah je finančno in organizacijsko najugodnejše, če se krajevni dom za stare ljudi razvojno prestrukturira v sodobni dom gospodinjskih skupin in začne izvajati tudi ostale oskrbovalne programe v skupnosti, kakor smo govorili zgoraj. Ob tem se bolj povezuje s celotno skupnostjo, saj sicer ne uspeva pri vodenju in kakovostnem izvajanju celote oskrbovalnih programov. Povezovanje na področju oskrbe, ki je usmerjeno v razvoj in kakovost, se po notranji zakonitosti širi tudi na področje kakovostnega staranja tiste večine, ki ne potrebuje oskrbe, ter strokovnih ustanov in civilnih organizacij, ki so odločilne za vzgojo vseh prebivalcev v medgeneracijski solidarnosti. Na ta način sodoben krajevni dom za stare ljudi najlažje postane nosilno jedro krajevnega medgeneracijskega središča. Ovira za to je nesmiselna in toga organizacija domov pod okriljem države, namesto krajevne skupnosti, kot je to pri oskrbi otrok v vrtcih.

Vzpostavljanje medgeneracijskega središča ima štiri sestavine ali delovne stopnje. Prva sestavina je odločitev vodstva občine, da ob dobri informiranosti in podpori vsega prebivalstva posveti prednostno skrb kakovostnemu staranju in solidarnemu sožitju med generacijami. Sledi raziskovanje potreb in virov ter načrtovanje konkretne podobe krajevnega medgeneracijskega središča. Tretja sestavina je uvajanje novih programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje generacij ter povezovanje vseh dejavnikov v sinergično delovanje. Krajevno medgeneracijsko središče je vzpostavljeno, ko so dobro opravljene tudi naloge menedžmenta za njegovo samostojno delovanje in razvoj.

Krajevno medgeneracijsko središče je razvojni odgovor na stanje in krizne razmere v začetku 21. stoletja, ki so zrasle iz individualizma, modernizma in drugih prevladujočih silnic polpreteklosti. Pozornost je bila usmerjena na posamezne sestavine, medtem ko so sistemske zakonitosti celote in bistvenih odnosov v njej ostale v ozadju. Družbeni odraz tega so mladinski, upokojski, sindikalni, delavski in podobni enogeneracijski centri po krajevnih skupnostih ob istočasnem krhanju povezanosti vseh treh generacij v celovito družbo. Ta polpreteklost, ki je mnoge vidike visoko razvila, je pustila sedanosti neodložljivo nalogo, da razvije medčloveško sožitje in sodelovanje med posamezniki v družini, delovni skupini in drugih temeljnih človeških skupinah, med skupinami v krajevni skupnosti in med velikimi nacionalnimi, gospodarskimi in verskimi skupnostmi v svetu. Sedanja socialna država živi iz socialnega kapitala tradicije, ni pa razvila mehanizmov za vzgojo v solidarnosti v modernih in informacijskih družbenih razmerah. Ta naloga bo opravljena, ko bo kakovost sožitja v družinah, skupinah in skupnostih dosegla raven današnje materialne blaginje. Vsi programi krajevnega medgeneracijskega središča služijo tej nalogi.

Osnova modela krajevnega medgeneracijskega središča je celostna antropologija: holistično gledanje na človeka v njegovi telesni, duševni, socialni, duhovno-eksistencialni in razvojni razsežnosti. Gre torej za neločljivo dopolnjevanje telesnega, duševnega in socialnega zdravja, za komplementarno povezanost vseh treh generacij ter življenjsko ravnotežje med posameznikom in skupnostjo. Medgeneracijsko središče se pri svojem delu najbolj posveča veznim členom med posamezniki in skupnostjo, to je družini in

drugim skupinam, zlasti tistim, ki jih ljudje oblikujejo po lastni izbiri na principu samopomoči in solidarnosti.

Zamisel in metodologijo za vzpostavljanje in delovanje medgeneracijskih središč smo po letu 2000 razvili na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje (Ramovš, 2008). Osnova so bila naša raziskovalna spoznanja in praktične izkušnje pri razvijanju in terenskem uvajanju socialne mreže programov za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami (www.inst-antonatrstenjaka.si). Doseganje izkušnje pri vzpostavljanju krajevnih medgeneracijskih središč kažejo, da gre za povsem realističen model, ki je primeren za vsako krajevno in drugo skupnost, vendar pa je njegovo uvajanje zahtevna strokovna naloga socialnega menedžmenta, ki je ne morejo izpeljati niti politika in uprave brez povezave z vsemi ostalimi deležniki niti nobeden od njih sam.

Model krajevnega medgeneracijskega središča se povsem ujema z vodilno svetovno strategijo, ki jo v zadnjih letih širi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) kot odgovor na globalno staranje prebivalstva, to je program Starosti prijaznih mest in podeželskih skupnosti (WHO, 2007; Federal, 2006). Slovenska mreža starosti prijaznih mest in občin v okviru svetovne mreže pri SZO velja za eno od najbolj inovativnih ravno zaradi vsebin iz modela krajevnega medgeneracijskega središča.

LITERATURA

- Bižal Ivanka, Ramovš Ksenija (2015). Fizioterapija postavi starega človeka ponovno na noge. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 2, str. 65–82.
- Buber Martin (1999). *Dialoški princip*. Ljubljana: Društvo 2000.
- Dokl Kristina, ured. (2007). *Dom – 80 let delovanja doma upokojenecv Ptuj*. Ptuj: Dom upokojenecv.
- Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for Seniors (2006). *Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide*. V: www.health.gov.nl.ca/health/publications/afrc_en.pdf (sprejem 26.11.2012).
- Flaker Vito (1998). *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba I*cf.
- Flaker Vito, Mali Jana, Kodele Tadeja, Grebenc Vera, Škerjanc Jelka, Urek Mojca (2008). *Dolgotrajna oskrba. Očrt potrebe in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Flaker Vito, Nagode Mateja, Rafaelič Andreja, Udovič Nataša (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe. Ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Frankl Viktor Emil (2014). *Volja do smisla*. Celje: Mohorjeva družba.
- Fromm Erich (2004). *Imeti ali biti*. Ljubljana: Vale-Novak.
- Grdiša Rok (2010). *Priročnik za načrtovanje sodobnih oblik bivanja starih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za arhitekturo.
- Harari Yuval Noah (2014). *Sapiens. Kratka zgodovina človeštva*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Hudolin Vladimir (1991). *Alkohološki priručnik*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Hvalič Touzery Simona (2007). *Družinska oskrba starih družinskih članov*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/>
- <http://www.uke.de/extern/eurofamcare>.
- Imperl Franc (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co., Seniorprojekt.
- Imperl Franc (2013). Javni domovi na razpotju. V: *Kakovostna starost*, letnik 16, št. 3, str. 3–18.
- Imperl Franc (2014). Možne strategije razvoja domov za starejše. V: *Kakovostna starost*, letnik 17, št. 4, str. 3–22.
- Koropec Jože, Zdovc Vinko, Leban Anton (1998). *Lambrechtov dom Slovenske Konjice*. Slovenske Konjice: Lambrechtov dom.

- Kovačič Peršin Peter, ured. (1998). *Personalizem in odmevi na Slovenskem*. Ljubljana: Društvo 2000.
- Laing D. Roland, Phillipson H. and Lee A. R. (1966) *Interpersonal Perception: A Theory and a Method of Research*. London: Tavistock.
- Laing D. Roland (1967) *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*. Harmondsworth: Penguin.
- Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008. V: http://www.beck-shop.de/fachbuch/inhaltsverzeichnis/SGB-XI-Soziale-Pflegeversicherung-9783406653582_0705201306151616_ihv.pdf.
- Ramovš Jože (2003). *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU.
- Ramovš Jože (2008). Krajevno medgeneracijsko središče. V: *Kakovostna starost*, letnik 11, št. 1, str. 26–45.
- Ramovš Jože (2012). *Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami*. 3. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Jože, ured. (2013). *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Jože (2015). Razbremenilna pomoč (družinskim oskrbovalcem). V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 2, str. 58–60.
- Ramovš Ksenija (2015). Razbremenitev družinskih oskrbovalcev z vidika ZDA in nekaterih evropskih držav. V: *Kakovostna starost*, letnik 18, št. 2, str. 22–33.
- Rudel Drago, Ličer Nina, Oberžan Darko (2010). *Telemedicinske storitve v okviru oskrbe na domu na daljavo – storitve »rdeči gumb«?* V: *Informatica Medica Slovenica* 2010; 15 (supl): [http://ims.mf.uni-lj.si/archive/15\(supl\)/13.pdf](http://ims.mf.uni-lj.si/archive/15(supl)/13.pdf).
- Rugelj Janez (1983). *Uspešna pot. Partnersko zdravljenje alkoholizma in bolnih odnosov v družini*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Svet EU (2005). *Zelena knjiga »Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami«*. Bruselj, 2005, uradni slovenski prevod.
- Sveto pismo. *Slovenski standardni prevod iz izvornih jezikov*. Ljubljana: Svetopisemska družba Slovenije 1996.
- Trstenjak Anton (1981). *Psihologija ustvarjalnosti*. Ljubljana: Slovenska matica.
- Trstenjak Anton (1992). *Pet velikih*. Ljubljana: Slovenska matica.
- WeDO. Za dobro počutje in dostojanstvo starejših. Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe; www.wedo-partnership.eu.
- WHO (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva: World Health Organization. www.inst-antonatrstenjaka.si.

Kontaktne informacije:

Jože Ramovš

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje
Resljeva 11, p. p. 4443, 1001 Ljubljana
joze.ramovs@guest.arnes.si

Sunčica Stankov

Korelacija med procesom staranja in tipom osebnosti v geriatrični populaciji

POVZETEK

V zadnjih nekaj letih raste med prebivalstvom vseh dežel sveta delež geriatrične populacije, kar kaže na pomembnost raziskovanja na področju geriatrije. Naša raziskava izhaja iz domneve, da se v procesu staranja spremenijo nekateri nevrofiziološki parametri, ki lahko vplivajo na kakovost življenja. Njen namen je bil ugotavljanje osebnostnih tipov ljudi v starostnem življenjskem obdobju in morebitnega vpliva procesa staranja na tip osebnosti. Raziskana populacija je bila 30 moških in 30 žensk, starih od 65 do 95 let, ki živijo v domu za stare ljudi v Novem Sadu v Vojvodini (v Republiki Srbiji). Uporabljena je Eysenckova anketa za ugotavljanje osebnosti. Dimenzija ekstravertiranost – introvertiranost in dimenzija nevroticizem – stabilnost sta bili v enaki meri, neodvisno od spola, prisotni pri anketirani geriatrični populaciji. Proces staranja ni vplival na raziskovane tipe osebnosti.

Ključne besede: nevrofiziologija, tip osebnosti, starostniki

Avtorica: Dr. Sunčica Stankov je zdravnica splošne medicine, magistrica in doktorica medicinskih znanosti. Njena doktorska disertacija (2013) je s področja nevrofiziologije starejših oseb, magisterij (2008) pa s področja nevrofiziologije in epidemiologije raka dojke. Dela v Zdravstvenem domu Novi Sad (Vojvodina, Republika Srbija) s starejšimi ljudmi in z ljudmi z malignimi boleznimi. Poleg tega raziskuje na področjih geriatrije, epidemiologije in genetike. Je avtorica 20 znanstvenih in strokovnih člankov, publiciranih v mednarodnih znanstvenih revijah in na strokovnih kongresih s področja medicine, ter članica Srbskega zdravniškega združenja in Zdravniške zbornice Srbije.

ABSTRACT

Correlation of the process of aging and personality types in geriatric population

Worldwide, recent demographic studies showed a trend of continuous increase in the population of elderly, emphasizing the significance of research in geriatrics. This investigation is based on hypothesis that during the process of aging the alteration of neurophysiological parameters may influence the quality of life. The main aim of this study was to determine the personality type in aged individuals and to determine whether the process of aging influences the personality type. We performed the survey using the questionnaire, amongst the aged individuals with common chronic diseases in elderly population. We analyzed the answers from 30 men and 30 women, aged between 65-95 years, living in Gerontology center of Novi Sad. We used the Eysenck's personality dimensions questionnaire. The dimension extroversion-introversion and neuroticism-stability were equally distributed in aged individuals, independently from the gender. Process of aging did not influence the personality type. According to our results we

may conclude that the study of alterations of neurophysiological parameters during the process of aging and influencing factors requires the multidisciplinary approach and investigation of all factors, including the physical, social and psychological factors that may influence the health of aging population.

Key words: neurophysiology, personality, aged over

AUTOR: Dr. Sunčica Stankov, MD, PhD, received her PhD in 2013 in the field of neurophysiology of elderly, and her master of medical sciences in 2008, in the field of neurophysiology and epidemiology of breast cancer. She is working as medical doctor in Health center Novi Sad, providing medical treatment for elderly patients with chronic diseases. Her scientific work is in research domains of geriatrics, epidemiology and genetics. She is the author of 20 scientific articles, published in international scientific journals and presented at medical conferences. Dr. Sunčica Stankov is a member of Serbian Medical Society and Serbian Medical Chamber.

1 UVOD

Staranje populacije je ena od pomembnejših značilnosti sodobnega življenja. Število in delež starostnikov v primerjavi s skupno populacijo pomembno naraščata tako v razviti kot v deželah v razvoju (Bobrie, 2002). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) obsega geriatrična populacija na svetu okrog 580 milijonov ljudi, starejših od 60 let, pri čemer jih okrog 355 milijonov živi v deželah v razvoju. Današnji demografski značilnosti sta daljšanje človekovega življenja in zmanjševanje števila novorojenih otrok. Pričakovana dolžina življenja naj bi do leta 2020 bila okrog 70 let. Evropska populacija bo v naslednjih petindvajsetih letih ena od najstarejših na svetu (Bobrie, 2002; Van Vliet, 2010).

V zadnjih desetletjih sodobna medicina pojasnjuje proces staranja ne le kot izgubljanje funkcij, temveč upošteva tudi koncept, da je staranje vrhunec človekovega razvoja, s čimer nakazuje prednosti in koristne vidike staranja. Na tej osnovi izboljšuje telesno, duševno in socialno funkcioniranje starajočega se človeka. Proces aktivnega staranja človeka je usmerjen ne le v krepitev telesnega zdravja, temveč tudi v krepitev kognitivnih sposobnosti in emocionalno-motivacijskega funkcioniranja ter v izboljšanje socialnega sožitja (Kryspin-Exner, 2011). Sodobni pogled na ravnesvesje medgeneracijskega sožitja, pri katerem ima tretja generacija pomembno vlogo, opozarja, da potrebuje starejša populacija več pozornosti in spoštovanja ter boljšo medgeneracijsko komunikacijo; pri tem izhaja iz koncepta enovitosti človekovega življenja (Ramovš K., 2013).

1.1 OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI STAROSTNIKOV

Emocionalne reakcije vsake osebe so pogojene z ustreznim tipom osebnosti, kar je na temelju empiričnega raziskovanja prikazal Hans Eysenck v svoji teoriji osebnosti. Njegova delitev na tipe osebnosti obsega dve dimenziji, ekstravertiranost in introvertiranost ter emocionalno stabilnost in nevroticizem. Ta tipologija osebnosti temelji na

značilnostih delovanja vegetativnega živčnega sistema in izhaja iz genetskih značilnosti (Ivetić, 2000; Kumari, 2004).

Ekstravertiranost določa družabnost osebe in impulzivno obnašanje (Lewis, 2002). Ekstravertirane osebe imajo nizko raven kortikalnega vzbujenja, kar je povezano z nizko aktivnostjo ascendentnega retikularnega sistema aktivacije (La Rowe, 2006; Acton, 2003). To povzroča kronično potrebo po zunanji stimulaciji, zato te osebe iščejo dražljaje, da bi imele optimalno raven kortikalnega vzbujenja (La Rowe, 2003). Takšna fiziološka osnova je razlog, da se ekstravertirani ljudje težje učijo in manifestirajo istovrstne emocionalne reakcije (Ivetić, 2000). Ekstravertirana oseba je družabna, optimistična, nezanesljiva, brezskrbna, živahna, ima rada hrupna mesta, se veliko zanima za okolico in ljudi, je ambiciozna in vztrajna (Ivetić, 2000; Jackson, 2000). Introvertirane osebe imajo kronično povišano vzbujenost korteksa, kar povzroča njihovo potrebo po miru in molku, da bi ohranjale optimalno raven vzbujenosti korteksa (Acton, 2003). Introvertirana oseba je nedružabna, pesimistična, mirna, kontrolira čustva, se obnaša zadržano, je nezaupljiva, sebi postavlja visoke moralne cilje in zanima jo notranji svet.

Druga dimenzija osebnosti, to je nevroticizem – stabilnost, določa emocionalno stabilnost oziroma nestabilnost osebe (Acton, 2003). Nevroticizem vključuje visoko raven negativnih afektov, npr. depresivnost in anksioznost. Eysenckova teorija kaže, da nevroticizem temelji na aktivnosti simpaticnega živčnega sistema ali visceralnih možganov. Ta del možganov skrbi za reakcijo »boj ali beg«, ko se oseba sooči z nevarnimi situacijami. Nevrotične osebe, ki imajo nizko raven aktivacije, doživljajo negativno reakcijo pri soočanju z relativno nepomembnimi stresnimi situacijami, pri čemer se zelo hitro razburijo.

Nevrotične osebe karakterizirajo inferiornost, anksioznost, emocionalna nestabilnost, odvisnost od drugih ljudi, hipohondrija in občutek krivde (Jackson, 2000; Nakaya, 2005). Lastnosti nevroticizma so genetsko osnovane. So rezultat adaptacije na pritisk. Delež nevroticizma je različen pri moških in ženskah (Chapman, 2007); raziskovanje kaže, da so osebe z lastnostmi nevroticizma večinoma ženske (Nakaya, 2005).

Emocionalno stabilne osebe imajo višjo raven aktivacije, negativen afekt doživljajo le pri soočanju z zelo pomembnimi in intenzivnimi stresnimi situacijami, kar pomeni njihovo umirjenost, ko so pod pritiskom (Acton, 2003).

Dimenzije osebnosti lahko vplivajo na adaptacijske mehanizme v procesu staranja in na zdravstveno stanje osebe. Pomembnost dimenzije osebnosti se kaže tudi pri osebnem doživljanju blaginje in pri pojavu depresije v poznejših letih življenja (Irigaray, 2007).

Sodobna raziskovanja pojasnjujejo človekov razvoj kot multidimenzionalni proces, pri čemer upoštevajo pozitivne strani, izgube in pomanjkanje sprememb. Po tem modelu imajo ljudje potencial za spremembe (plastičnost), za vzdrževanje in adaptacijo pri soočanju z dogodki, ki omejujoče vplivajo na proces normalnega razvoja v življenju. Spremembe osebnosti lahko nastajajo v procesu staranja, zlasti pa v tistih obdobjih življenja, ko so ljudje izpostavljeni hujšim stresnim dogodkom, ki zahtevajo adaptacijo. Marsikdo lahko pri normalnih življenjskih razmerah ohranja svojo osebnost stabilno, v kompleksnejših situacijah tekom razvoja pa se lahko osebnost spreminja zaradi adaptacije na spremenjene življenjske razmere (Irigaray, 2007).

Osebnostne značilnosti so lahko pomemben dejavnik, ki vpliva na pojav simptomov depresije v poznejšem življenjskem obdobju. Nasprotno sta visoka raven ekstravertiranosti in nižja raven nevroticizma lahko povezani z manjšim številom dejavnikov tveganja za zdravje. Druga raziskovanja kažejo, da imajo optimisti lahko boljši zdravstveni status, živijo dlje, se bolje počutijo in so uspešnejši v primerjavi s pesimističnimi osebami, pri katerih je večja verjetnost za nastanek depresije in slabši zdravstveni status (Irigaray, 2007).

Spolne razlike pri dimenzijah osebnosti kažejo, da so moški bolj odprti za nove ideje kot ženske, medtem ko so ženske dovetnejše za estetiko in čustva. Moški so bolj ekstravertirani, imajo večjo potrebo po vzbujenju, ženske pa so bolj vihrove. Med moškimi in ženskami ni razlik glede zaskrbljenosti (skrbnosti, obvladanosti, urejenosti in pozornosti) v okviru dimenzije nevroticizem – stabilnost (Chapman, 2007).

Ženske so občutljivejše na stresne situacije, kronični stres in minimalne dnevne stresne situacije kot moški, kar pomeni tudi kognitivno-emocionalno in fiziološko občutljivost, ko se soočajo z akutnimi in s kroničnimi stresnimi komponentami. Moški reagirajo na vpliv stresnih komponent s klasičnim mehanizmom »boj ali beg«, ženske pa se s socialnim stresom soočajo z več empatije, s komunikativnim obnašanjem, z internimi strategijami in s fokusiranjem emocij, kar podaljšuje doživetje stresa v ženski populaciji (Möller-Leikühler, 2010).

2 NAŠA RAZISKAVA

2.1 CILJ, POPULACIJA IN METODA

Cilj naše raziskave je ugotavljanje, kako proces staranja vpliva na tip osebnosti.

Hipoteza: pri starostnikih obstaja pozitivna korelacija med tipom osebnosti in procesom staranja.

Raziskava je transverzalna z enkratnim anketiranjem starejših oseb, ki je potekalo v domu za stare ljudi v Novem Sadu od marca do avgusta leta 2011. Vključenih je bilo 30 moških in 30 žensk v starosti od 65 do 95 let s kroničnimi boleznimi, kot sta visok krvni tlak in diabetes melitus; za te bolezni se ni predpostavljalo, da bi vplivale na izid raziskovanja. Zaradi preprečevanja nepristnih rezultatov smo v raziskovanje vključili samo osebe, s katerimi je bilo mogoče vzpostaviti ustrezen stik, ki so lahko samostojno izpolnjevale vprašalnik in bile kooperativne. Vključili nismo oseb s hujšimi poškodbami vida in/ali sluha, oseb z afazijo, oseb s psihičnimi boleznimi, s katerimi ne bi mogli vzpostaviti ustreznega kontakta, oseb z diagnosticirano Alzheimerjevo (demenco) ali Parkinsonovo boleznijo in oseb z malignimi boleznimi.

Anketirali smo s standardnim Eysenckovim vprašalnikom za oceno tipa osebnosti po dimenzijah ekstravertiranost – introvertiranost in nevroticizem – stabilnost.

Pridobljene podatke smo analizirali z vidika tipov osebnosti in procesa staranja; upoštevali smo starostne in spolne razlike. Statistična obdelava je obsegala χ^2 preizkus, t-test, aritmetično sredico, standardni odklon in relativne deleže po skupinah.

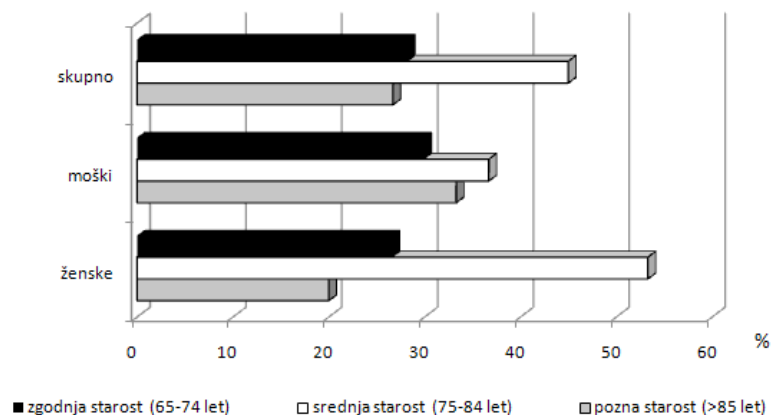
Anketirane osebe smo razdelili v tri starostne skupine: zgodnja starost (65–74 let), srednja starost (75–84 let) in pozna starost (≥ 85 let).

2.2 REZULTATI

Povprečna starost vključenih oseb je bila $79 \pm 6,7$ let; moških $70,7 \pm 7,3$ let in žensk $78,63 \pm 6,07$ let. Razlika v povprečni starosti med moškimi in ženskami ni bila statistično pomembna ($t\text{-test} = 0,62, p > 0,05$).

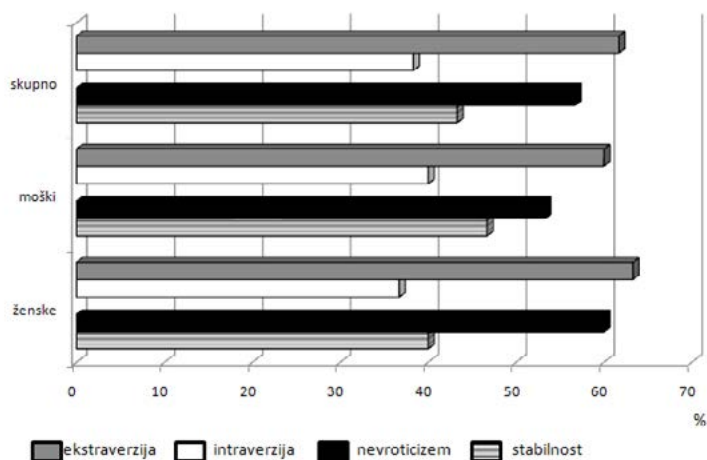
Starostno strukturo anketirancev prikazuje Slika 1. Največ oseb je bilo v starostni skupini 75–84 let. Statistično pomembno večje je bilo število žensk srednje starosti v primerjavi s številom žensk zgodnje starosti ($p < 0,05$). Tudi moških je bilo največ v srednji starosti, vendar razlika z drugimi starostnimi skupinami ni bila statistično pomembna.

Slika 1: Starostna struktura anketirancev



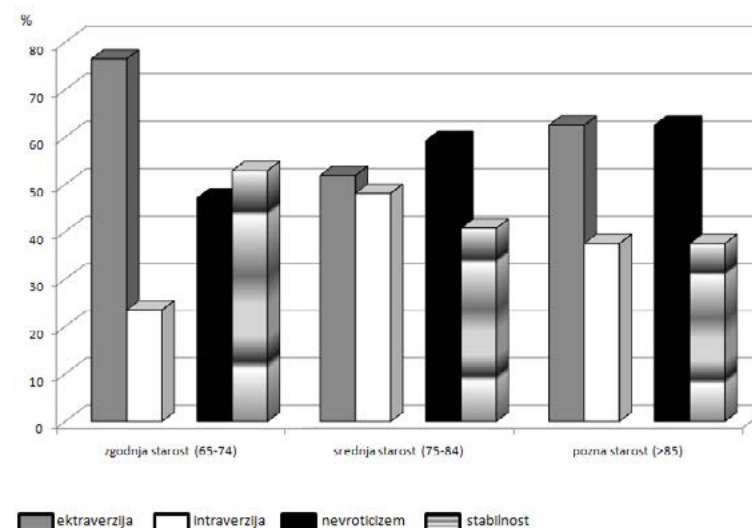
Zastopanost tipa osebnosti po dimenzijah ekstravertiranost – introvertiranost in nevroticizem – stabilnost prikazuje Slika 2. Več je ekstravertiranih, vendar brez statistično pomembne razlike ($p > 0,05$). Več je oseb tipa nevroticizem. V okviru obeh dimenzij nobena primerjava znotraj skupin, med njimi in pri skupnem številu oseb ne kaže statistično pomembne razlike ($p > 0,05$).

Slika 2: Deleži tipov osebnosti v okviru dimenzij ekstravertiranost – introvertiranost in nevroticizem – stabilnost (v %)

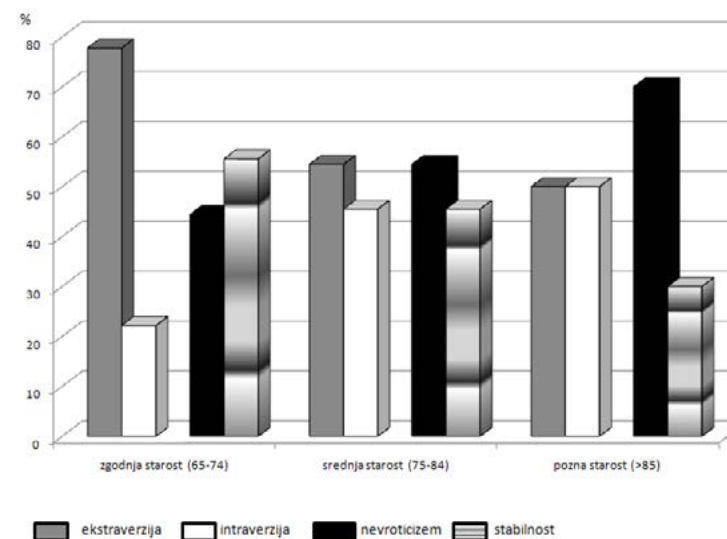


Možnost vpliva procesa staranja na tip osebnosti v okviru dimenzij ekstravertiranost – introvertiranost in nevroticizem – stabilnost je prikazana na Slikah 3, 4 in 5. Pri vseh starostnih skupinah in spolnih skupinah so zastopani vsi tipi osebnosti; prevladuje ekstravertiranost, toda brez statistično pomembnih razlik ($p > 0,05$) ali se statistična pomembnost ne določa.

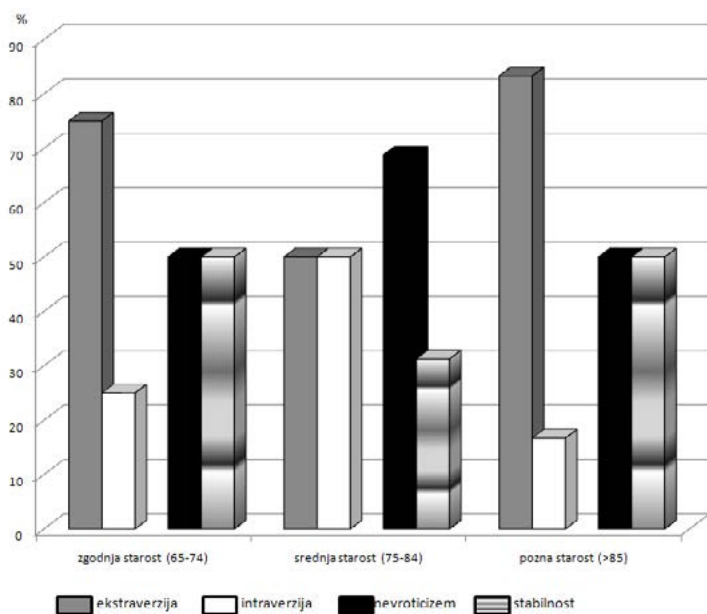
Slika 3: Vpliv procesa staranja na tip osebnosti v okviru dimenzij ekstravertiranost – introvertiranost in nevroticizem – stabilnost (skupno)



Slika 4: Vpliv procesa staranja na tip osebnosti v okviru dimenzij ekstravertiranost – introvertiranost in nevroticizem – stabilnost (moški)



Slika 5: Vpliv procesa staranja na tip osebnosti v okviru dimenzij ekstravertiranost – introvertiranost in nevroticizem – stabilnost (ženske)



3 RAZPRAVA

Proces staranja v svetovni populaciji povečuje delež raziskovanja geriatrične populacije. Različno opredeljevanje pojma star človek vpliva na starost raziskovanih oseb. Malhotra in sod. so v svoji raziskavi (2010) kot starejše osebe pojmovali osebe, stare 60 let in več, pri čemer jih je bilo 33,5 % starih od 60 do 64 let, 42,7 % od 65 do 74 let in 23,8 % 75 let in več. V raziskavi Yao in sod. (2009) je bila aritmetična sredina starosti anketirancev 70,1 let. Starostniki v raziskavi Chin in sod. (2008) so bili stari $75,45 \pm 6,06$ let. V splošni populaciji vseh starostnih skupin v raziskavi Ramovša J. in sod. (2014) je večji odstotek oseb v mlajših starostnih skupinah, in sicer zgodnje in srednje starih oseb v primerjavi z odstotkom oseb pozne starosti. V našo raziskavo je bil vključen največji delež oseb v srednji starosti, starih od 75 do 84 let (tako moških kakor žensk). Starost populacije v naši raziskavi je torej višja kot pri drugih avtorjih, ker smo raziskovali stanovalce doma za stare ljudi.

Dimenzionalni model tipa osebnosti je oblikovan s ciljem identificiranja in določanja visoko diferenciranih ortogonalnih faktorjev ekstravertiranosti in nevroticizma (Francis, 2004). V raziskavi Nilsson L. V. (1983) je bila pri osebah, starih nad 70 let, nizka raven ekstravertiranosti tako pri moških kot pri ženskah, nevroticizem pa je bil višji pri ženskah, kar se ujema z obsežno multinacionalno raziskavo Schmitt in sod. (2008). V starosti od 70 do 79 let je padla raven nevroticizma pri moških, pri vseh starostnih skupinah (70–74, 75–78 in 79+ let) je bila pri ženskah višja raven nevroticizma kot pri moških. Rezultati raziskave Tummers in sod. (2010) kažejo, da se tekom življenja in staranja manjšajo osebnostne lastnosti, ki so značilne za dimenziji ekstravertiranost

in nevroticizem. Rezultati raziskave Steunenberga B. in sod. (2005) pa kažejo, da so v procesu staranja lastnosti nevroticizma bolj izražene.

V naši raziskavi tipa osebnosti po Eysencku smo ugotovili večji delež ekstravertiranih kot introvertiranih oseb (brez statistično pomembne razlike) tako pri celotni anketirani populaciji kakor v skupinah moških in žensk. Ta rezultat je nepričakovan, verjetno je posledica specifičnosti populacije, ki je bila družabna, odprta do drugih ljudi (anketirane osebe so samostojno vstopile v raziskavo) in vztrajna (kot stanovalci doma za stare ljudi se morajo stalno prilagajati); vse to bi lahko pojasnilo, da je v naši populaciji večje število ekstravertiranih oseb. To bi lahko pomenilo, da se ekstravertirane osebe lažje odločajo za preselitev v dom za stare ljudi kot introvertirane. Če bi se to potrdilo, bi lahko pomenilo pomembno spoznanje pri sprejemanju ljudi v dom in oblikovanju programa v njem, kajti sprejem stare osebe v dom pogosto pomeni stres in neugodnost (Kornhauser A., 2013). Distribucija dimenzije ekstravertiranost – introvertiranost je pri obeh spolih podobna in pričakovana, kar usmerja v domnevo, da ta dimenzija pri starejših ljudeh ni odvisna od spola.

Raziskava Hernandez in sod. (2007) je pokazala, da lahko posamezne psihosocialne variable, ki karakterizirajo osebnostni tip nevroticizem, negativno vplivajo na doživljanje pomembnih življenjskih dogodkov in na način reševanja problemov, ki se kaže v tem, da osebe sprejmejo situacijo ali zbežijo od problema. To kaže, da je nevroticizem v direktni povezavi z zdravstvenimi navadami in obnašanjem, npr. s samomedikacijo, percepcijo bolezenskih simptomov in pogostostjo obiskov zdravnika (Hernandez in sod., 2007). Sklepamo lahko tudi, da lahko lastnosti nevroticizma in stabilnosti vplivajo na odločitev o preselitvi v dom za stare ljudi in na način prilagoditve na življenje v tej novi sredini, kar bi bilo pomembno glede na značilnost starih ljudi, da težje spremenijo navade in življenjske razmere (Kornhauser A., 2013).

Nekaj raziskav je pokazalo na možnost korelacije med višanjem ravni nevroticizma in zmanjševanjem prostornine možganov v teku staranja (Jackson, 2009; Knutson, 2001). O razvoju osebnosti v poznejšem življenjskem obdobju so različna mnenja. Proti mnenju, da postaja osebnost v procesu staranja rigidnejša, govorijo sodobnejša mnenja, da postanejo osebnostne značilnosti v odraslem in starostnem življenjskem obdobju stabilnejše, kar pomeni, da osebnost posameznika ne postaja rigidnejša, temveč ostaja ista tudi v procesu staranja (Nakaya, 2005). To kaže na potrebo po raziskovanju vpliva, ki ga ima proces staranja na tip osebnosti. Z našo raziskavo nismo dokazali takšne korelacije ne na ravni skupnega števila anketiranih oseb ne pri skupini moških in žensk. Kljub rezultatom raziskav, ki nakazujejo, da so v procesu staranja možne spremembe osebnosti v okviru dimenzije nevroticizem – stabilnost, je prvotna postavka Eysenckove teorije osebnosti, da so osebnostne dimenzije prirojene (genetske), zato lahko sklenemo, da proces staranja ne vpliva na tip osebnosti.

Kljub temu da primerjalna analiza naših rezultatov ni dala statistično pomembnih razlik, so dobljeni rezultati izhodišče za nadaljevanje raziskovanja na področju nevrofiziologije starejših oseb in geriatrije. Tip osebnosti je lahko pomemben dejavnik človekovega življenja tako v domu za stare ljudi kakor v domačem okolju. Poleg že omenjenih spoznanj o vplivu na zaznavanje simptomov bolezni se ta vpliv kaže tudi

na družabnosti ali nedružabnosti, zaupljivosti ali bojevitosti in nezaupljivosti, ki lahko odločilno vplivajo na (ne)iskanje pomoči družine, družbe in zdravnika ali svojih pravic v domu za stare ljudi. Če bi te povezave z raziskovanjem bolje spoznali, bi ta spoznanja lahko zelo pomagala starim ljudem samim, njihovim svojcem, zdravnikom, psihologom, socialnim delavcem in drugim pri obvladovanju težav v starostnem obdobju ter večanju kakovosti življenja in sožitja.

4 ZAKLJUČKI

Naša raziskava daje dva glavna zaključka.

1. Tipi osebnosti v okviru osebnostnih dimenzij ekstravertiranost – introvertiranost in nevroticizem – stabilnost so enako zastopani pri skupnem številu raziskanih oseb ter v skupinah moških in žensk v poznejšem življenjskem obdobju.
2. Proces staranja ni vplival na tip osebnosti niti pri skupnem številu anketiranih oseb niti v skupinah moških in žensk v poznejšem življenjskem obdobju.

LITERATURA

- Acton G. S. (2003). Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: implications for substance use. V: *Substance use & misuse*, 1, str. 67–83.
- Bobrie G., Potter J. F. (2002). The elderly hypertensive population: what lies ahead of us? V: *JRAAS*, 3, str. 4–9.
- Chapman B. P., Duberstein P. R., Sörensen S., Lyness J. M. (2007). Gender Differences in Five Factor Model Personality Traits in an Elderly Cohort: Extension of Robust and Surprising Findings to an Older Generation. V: *Pers Individ Dif*, 43 (06), str. 1594–1603.
- Chin A. V., Robinson D. J., O'Connell H., Hamilton F., Bruce I., Coen R., Walsh B., Coakley D., Molloy A., Scott J., Lawlor B. A., Cunningham C. J. (2008). Vascular biomarkers of cognitive performance in a community-based elderly population: the Dublin Healthy Ageing study. V: *Age an Ageing*, 37, str. 559–564.
- Francis L. J., Jackson C. J. (2004). Which version of the Eysenck Personality Profiler is best? 6 – 12-or 20-items per scale. V: *Personality and Individual Differences*, 37, str. 1659–1666.
- Hernandez S. O., Parga M. X. F., Aznar C. M. (2007). Illness Behavior: Prediction by Symptoms, the Grossarth-Maticsek and Eysenck Personality Types, Neuroticism, Life Events, Coping, Health Locus of Control, Social Support, and Attribution Style. V: *The Spanish Journal of Psychology*, 2 (7), str. 388–398.
- Irigaray T. Q., Schneider R. H. (2007). Characteristics of personality and depression in elderly women of the University for the Third Age. V: *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 2 (29), str. 169–175.
- Ivetić V., Apostolović M. (2000). *Strah od bola u pedontologiji*. Beograd: Zavod za izdavanje udžbenika Beograd.
- Jackson C. J., Furnham A., Forde L., Cotter T. (2000). The structure of the Eysenck personality profiler. V: *British Journal of Psychology*, 91: str. 223–239.
- Jackson J., Balota D., Head D. (2009). Exploring the relationship between personality and regional brain volume in healthy aging. V: *Neurobiol Aging*, 32 (12), str. 2162–2171.
- Knutson B., Momenan R., Rawlings R. R., Fong G. W., Hammer D. (2001). Negative association of neuroticism with brain volume ratio in healthy humans. V: *Biol Psychiatry*, 50 (9): str. 685–690.
- Kornhauser A., Mali J. (2013). Priprava starega človeka na življenje v domu za stare ljudi. V: *Socialno delo*, 52 (5), str. 321–331.
- Kryspin-Exner I., Lamplmayr E., Felnhofer A. (2011). Geropsychology: The Gender Gap in Human aging-A Mini-Review. V: *Gerontology*, 57: str. 539–548.
- Kumari V., Ffytche D. H., Williams S. C. R., Gray J. A. (2004). Personality Predicts Brain Responses to Cognitive Demands. V: *The Journal of Neuroscience*, 24 (47): str. 10636–10641.

- La Rowe S. D., Patrick C. J., Curtin J. J., Kline J. P. (2006). Personality correlates of strale habituation. V: *Biological Psychology*, 72: str. 257–264.
- Lewis C. A., Francis L. J., Shevlin M., Forrest S. (2002). Confirmatory factor analysis of the French translation of the abbreviated form of the revised Eysenck personality questionnaire (EPQR-A). V: *European Journal of Psychological Assessment*, 18: str. 179–185.
- Malhotra R., Chan A., Malhotra C., Øsbye T. (2010). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly population of Singapore. V: *Hypertension Research*, 33: str. 1223 – 1231.
- Möller-Leikühler A. M. (2010). Higher comorbidity of depression and cardiovascular disease in women: A biopsychosocial perspective. V: *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11: str. 911–922.
- Nakaya N., Tsubono Y., Nishino Y., Hosokawa T., Fukudo S., Shibuya S., Akizuki N., Yoshikawa E., Kobayakawa M., Fujimori M., Saito-Nakaya K., Uchitomi Y., Tsuji I. (2005). Personality and cancer survival: the Myagi cohort study. *British Journal of Cancer*, 92: str. 2089– 094.
- Nilsson L. V. (1983). Personality changes in the aged. A transectional and longitudinal study with the Eysenck Personal Inventory. *Acta Psych Scand*, 68 (3): str. 202–211.
- Ramovš J. (2014). Staranje in sožitje med generacijami. *Kakovostna starost*, 17 (3): str. 3–28.
- Ramovš K. (2013). Medgeneracijsko sožitje in solidarnost. *Kakovostna starost*, 16 (4): str. 3–33.
- Schmitt D. P., Realo A., Voracek M., Allik J. (2008). Why can't man be more like a woman? Sex differences in big five personality traits across 5 cultures. V: *Journal of Personality and Social Psychology*, 94 (1): str. 168–182.
- Steunenberg B., Twisk J. W., Beekman A. T., Deeg D. J., Kerkhof A. J. (2005). Stability and change of neuroticism in aging. V: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60 (1): str. 27–33.
- Tummers J. H., Derksen J. L., van Alphen S. P. (2010). Instability of personality characteristics and personality disorders during the lifespan: effects for assessment in older adults. V: *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 41 (2): str. 87–95.
- Van Vliet P., Westendorp G. G. J., Van Heemst D., de Craen J. M., Oleksik Am. (2010). Cognitive decline precedes late-life longitudinal changes in vascular risk factors. V: *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 81: str. 1028–1032.
- Yao H., Takashima Y., Mori T., Uchino A., Hashimoto M., Yuzuriha T., Miwa Y., Sasaguri T. (2009). Hypertension and white matter lesions are independently associated with apathetic behavior in healthy elderly subjects: the Sefuri brain MRI study. V: *Hypertension Research*, 32: str. 586–590.

Kontaktne informacije:

Dr. Sunčica Stankov

Zdravstveni dom Novi Sad

Bulevar Cara Lazara 75, 21 000 Novi Sad, R. Srbija

e-naslov: suncicastankov@yahoo.com

*Asja Videčnik***Kazalniki depresije in telesna dejavnost****pri starejših prebivalcih Slovenije****Rezultati študije z zdravjem povezan vedenjski slog 2012****POVZETEK**

Depresija pri starejših pomembno prispeva k zmanjšani kakovosti življenja in povišani umrljivosti ter postane posameznikom, družinam in družbi veliko breme. Telesna dejavnost je lahko potencialni varovalni dejavnik pri preprečevanju ali blaženju depresije in njenih posledic. S tem namenom smo v naši raziskavi preverili povezanost med nekaterimi kazalniki depresije in vidiki telesne dejavnosti. Predvidevali smo, da bodo tisti, ki so obremenjeni s kazalniki depresije, manj telesno aktivni kot tisti, ki niso. Podatke za izvedbo raziskave smo črpali iz večje vseslovenske raziskave CINDI *Z zdravjem povezan vedenjski slog 2012*. Zajeli smo vzorec ljudi, starih med 60 in 74 let. Velikost in lastnost vzorca ($N = 1872$) omogočata posploševanje na populacijo. Rezultati večine domnev niso potrdili. Z dvema kazalnikoma depresije je bila povezana le intenzivna telesna dejavnost, in sicer v trajanju nad 30 minut. S kazalniki depresije se povezujeta tudi ženski spol in slabša samoocena zdravstvenega stanja. Narava raziskave in podatki žal ne omogočajo sklepanja na povezavo med depresivno motnjo in gibanjem, prav tako ne na smer odnosa med povezavami. Predstavlja pa korak v smeri opozarjanja na problematiko depresije in pomen gibanja med starejšimi v Sloveniji. Boljše razumevanje dejavnikov, ki prispevajo k zdravju in z njim povezani kakovosti življenja, lahko pripomore k razvoju in uvedbi zgodnjih strategij za promocijo zdravja pri starejših.

Ključne besede: starejši, depresija, telesna dejavnost, duševno zdravje, samoocena zdravja

AVTORICA: *Asja Videčnik* je univerzitetna diplomirana psihologinja, ki po magisteriju iz klinične psihologije na Univerzi v Leidnu na Nizozemskem nadaljuje študij na Univerzi v Ljubljani, in sicer študij eksperimentalne psihologije na doktorski ravni. Raziskovalni interesi vključujejo zdravje, osebnost in telesno vadbo, trenutno pa so osredotočeni na depresijo in ranljivost za depresijo. Kot strokovna sodelavka je zaposlena v Medgeneracijskem središču Vitalis v Ljubljani. Ob delu s starejšimi skrbi tudi za telesno vadbo in zdravstveno preventivo vseh generacij.

Abstract**Indicators of depression and physical activity in the Slovenian elderly population**

Depression in the elderly contributes significantly to reduced quality of life, increased mortality and is becoming a significant burden to individuals, families and society. Physical activity can be a potential protective factor in preventing or mitigating depression and its consequences. This study was conducted with a purpose to examine the connection

between certain indicators of depression and aspects of physical activity. It was assumed that those who were burdened with indicators of depression were less physically active than those who were not. Data for the survey were drawn from a larger nation-wide study CINDI *Health-related behavioural style 2012*. We took a sample of the elderly, between 60 and 74 years old. The size and properties of the sample ($N = 1872$) allows generalization to the population. Our results do not confirm the majority of our hypotheses. The two indicators of depression were associated only with intense physical activity in the duration of more than 30 minutes. The indicators of depression were associated with female gender and poorer self-rated health status. The nature of this research and data unfortunately does not allow conclusions to depressive disorder and movement, nor does it disclose the direction of the relationship between the variables. However, it does represent a step in the direction of emphasizing the problem of depression and the importance of physical activity among the elderly in Slovenia. A better understanding of factors that contribute to health and the related quality of life may add to the development and early implementation of strategies to promote health in the elderly.

Keywords: elderly, depression, physical activity, mental health, self-rated health

AUTHOR: *Asja Videčnik* has a bachelor's degree in psychology. She received a master's degree in Clinical Psychology at the University of Leiden in the Netherlands and then continued her studies of experimental psychology at the doctoral level at the University in Ljubljana. Her research interests include health, personality and physical activity. She is currently focused on depression and vulnerability to depression. She works in the intergenerational center Vitalis in Ljubljana. While working with the elderly she is also responsible for physical exercise and health prevention of all generations.

1. UVOD**1.1 DEPRESIJA PRI STAREJŠIH**

Izraz depresija pokriva širok spekter, in sicer od običajnega nesrečnega razpoloženja do odklonske, hude in ohromljuječe motnje. Označujejo jo občutki žalosti in brezupa, izguba zanimanja in uživanja ob večini aktivnosti, občutki krivde in brezvrednosti, utrujenost, spremembe apetita in spanca, slabšanje osredotočenosti in možna samomorilna nagnjenja (APA, DSM IV, 1994).

»Starost je posebno obdobje življenja, ki ima svoje lastne možnosti in naloge, pa tudi svoje lastne tegobe in zagate« (Ramovš, 2003: 267). Incidenca kroničnih degenerativnih bolezni s staranjem narašča. Te zdravstvene težave s seboj prinašajo primanjkljaje, odvisnost od drugih in nezmožnosti ali oviranosti. Poleg srčno-žilnih bolezni, raka in cerebrovaskularnih bolezni spada depresija med velike javnozdravstvene probleme, ki so med najpogostejšimi kroničnimi boleznimi pri starejših (Arslantas, 2014).

Težave, ki jih depresija povzroča, na primer funkcionalna oslabitev, vodijo k zmanjšani kakovosti življenja in povečani umrljivosti starejših ter postanejo v smislu zdravstvene oskrbe veliko breme posameznikom, družinam in družbi (Gallo, 1999). Težave pri vsakodnevnih aktivnostih so pogostejše z napredujočo starostjo (Reppermund, 2011).

Svetovne projekcije kažejo, da bo depresivno stanje drugi vodilni vzrok oškodovanosti v letu 2020 (Murray, 1997).

Depresija pri starejših je povezana z večjo zdravstveno obolevnostjo in smrtnostjo ter z višjim tveganjem za razkrajajoče fizično zdravje, socialni in kognitivni upad, samomor in samozanemarjanje (Buys, 2008; Djernes, 2006; McDougall, 2007; Roberts, 1997; Stevens, 1999; Valvanne, 1996). Pri starejših je pogosto težko razložiti, ali se kognitivni simptomi (na primer dezorientacija, apatija, težave z osredotočanjem in izguba spomina) pripišejo demenci ali depresivni motnji. S podrobno zdravniško oceno in z anamnezo je diferencialna diagnoza lahko točna (APA, DSM IV, 1994).

Pogostost depresije je po svetu različna. V odvisnosti od načina merjenja, kriterijev ter sistema raziskovanja in zdravstva lahko prevalence kažejo zelo različne slike. Nekatere raziskave kažejo, da je prisotnost depresije med starejšimi nižja v Aziji (4,2 %), sledita Evropa (10,9 %) in Amerika (8,4 %). Nekatere študije iz držav v razvoju pa poročajo o zelo visokih prevalencah (21,9 %), ki nihajo med 11 in 31 % (Barua, 2010).

Projekcije za Slovenijo kažejo, da se bo zaradi podaljševanja življenjske dobe povečevalo število starejših z duševnimi motnjami, vendar ne pri vseh diagnostičnih skupinah enako (Kogoj, 2008). Predviden porast števila psihiatričnih hospitalizacij zaradi depresije je med letoma 2002 in 2020 ocenjen na 31 % (Kogoj, 2008).

Največ študij depresivne motnje pri starejših se nanaša na veliko depresivno motnjo, četudi se je mala depresivna motnja izkazala za najpogostejšo duševno motnjo med starejšimi v primarnem zdravstvu (Preville, 2008). Starejši odrasli so pomembno manj pogosto deležni specialistične duševno-zdravstvene obravnave kakor mlajši odrasli (Unutzer, 2002), je pa prepoznavanje male depresivne motnje pri starejših oteženo zaradi nagnjenosti k aleksitimiji in somatizaciji, ki lahko depresijo prikrita (Tannock, 1995).

Pomembno se je zavedati, da problem depresije poleg tega, da prinaša osebno trpljenje in motnje v družini, poslabša tudi izid drugih zdravstvenih težav in doprinaša k oškodovanosti (Alexopoulos, 2002; Blazer, 2003). Druga pomembna stvar je zavedanje, da je depresija pri starejših vedno patološki proces (Nelson, 2001) in da ne gre za neko običajno, s starostjo pričakovano bolezen. Zahtevno jo je diagnosticirati zaradi dejavnikov, kot so pozen začetek, komorbidnost, demenca in žalovanje ob izgubah. Tako ostaja poddiagnosticirana in nezdravljena pri mnogo posameznikih tudi v razvitem svetu (Unutzer, 2002) Nizozemska študija je pokazala, da se osebni zdravniki zavedajo psiholoških problemov pri približno polovici starostnikov z veliko depresijo, natančno pa ne ločijo depresivnih simptomov od drugih psiholoških in socialnih problemov (Volkers, 2004)

Odkrivanje in ocenjevanje potreb in težav starejših je torej pomemben prvi korak v procesu reševanja problematike depresije pri starejših in ugotavljanja možnih ukrepov (Bhamani, 2013). Eden prvih korakov je gotovo odkrivanje dejavnikov tveganja za nastanek depresije pri starejših in varovalnih dejavnikov.

1.2 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA DEPRESIJO PRI STAREJŠIH

Raziskav dejavnikov tveganja za depresijo pri starejših je bilo opravljenih že mnogo. Pregled nam da možnost, da lahko te dejavnike združimo v vsebinske nadskupine, na primer v biološke, psihološke in socialne nadskupine (Vink, 2008). Med biološke

nadskupine štejemo na primer kronične bolezni (Schoevers, 2005), slab zdravstveni status (Roberts, 2000), genetske dejavnike (Beekman, 1995), samooceno zdravja (Jin-Kyoung, 2014) ... Med psihološke dejavnike tveganja lahko štejemo osebnostne poteze (nevroticizem, zunanji lokus nadzora, introvertiranost) (Beekman, 2001; Livingston, 2000), samopodobo (Kivela, 1999) in psihopatologijo (Horowitz, 2005). Med socialne dejavnike tveganja lahko uvrstimo različne kvantitativne vidike socialne mreže, na primer zakonski stan (van der Wurff, 2004) ter kvalitativne vidike socialne mreže, npr. osamljenost (Adams, 2004). Sem v raziskavi uvrščajo tudi demografske značilnosti, kot so starost, spol, izobrazba in socio-ekonomski status. Med slednjimi je ženski spol najpogosteje identificiran kot dejavnik tveganja za depresijo (Barcelos-Ferreira, 2013).

Tipični profil depresivnega starostnika bi torej lahko bila nižje izobrazena ovdovela ali samska ženska z nižjimi dohodki, ki oboleva tudi za kronično telesno boleznijo ter ima funkcionalne omejitve, majhno socialno mrežo in zunanji lokus nadzora (Heun, 2005).

Raziskava Kim (2009) je pokazala, da je najboljši napovednik depresije pri starostnikih samoocena zdravja, torej subjektivno zaznana zdravstveno stanje. Ta samoocena poleg depresije močno napoveduje tudi smrtnost starejših (Galenkamp, 2013; Song, 2003), ter vpliva na kakovost njihovega življenja (Kim, 2008) in uspešnost staranja (Oh, 2006).

Pomembna se zdi tudi delitev dejavnikov tveganja glede na njihovo potencialno spremenljivost, in sicer ali so možne spremembe pod našim nadzorom ali ne. Tako se v raziskavi Kim (2009: 122) spol, starost in komorbidnosti uvrstijo med nespremenljive dejavnike, med spremenljive pa med drugim samoocena zdravja, aktivnosti dnevnega življenja, socialna vključenost, aktivnosti in moč stiska roke, ki je pokazateljica fizične moči oz. pripravljenosti. Telesna dejavnost oz. pripravljenost je v središču pričujoče raziskave, zato ji v sledečem poglavju namenimo več pozornosti.

1.3 DEPRESIJA IN TELESNA DEJAVNOST PRI STAREJŠIH

Zdravje lahko v zrelejših letih vzdržujemo in krepimo tudi z gibanjem. Staranje zaznamuje upad fizioloških funkcij in različnih zmožnosti in starejši so se v mnogo dnevnih opravilih primorani zanašati na pomoč drugih ljudi. Neaktivnost je pomembna, saj je neposredno povezana z izgubo metabolične in nevromišične funkcije, kar zmanjšuje samostojnost starejših odraslih. Tisti, ki se ne gibljejo, ki se ne gibljejo dovolj, katerih gibanje ni primerno ali je celo nevarno, verjetneje prej izgubijo zmožnost vsakodnevnega opravljanja opravil doma in izven doma. Kot kažejo raziskave o dejavnih tveganja za depresijo, je mnogo teh posledic telesne neaktivnosti povezanih s temi dejavniki.

Odnos med telesno aktivnostjo in depresijo je dvosmerni fenomen. Staranje vodi do splošne telesne krhkosti, prisotnosti kroničnih bolezni in oviranosti ter lahko še nadalje načne nivo fizične aktivnosti (Pawaskar, 2007). Telesno manj aktivni starejši se morajo glede svojih potreb ne le bolj opirati na pomoč drugih, temveč lahko imajo tudi bolj omejene socialne stike in manjšo socialno mrežo (Bhamani, 2013; Strawbridge, 2002). Izguba samostojnosti in socialne varnosti lahko negativno učinkuje na njihovo duševno zdravje. Nadalje lahko, tistim, ki so depresivni, manjka motivacije, kar lahko posledično vodi v omejeno telesno dejavnost (Bhamani, 2013; Strawbridge, 2002). Pri

telesno aktivnih starejših je incidenca depresije in demence nižja kot v splošni populaciji ter njihova pričakovana življenjska doba je bistveno daljša (Harrington, 2009).

Naj še omenimo, da raziskave kažejo tudi drugačen profil pri telesni dejavnosti glede na spol. Medtem ko moški izbirajo več prostočasnih telesnih dejavnosti, so ženske bolj telesno aktivne med gospodinjskimi opravili (Benedetti, 2008).

Študija Lee (2008) osvetli naravo odnosa med depresijo in aktivnostjo, in sicer avtorji ugotavljajo moderatorski učinek telesne vadbe na povezavo med depresivnimi simptomi in oviranostjo. Telesna aktivnost se je izkazala kot moderator, ko so nadzorovali socio-demografske in zdravstvene kovariate.

Raziskave, ki proučujejo telesno dejavnost v povezavi z depresijo, so v raziskovalnih zasnovah večinoma presečne, nekaj je longitudinalnih, nekaj celo eksperimentalnih. Večinoma kažejo, da sta nižji vadbeni nivo in nižje število aktivnosti povezana z depresijo oziroma z depresivnimi simptomi (Adams, 2004; Gazmararian, 2000; Kritz-Silverstein, 2001; Strawbridge, 2002). Kot mere telesne dejavnosti zajemajo različne načine in vidike dejavnosti. Precej je vprašalniških, pri katerih udeleženci samoocenijo svoj napor ob določenih vsakodnevnih aktivnostih, kot so osebna nega, hoja do trgovine in po stopnicah ter podobno. Te študije kažejo, da so omenjene mere povezane z depresijo, če nadzorujejo npr. socialno-ekonomske spremenljivke (Tomita, 2013: 1274). Študija Verhaak (2014: 189) nadalje ugotavlja, da je povezava še posebej močna med mlajšimi starostniki (starimi od 60 do 70 let).

Kot rečeno, je nekaj raziskav, ki proučujejo odnos med telesno dejavnostjo in depresijo, zastavljenih tudi eksperimentalno, torej skozi klinično študijo, ki preverja učinke uvedbe vadbenega programa. Rezultati niso povsem enotni. Raziskava, izvedena v domovih za starejše, v katerih so uvedli zmerno intenziven vadbeni program, ni zmanjšala števila depresivnih simptomov in predlaga alternativne strategije za upravljanje s psihološkimi simptomi (Underwood, 2013: 48). Predvidevajo, da njihov pristop, četudi je bil v domovih sprejet in popularen, morda ni predstavljal dovoljšnjega odmerka tistim, ki bi to najbolj potrebovali. Brejc (2002: 67) nasprotno ugotavlja, da je mogoče na depresivnost starejših učinkoviteje vplivati s krepitvijo njihovih funkcionalnih sposobnosti kot z logoterapevtskim svetovanjem ali s terapijo. Druga klinična študija, ki je za 12 tednov uvedla pilates vadbo za starejše ženske, podpre hipotezo, da vadba vpliva na zmanjšanje depresije pri starejših. Poleg zmanjšanja depresije se je izboljšalo tudi ravnotežje, povezano s padci udeležencev (Mokharti, 2013: 1718). Mehanizem učinkovanja med drugim pripisujejo zadovoljstvu z intervencijsko vadbo, torej koliko vadeči uživajo ob določeni dejavnosti (Correa, 2009: 7).

1.4 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE

Namena pričujoče raziskave sta opozoriti na problematiko depresije pri starejših in proučiti telesno dejavnost kot potencialni varovalni dejavnik. S tema namenoma smo si zastavili cilj, da preverimo povezanost nekaterih kazalnikov depresije z nekaterimi kazalniki telesne aktivnosti na reprezentativnem vzorcu starejših v Sloveniji. Odkrivanje in ocenjevanje teh kazalnikov sta pomembna prva koraka v procesu reševanja izzivov, ki jih prinašata staranje prebivalstva in povečevanje obsega depresivne motnje med

starejšimi. Žal nimamo podatkov o depresiji, temveč le nekaj kazalnikov, ki lahko na njeno prisotnost kažejo. Pričakujemo, da bodo tisti starostniki, ki ne poročajo o indikatorjih depresije, več in bolj telesno dejavni, še posebej ob kontroli socio-demografskih dejavnikov. Presečna zasnova te raziskave nam sicer ne omogoča, da bi sklepali o vzročnih odnosih med depresijo in telesno dejavnostjo, lahko pa osvetli področje in ponudi osnovo za nadaljnje raziskovanje.

2. METODA

2.1 UDELEŽENCI, VZOREC

Surovi podatki uporabljeni v tej raziskavi so vzeti iz večje raziskave zdravja in vedenjskega sloga prebivalcev, v kateri Slovenija sodeluje od leta 2001. Je namreč del programa CINDI (angl. Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention; Program za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni). Raziskava *Z zdravjem povezan vedenjski slog pri odraslih prebivalcih Slovenije* je bila v letu 2012 izvedena že četrtič. V nadaljevanju opisujemo osnovne značilnosti vzorca, več o vzorcu in vzorčenju pa je objavljeno drugje (Zupanič, 2014)

Vzorčni okvir za pripravo vzorca je predstavljal Centralni register prebivalstva. Zajetih je bilo 16.000 posameznikov, ki so bili stari od 25 do vključno 74 let. Dosežena stopnja odgovora (59,6 %) je predstavljal velik dosežek, in rezultati s tako odzivnostjo dovoljujejo zanesljivo sklepanje iz vzorca na populacijo (Zupanič, 2014).

2.2 INŠTRUMENTI

Vprašanja, ki smo jih uporabili v pričujoči raziskavi, so del vprašalnika iz raziskave *Z zdravjem povezan vedenjski slog 2012*. Celoten vprašalnik je objavljen drugje (Tomšič, 2014: 131), zajeli pa smo odgovore na vprašanja o socio-demografskih značilnostih (spol, starost), samooceni zdravja (odgovori na 5-stopenjski Likertovi lestvici od 1 (zelo dobro) do 5 (zelo slabo), uporabi zdravstvenih storitev (vključujoč kazalnike depresije) in gibanju. Vprašanja so bila izbirnega tipa, pri čemer so udeleženci izbrali in obkrožili eno od ponujenih možnosti, pri vprašanjih o gibanju pa so ponekod odgovorili s številko (na primer število ur oz. minut, ki jih presedijo oz. porabijo za gibanje; število dni na teden, ko se gibljejo v določeni intenziteti in trajanju ...). Vprašanja o telesni dejavnosti so vključevala tudi izbiro, ali se na izbrani dan z neko dejavnostjo ukvarjajo manj ali več kot 30 minut. V rezultatih prikazujemo odstotke tistih, ki so izbrali opcijo »več kot 30 minut«.

Kazalniki depresije, ki jih je pričujoča raziskava zajela, so trije. Nanašajo se na različne kriterije in obdobja.

1. Prvi kazalnik depresije se je ugotavljal z naslednjim vprašanjem: »Ali ste v zadnjih 30 dneh imeli katero od naštetih težav?« V odgovorih je nakazano depresivno stanje (potrtost, žalost).
2. Drugi kazalnik depresije se je ugotavljal z vprašanjem: »Ali imate katero od navedenih bolezni ali stanj, ki jih je ugotovil zdravnik?« Pri depresiji so možni odgovori: »Da, ugotovljena je bila v zadnjem letu.«, »Da, ugotovljena je bila pred več kot enim letom.«, ali »Ne.«;

3. Tretji kazalnik depresije se je ugotavljal z vprašanjem: »Ali ste v zadnjih 7 dneh jemali naslednja zdravila ali zdravilna sredstva?« Možen odgovor je antidepresivi.

2.3 POSTOPEK

Terenska faza ankete je potekala od 1. junija do konca septembra 2012. Izbrane osebe so vprašalnik na papirju skupaj s povratno kuverto z naslovom pripadajočega regijskega zavoda za zdravstveno varstvo prejele z obvestilnim pismom in nato še ob prvem in tretjem opomniku. V obvestilnem pismu je bila vsem izbranim osebam ponujena tudi možnost spletnega anketiranja (Zupanič, 2014). Za izvedbo pričujoče raziskave smo za anonimizirane mikropodatke zaprosili na Zdravstveno podatkovnem centru Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), kjer so nam jih pod določenimi pogoji etičnega in strokovnega rokovanja dovolili uporabiti za raziskovalne namene.

3. REZULTATI

3.1 KONČNI VZOREC

V analize smo zajeli del vzorca, katerega starost je vsaj 60 let, hkrati pa tiste udeležence, ki na vprašanje »Ali ste lahko telesno dejavni (kjerkoli)?« niso odgovorili, da zaradi bolezni ali invalidnosti ne morejo biti telesno dejavni. Zajeli smo torej tiste starejše, ki jim zunanji dejavniki ne preprečujejo telesne dejavnosti. Teh udeležencev je bilo skupno 1872 (47,9 % žensk), vendar so bile zaradi manjkajočih vrednosti nekatere analize izvedene na manjšem številu udeležencev, povprečna starost je bila 66 let ($SD = 4,4$). V teh in nekaterih ostalih lastnostih vzorca (predvsem o gibalnih značilnostih) poročamo v Tabeli 1.

3.2 PREVALENCA DEPRESIJE IN OSNOVNE POVEZAVE S TELESNO DEJAVNOSTJO

15,6 % starejših v našem vzorcu poroča, da so v zadnjem mesecu občutili depresivno stanje. 2,5 % jih poroča, da jim je v zadnjem letu zdravnik ugotovil bolezen depresijo, 5,8 % pa jih je to diagnozo dobilo pred več kot enim letom. V zadnjem tednu jemlje antidepresive 4,7 % starejših.

Tabela 1: Lastnosti vzorca (M (SD) ali %) glede na prisotnost/odsotnost kazalnikov depresije

	Skupaj ($N = 1872$)		Depresivno stanje		Diagnoza depresija		Antidepresivi	
		Da ($N = 288$)	Ne ($N = 1556$)	Da, v tem letu ($N = 46$)	Ne/Pred več kot enim letom ($N = 1798$)	Da ($N = 87$)	Ne ($N = 1764$)	
Spol (Ž)	47,9 %	65,2 %	45,4 %	65,2 %	47,3 %	71,3 %	46,8 %	
Starost	66,0 (4,4)	65,8 (4,3)	66,0 (4,4)	66,9 (4,4)	66,0 (4,3)	65,9 (4,1)	66,0 (4,4)	
Samoocena zdrav. stanja	2,6 (0,7)	2,9 (0,7)	2,6 (0,7)	3,0 (0,7)	2,6 (0,7)	2,9 (0,7)	2,6 (0,7)	

INTENZIVNA tel. dejavnost							
dni/teden	4,4 (2,4)	4,4 (2,4)	4,4 (2,3)	4,0 (2,3)	4,4 (2,4)	4,4 (2,4)	4,4 (2,3)
> 30 minut/dan	72,8 %	71,4 %	73,1 %	54,4 %	73,1 %	58,3 %	73,6 %
ZMERNNA tel. dejavnost							
dni/teden	5,2 (2,0)	5,3 (1,9)	5,2 (2,0)	4,8 (2,0)	5,2 (2,0)	5,1 (2,2)	5,2 (2,0)
> 30 minut/dan	72,8 %	70,6 %	73,2 %	60,4 %	73,1 %	68,3 %	73,1 %
HOJA vsaj 10 minut							
dni/teden	5,9 (1,7)	6,0 (1,5)	5,9 (1,7)	6,0 (1,4)	5,9 (1,7)	6,0 (1,6)	5,9 (1,7)
> 30 minut/dan	75,0 %	74,7 %	75,0 %	71,2 %	74,9 %	73,7 %	1,8 %
SEDENJE							
ure/delovni dan	3,7 (2,3)	3,6 (2,3)	3,7 (2,3)	3,3 (1,8)	3,7 (2,3)	3,8 (2,1)	3,7 (2,3)
ure/vikend dan	4,3 (2,5)	4,5 (2,8)	4,3 (2,4)	5,0 (3,3)	4,3 (2,4)	4,9 (2,7)	4,3 (2,5)
Športna VZTRAJNOSTNA vadba							
dni/teden	2,5 (2,5)	2,4 (2,5)	2,5 (2,5)	2,9 (2,4)	2,5 (2,5)	2,2 (2,6)	2,5 (2,5)
minut/dan	35,6 (44,8)	31,2 (40,6)	36,7 (45,8)	39,0 (53,8)	35,5 (44,8)	28,8 (53,6)	36,0 (44,5)
minut/teden	125,6 (192,9)	116,5 (210,1)	128,3 (190,4)	152,9 (343,8)	125,3 (188,5)	107,9 (271,8)	126,9 (188,9)
Športna vadba za MOČ							
dni/teden	1,6 (2,4)	1,7 (2,6)	1,6 (2,4)	2,0 (2,8)	1,5 (2,4)	1,8 (2,6)	1,6 (2,4)
minut/dan	12,6 (26,2)	11,6 (20,7)	12,9 (27,2)	15,0 (25,3)	12,5 (26,1)	11,0 (18,6)	12,7 (26,5)
minut/teden	46,5 (118,1)	44,1 (91,1)	47,0 (123,0)	58,7 (113,4)	45,9 (118,5)	42,2 (72,8)	46,7 (120,5)

Opombe: V krepkem tisku so razlike med prisotnostjo in odsotnostjo kazalnika depresije statistično značilne na ravni vsaj $p < 0,05$.

V Tabeli 1 lahko razberemo podatke o tem, kako se različni vidiki telesne dejavnosti morda razlikujejo glede na prisotnost oz. odsotnost nekaterih kazalnikov depresije. Med vsemi je le nekaj takšnih razlik, ki so statistično značilne. Hipoteze smo testirali enosmerno. Vidimo lahko, da pri vseh prisotnih kazalnikih depresije v skupini, v kateri je kazalnik prisoten, prevladuje ženski spol. Primerjava med spoloma pokaže, da je za depresivno stanje v zadnjem mesecu $\chi^2(1) = 23,07$ ($p < 0,0001$), je za zdravnikovo diagnozo depresije v zadnjem letu $\chi^2(1) = 5,75$ ($p = 0,016$), med tistimi, ki v zadnjem tednu jemljejo antidepresive, pa je prav tako več žensk ($\chi^2(1) = 19,84$; $p < 0,0001$).

Pri vseh kazalnikih depresije tisti, ki poročajo o njihovi prisotnosti, poročajo tudi o slabši oceni svojega trenutnega zdravstvenega stanja. Poročamo o rezultatih t -testa, in sicer o tistih, ki upoštevajo, da so pri vseh primerjavah Levenovi testi enakosti varianc pokazali na njihovo neenakost. Za depresivno stanje znaša $t(298) = 7,62$ ($p < 0,0001$), za diagnozo depresije znaša $t(47) = 4,12$ ($p < 0,0001$) in za jemanje antidepresivov znaša $t(96) = 3,66$ ($p < 0,0001$).

Pri primerjanju različnih vidikov telesne dejavnosti glede na kazalnike depresije razlik med skupinami nismo našli. Edina razlika se je pokazala pri tistih, ki so v

zadnjem letu prejeli diagnozo depresije, in sicer ti v manjšem odstotku poročajo, da se z intenzivno telesno dejavnostjo ukvarjajo po več kot 30 minut na dan. Rezultati hi-kvadrat testa kažejo, da je $\chi^2(1) = 6,62$; ($p = 0,01$). Enako velja tudi za skupino tistih, ki v zadnjem tednu jemljejo antidepresive ($\chi^2(1) = 7,59$; $p = 0,006$). Pri zmerni telesni dejavnosti, hoji, sedenju in obeh oblikah športne vadbe med skupinami nismo našli razlik.

3.3 LOGISTIČNE REGRESIJSKE ANALIZE

Na podlagi primerjave skupin po kazalnikih depresije smo z uporabo logistične regresijske analize preverili še, ali značilni vidiki telesne dejavnosti, torej trajanje intenzivne telesne dejavnosti preko 30 minut, izboljšajo model napovedi kazalnikov depresije tudi preko spola in samoocene zdravstvenega stanja. V logistični regresiji smo kot napovednika najprej vnesli spol in samooceno zdravja, v drugem bloku pa smo dodali še omenjeni vidik telesne dejavnosti. Oba modela sta statistično značilna pri napovedi pripadnosti skupini določenega kazalnika depresije. Pri obeh je prirast natančnosti napovedi modela značilen po tem, ko dodamo še telesno dejavnost. O rezultatih poročamo v Tabeli 2 in 3.

Tabela 2: Rezultati drugega bloka logistične regresije za napoved kazalnika depresije – depresija, ki jo je ugotovil zdravnik ($N = 1517$)

Napovedniki	B	S. E.	df	p	Exp (B)	95 % IZ Exp (B)
Spol	-0,86	0,36	1	0,016	0,42	0,21–0,85
Samoocena zdrav. stanja	-0,77	0,24	1	0,002	0,46	0,29–0,75
Intenzivna tel. dejavnost – trajanje	0,74	0,34	1	0,029	2,09	1,08–4,05
Konstanta	5,97	1,10	1	0,000	391,43	

Opombe: *b* – regresijski koeficient; *S. E.* – standardna napaka; *df* – prostostne stopnje; *p* – verjetnost (statistična značilnost); *Exp (B)* – razmerje obetov; *IZ* – interval zaupanja

Iz Tabele 2 lahko razberemo, da so vsi trije vključeni napovedniki statistično značilni pri napovedovanju pripadnosti skupini. Predznaki regresijskih koeficientov kot tudi razmerja obetov nam pokažejo, da sta ženski spol in slabša samoocena trenutnega zdravstvenega stanja dejavnika tveganja, medtem ko je dlje časa trajajoča intenzivna telesna dejavnost varovalni dejavnik za napovedovani kazalnik depresije.

Model statistično značilno napoveduje kazalnik depresije. Omnibus je $\chi^2(3) = 22,54$ ($p < 0,0001$). V prvem koraku napovednika pojasnita 5,7 % variance, ob dodanem napovedniku telesne dejavnosti se le-ta poveča na 7,2 %.

Iz Tabele 3 lahko razberemo, da so vsi trije vključeni napovedniki statistično značilni pri napovedovanju pripadnosti skupini. Predznaki regresijskih koeficientov kot tudi razmerja obetov nam pokažejo, da sta ženski spol in slabša samoocena trenutnega zdravstvenega stanja dejavnika tveganja, med tem ko je dlje časa trajajoča intenzivna telesna dejavnost varovalni dejavnik za napovedovani kazalnik depresije.

Tabela 3. Rezultati drugega bloka logistične regresije za napoved kazalnika depresije – jemanje antidepresivov ($N = 1521$)

Napovedniki	B	S. E.	df	p	Exp (B)	95 % IZ Exp (B)
Spol	-1,16	0,27	1	0,000	0,31	0,18–0,54
Samoocena zdrav. stanja	-0,43	0,18	1	0,018	0,65	0,46–0,93
Intenzivna tel. dejavnost	0,61	0,25	1	0,016	1,84	1,12–3,01
Konstanta	5,02	0,82	1	0,000	151,03	

Opombe: *b* – regresijski koeficient; *S. E.* – standardna napaka; *df* – prostostne stopnje; *p* – verjetnost (statistična značilnost); *Exp (B)* – razmerje obetov; *IZ* – interval zaupanja

Model statistično značilno napoveduje kazalnik depresije. Omnibus je $\chi^2(3) = 33,97$ ($p < 0,0001$). V prvem koraku napovednika pojasnita 5,9 % variance, ob dodanem napovedniku telesne dejavnosti se le-ta poveča na 7,1 %.

4 RAZPRAVA

Namen pričujoče raziskave je opozoriti na problematiko depresije pri starejših in proučiti telesno dejavnost kot potencialen varovalni dejavnik pri depresiji. Preverili smo, kateri od potencialnih dejavnikov telesne dejavnosti je povezan s kazalniki depresije pri starejših prebivalcih Slovenije.

Rezultati te študije v veliki meri niso v podporo našim domnevam, saj nismo našli povezav med vidiki telesne dejavnosti in kazalniki depresije. Izjema je eden od vidikov intenzivne telesne dejavnosti. Drugotne ugotovitve študije kažejo, da so kazalniki depresije povezani s spolom, in sicer je v skupini, ki ima določen kazalnik, značilno več žensk kakor moških. Druga najdba kaže, da so naši kazalniki depresije povezani z nižjo samooceno trenutnega zdravstvenega stanja. Rezultati tudi kažejo, da pri napovedovanju statusa prisotnosti kazalnikov depresije poleg spola in omenjene samoocene značilno pripomore tudi trajanje intenzivne telesne dejavnosti.

4.1 PREVALENCA KAZALNIKOV DEPRESIJE PRI STAREJŠIH

V začetku te razprave se bomo dotaknili prevalence kazalnikov depresije v našem vzorcu starejših. Rezultati so grobo primerljivi s tistimi iz preteklih raziskav, po katerih je v Evropi prevalenca okoli 10 %. Pomembno se je zavedati, da naši podatki ne omogočajo ugotavljanja, koliko udeležencev ima veliko depresivno motnjo, saj tega raziskava ni zajela. Za takšen zaključek bi moral vsak udeleženec izpolniti vsaj kakšen obsežnejši vprašalnik namenjen merjenju depresije, še zanesljivejše in veljavnejše pa bi zaključevali, če bi z vsakim udeležencem usposobljen strokovnjak opravil diagnostični intervju. Kot rečeno, pa smo si pri sklepanju na pogostost depresije pomagali s kazalniki, ki so bili vključeni v raziskavo CINDI. Iz njih lahko le sklepamo na prisotnost depresije, še točneje iz poročanja o depresiji, ki jo je ugotovil zdravnik – takšnih je dobrih 8 %, in podatka o jemanju antidepresivov, takšnih je malo pod 5 %. Drugi avtorji omenjajo tudi

višje odstotke (npr. Ganatra, 2008), še posebej visoki so odstotki, kjer je vzorec zajet s primarne ravni zdravstva ali iz domov za starejše. Ti odstotki se povzpnejo do 15 ali 20 %, v domovih celo do 49 % (Underwood 2013). V isti študiji poročajo tudi, da 28–32 % ljudi, *živečih v domovih*, jemlje antidepresive. Sklepamo lahko, da je naše sklepanje na prevalenco nekoliko podcenjeno, saj bi verjetno ob skrbni diagnostiki zgrešili manj primerov prisotnosti depresije, ki je, kot povedano v uvodu tudi v primarnem zdravstvu pogosto poddiagnosticirana (Unutzer, 2002). Ker je neprepoznana in nezdravljena depresija pri starejših obremenjujoča tako za posameznika, njegovo družino in družbo, delež starejših pa se vztrajno povečuje, je to področje, kjer je v zgodnje odkrivanje vredno vložiti trud in sredstva. Premišljena preventiva naj temelji na ugotovljenih dejavnikih tveganja. To je bil tudi namen naše raziskave.

4.2 POVEZAVA MED KAZALNIKI DEPRESIJE IN TELESNO DEJAVNOSTJO

Osrednja domneva študije se je nanašala na povezavo med depresijo in telesno dejavnostjo. Kot smo že navajali v uvodu, je nekaj študij že potrdilo povezanost. Barcelos-Ferreira in sodelavci (2013) ugotavljajo, da sta telesna dejavnost in obiskovanje kina varovalna dejavnika za diagnozo depresije. Poleg priložnostnih dejavnosti je telesna vadba potencialni varovalni dejavnik. Sklepajo, da izboljšanje fizičnega delovanja ter krepitev psihološkega blagostanja in zadovoljstva najbolj pripomorejo k tej povezavi. Potrebno je poudariti, da gre res za povezavo in ne za vzročnost. Torej velja tudi, da lahko depresija, ki jo med drugim sestavljajo izguba interesa, motivacije, volje, zmožnosti uživanja ipd., zelo okrni udeleževanje tako pri vadbi kot tudi pri telesnih aktivnostih vsakdanjega življenja. V naši študiji se je pokazalo, da je pri udeležencih, ki jim je v zadnjem letu zdravnik ugotovil depresijo in pri tistih, ki poročajo o jemanju antidepresivov, manj takšnih udeležencev, ki se intenzivne telesne dejavnosti lotevajo za več kot 30 minut na izbrani dan. Med tistimi, ki o teh kazalnikih depresije ne poročajo, je takšnih dobrih 70 %, v skupini s prisotnima kazalnikoma depresije pa dobrih 50 % (Tabela 1). Bhamani in sodelavci (2015) so ugotovili, da imajo udeleženci, ki preživijo več kot 310 minut na teden telesno dejavno, 60 % manjšo verjetnost, da postanejo depresivni v primerjavi s tistimi, ki dejavno preživijo manj kot 120 min na teden. Intenzivna telesna dejavnost je lahko izčrpavajoča in ob simptomih depresije se je težje motivirati in vztrajati. Vzajemno pa intenzivna telesna dejavnost hormonsko nudi tudi psihološko zadovoljstvo, občutek lastne moči in vrednosti, kar je lahko varovalni dejavnik pri depresiji. Ostalih povezav naše analize niso potrdile, razlik pri zmerni dejavnosti, hoji, sedenju in vadbi nismo našli.

Ko smo odkrili, kateri vidik telesne dejavnosti je lahko dober varovalni dejavnik, smo na podlagi prejšnjih študij, ki so proučevale mnogo drugih dejavnikov, izvedli še logistično regresijsko analizo za napovedovanje stanja kazalnika depresije (prisoten/odsoten) (Tabela 2 in Tabela 3). Namen je bil preveriti, ali lahko ta vidik telesne dejavnosti pojasni še kaj variance, ki je ne pojasnita že druga pomembna dejavnika – spol in samoocena zdravja. Naši rezultati so to domnevo potrdili. Napoved se je po dodanem napovedniku trajanja intenzivne dejavnosti še nekoliko izboljšala. Tu moramo omeniti, da je sam model precej šibek in da pojasni le manjši odstotek variance oz. pripadnosti kazalniku depresije ne napove zelo točno. Gre torej bolj za statistično značilno povečanje

doprinosu, ki teoretično nakazuje, da vsega ne gre pripisati spolu in subjektivni oceni zdravja. V realnosti izboljšanje napovedi za 2 % ne nosi neke bistvene teže. Lahko pa na ta način ustvarjamo podlago za nadaljnja preverjanja, za nadaljnje raziskave.

Glede na podporo našim domnevam iz prejšnjih študij lahko predvsem iščemo razloge, zakaj teh povezav nismo našli. Ena od razlag se nanaša na pomanjkanje variabilnosti pri nekaterih vidikih telesne dejavnosti. Organizirana ali samoorganizirana vadba v starostni skupini (nad 60 let), ki smo jo zajeli, niti ni zelo prisotna. Tako ni prisotna ne v rutini tistih, ki morda imajo depresijo, niti pri tistih, ki je nimajo. Hkrati imamo navzgor zelo omejen obseg starostnikov, saj raziskava, iz katere smo zajeli podatke, vključuje le populacijo do 74. leta starosti. Morda bi ob zajetju tudi starejših starostnikov našli več razlik v njihovem življenjskem slogu in na povezave, ki smo jih iskali. Enako mogoča je tudi razlaga, da teh povezav med depresijo in dejavnostjo pri starejših ni, da so drugi in drugačni dejavniki tveganja za depresijo mnogo pomembnejši in da telesna dejavnost ne igra vloge.

4.3 SPOL IN SAMOOCENA ZDRAVJA TER KAZALNIKI DEPRESIJE PRI STAREJŠIH

Naš osrednji namen in domneve so se nanašali na povezavo med depresijo in telesno dejavnostjo. Obrobne ugotovitve pa se nanašajo tudi na povezave med depresijo, spolom in samooceno zdravja. Oba dejavnika sta v predhodnih raziskavah ugotovljena kot pomenska pri depresiji pri starejših. Večina raziskav ugotavlja, da ženski spol predstavlja ranljivost za depresijo tudi v obdobju starosti (Barcelos-Ferreira, 2013; Heun, 2005; Yaka, 2014). Tudi po podatkih naše raziskave so med tistimi, ki so izbrali odgovor »da« pri kazalnikih depresije, v večjem deležu bile ženske. Pojav lahko pripišemo psihološkim in kulturnim razlikam med spoloma, tipičnejši klinični sliki depresije pri ženskah ter lažjemu razkrivanju težav bližnjim in zdravniku. Vzroki so lahko tudi biološke narave, pripisujejo jih hormonom, odgovornim za spolni razvoj deklic (Stewart, 2006). V adolescenci je namreč razmerje med spoloma dokaj izenačeno, v rodni dobi je depresija pri ženskah dvakrat pogostejša, po tem pa zopet postopoma upada (Stewart, 2006). Naš vzorec verjetno še zajame populacijo, ki ni toliko starejša, da bi se razmerje med spoloma že izenačilo.

Poleg spola so se v naši raziskavi pokazale tudi značilne razlike med skupinami s prisotnimi ali z odsotnimi kazalniki depresije in samooceno trenutnega zdravstvenega stanja. Tisti udeleženci, ki so doživljali depresivno stanje, jim je bolezen ugotovil zdravnik ali trenutno jemljejo antidepresive, so poročali tudi o tem, da svoje trenutno zdravje ocenjujejo kot slabše od ostalih udeležencev. Pomembno je poudariti, da je ta samoocena popolnoma subjektivna, torej bolj opisuje posameznikovo počutje oz. doživljanje svojega zdravja, kar je pogosto bolj pomensko za napovedovanje kakor za dejansko število bolezenskih stanj ali oviranosti, ki jih posameznik ima. Študija Jin-Kyoung (2014) pri starejših ugotavlja, da je bila samoocena zdravja povezana z mnogo telesnimi boleznimi (diabetes, artritis, miokardni infarkt, kap) ter tudi z depresijo in nepokretnostjo. V študiji ugotavljajo še, da je bila samoocena dober napovednik umrljivosti in da je bila pomembna spremenljivka pri kakovosti življenja.

Pri omenjeni povezavi je vredno razmišljati, ali starejši upoštevajo svoje depresivno stanje pri tem, ko podajajo samooceno zdravja, torej ali duševno zdravje zajamejo kot pomemben kriterij pri ocenjevanju svojega zdravja. Mogoče je tudi, da je povezava med depresijo in samooceno zdravja nasičena oz. moderirana s telesnimi boleznimi, ki pripomorejo k obema. Telesne bolezni torej nižajo tako samooceno zdravja kot tudi razpoloženje. Tega nismo preverjali, je pa tudi to vprašanje lahko usmeritev za nadaljnje raziskovanje.

4.4 POMANJKLJIVOSTI IN PREDNOSTI ŠTUDIJE

Tako prednosti kot tudi pomanjkljivosti študije smo se že dotaknili na več mestih. Med glavne pomanjkljivosti naše študije spada sam načrt raziskave, saj nam presečno merjenje ne omogoča sklepanja na časovno usmerjene odnose med spremenljivkami – na vzročnost. Druga pomanjkljivost je navzgor omejen razpon starosti udeležencev. Podatki, ki smo jih uporabili, so zbrani le na udeležencih, starih do vključno 74. leta. To še ni visoka starost in zanimivo bi bilo preveriti, kakšni so odnosi in povezave, ki smo jih proučevali, pri večjem starostnem razponu udeležencev. Med večjimi pomanjkljivostmi, ki smo jih tudi že omenili, je zagotovo način merjenja vseh podatkov. Zbrani so bili na vprašalniški način, kar lahko zmanjša zanesljivost in veljavnost rezultatov. Vprašanja lahko udeleženci berejo vsak na svoj način, še posebej to v našem primeru velja za ravni intenzivnosti telesne dejavnosti. Četudi so bila navodila opremljena s primeri, si intenzivnost dejavnosti najverjetneje vsak predstavlja nekoliko drugače. To lahko za našo študijo predstavlja težavo le v primeru, ko so potencialno depresivni ljudje intenzivnost vadbe ocenjevali bistveno drugače kot ostali. Sicer to ni grožnja veljavnosti zaključkov, saj se takšne napake izničijo. Kar smo tudi že omenili, pa je način merjenja kazalnikov depresije. Glede na merjeno, je naše sklepanje pri zaključevanju omejeno in ne moremo sklepati na dejansko depresijo, saj tega nismo merili. Tako velja ohraniti previdnost pri interpretaciji.

Med večjimi prednostmi študije lahko omenimo velikost vzorca in način vzorčenja, saj resnično omogočata zaključevanje iz vzorca na populacijo. Raziskava CINDI je v našem prostoru ogromno vredna, in četudi se za naše potrebe premalo usmerja na duševno zdravje, je vsak podatek, ki je zbran tako kakovostno, veliko vreden in njegov prispevek pomemben.

5 ZAKLJUČEK

Namen raziskave je bil opozoriti na depresijo pri starejših v Sloveniji, kjer se, kot drugod v razvitem svetu, prebivalstvo stara, breme bolezni, ki je povezano tudi s starostjo pa večja. Depresija pri starejših je javnozdravstveni problem; in primarna, sekundarna in terciarna preventiva pa so ključnega pomena pri spopadanju z njo.

Glede na trende za telesno dejavnost pri starejših, pri katerih se lokalne skupnosti, posamezne organizacije, različna vadbena središča in društva angažirajo pri pripravi vadbenih programov in tudi projektov za starejše, smo se lotili preverjanja, kako lahko na ta način potencialno poskrbimo tudi za duševno zdravje starejših. Želeli smo preveriti,

kaj nam ponujajo podatki raziskave *Z zdravjem povezan vedenjski slog 2012* in kakšne so povezave med depresijo in telesno aktivnostjo pri starejših.

Upoštevajoč predhodne raziskave, ki kažejo, da sta izboljšanje funkcionalnega statusa in ravni telesne aktivnosti zelo stroškovno učinkoviti metodi, ki delujeta preventivno za promocijo zdravja in tudi kot strategija za upravljanje s posameznikovim duševnim zdravjem. Tako smo kot način iskanja varovalnih dejavnikov preverili, kateri vidiki telesne vadbe se povezujejo s kazalniki depresije. Rezultati so pokazali le, da je trajanje intenzivne telesne dejavnosti, ki je daljše od 30 minut, lahko varovalni dejavnik pred boleznijo depresije in jemanjem antidepresivov, kar smo obravnavali kot kazalnika depresije. Ostali vidiki gibanja niso bili statistično značilno povezani s temi kazalniki.

Odkrivanje in ocenjevanje teh kazalnikov je prvi pomemben korak v procesu reševanja izzivov, ki jih prinašata staranje prebivalstva in povečevanje obsega depresivne motnje med starejšimi. Boljše razumevanje dejavnikov, ki prispevajo k zdravju in z njim povezani kakovosti življenja, lahko pripomore k razvoju in uvedbi zgodnjih strategij za promocijo zdravja pri starejših.

LITERATURA

- Adams K. B., Sanders, S., Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. V: *Aging and Mental Health*, letnik 8, št. 6, str. 475–485.
- Alexopoulos George S., Buckwalter Kathleen, Olin Jason, Martinez Rick, Wainscott Cynthia, Krishnan K. Ranga (2002). Comorbidity of late life depression: An opportunity for research on mechanisms and treatment. V: *Biological Psychiatry*, letnik 52, št. 6, str. 543–558.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn.* Washington DC.
- Arslantas Didem, Alaettin Ünsal, Demet Ozbabalık (2014). Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in Middle Anatolia, Turkey. V: *Geriatrics & gerontology international*, letnik 14, št. 1, str. 100–108.
- Barcelos-Ferreira Ricardo, Yoshio Nakano Eduardo, Steffens David C., Bottino Cassio M. C. (2013). Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. V: *Journal of Affective Disorders*, letnik 150, št. 2, str. 616–622.
- Barua Ankur, Ghosh Mihir Kumar, Kar Nilamadhab, Basilio Mary Anne (2010). Distribution of depressive disorders in the elderly. V: *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, letnik 1, št. 2, str. 67–73.
- Beekman Aartjan T. F., Deeg Dorly J. H., van Tilburg Theo, Smit Jan H., Hooijer Chris, van Tilburg Willem (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. V: *Journal of Affective Disorders*, letnik 36, str. 65–75.
- Beekman Aartjan T. F., Deeg Dorly J. H., Geerlings, Sandra W., Schoevers Robert A., Smit Jan H., van Tilburg Willem (2001). Emergence and persistence of late life depression: a 3-year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. V: *Journal of Affective Disorders*, letnik 65, str. 131–138.
- Benedetti Tania R. Bertoldo, Borges Lucellia Justino, Petroski Edio Luiz, Goncalves Lucia Hisako Takase (2008). Physical activity and mental health status among elderly people. V: *Revista de Saude Publica*, letnik 42, št. 2, str. 302–307.
- Bhamani Mehreen Anwar, Karim S. Mehtab, Khan Moosa Murad (2013). Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. V: *BMC Psychiatry*, letnik 13, št. 1, str. 181–189.
- Bhamani Mehreen Anwar, Khan Moosa Murad, Karim S. Mehtab, Mir Mohammed Umer (2015). Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. V: *Asian Journal of Psychiatry*, letnik 14, str. 46–51.

- Blazer Dan G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. V: *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, letnik 58, št. 3, str. 249–265.
- Brejc Tone (2002). Napovedni pomen odnosa med vrednotami, depresijo, komorbiditeto in percepcijo kakovosti življenja starih rehabilitandov. V: *Psihološka obzorja*, letnik 11, št. 2, str. 53–70.
- Buyrs Laurie, Roberto Karen A., Miller Evonne, Blieszner Rosemary (2008). Prevalence and predictors of depressive symptoms among rural older Australians and Americans. V: *Australian Journal of Rural Health*, letnik 16, št. 1, str. 33–39.
- Correa Juracy, Cunha Fernando Antonio, Pires Thales Henrique, Giani Tania Santos, Ferreira Márcia de Assunção, Dantas Estélio Henrique Martin (2009). Effects of distinct physical activity and meditation programs on quality of life and depression levels in active elderly women. V: *Journal of Human Movement*, letnik 23, str. 1–13.
- Djernes Jens. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. V: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, letnik 113, str. 372–387.
- Galenkamp Henrike, Deeg Dorly J. H., Braam Arjan W., Huisman Martjin (2013). How was your health 3 years ago? Predicting mortality in older adults using a retrospective change measure of self-rated health. V: *Geriatrics and Gerontology International*, letnik 13, št. 3, str. 678–686.
- Gallo Joseph J., Barry D. Lebowitz (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. V: *Psychiatric Services*, letnik 50, št. 9, str. 1158–1166.
- Ganatra Hammad A., Zafar Syed N., Qidwa Waris, Rozi Shafquat (2008). Prevalence and predictors of depression among an elderly population of Pakistan. V: *Ageing and Mental Health*, letnik 12, št. 3, str. 349–356.
- Gazmararian Julie, Baker David, Parker Ruth, Blazer Dan G. (2000). A multivariate analysis of factors associated with depression: evaluating the role of health literacy as a potential contributor. V: *Archives of Internal Medicine*, letnik 160, št. 21, str. 3307–3314.
- Harrington Janas, Perry Ivan J., Lutomski Jennifer, Fitzgerald Anthony P., Shiely Frances, McGee Hannah, Barry Margaret M., van Lente Erik, Morgan Karen, Shelley Emer (2009). Living longer and feeling better: healthy lifestyle, self-rated health, obesity and depression in Ireland. V: *European Journal of Public Health*, letnik 20, št. 1, str. 91–95.
- Heun Reinhard, Hein Sandra (2005). Risk factors of major depression in the elderly. V: *European Psychiatry*, letnik 20, str. 199–204.
- Horowitz Amy, Reinhardt Joann P., Kennedy Gary J. (2005). Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. V: *American Journal of Geriatric Psychiatry*, letnik 13, št. 3, str. 180–187.
- Jin-Kyoung Park, Soon-Lae Kim, Do-Young Lee, A-ri Lee (2014). Relationship between Elderly People's Chronic Disease, Depression, Activity Limit, and Self-rated Health in Korea. V: *International Journal of Applied Engineering Research*, letnik 9, št. 21, str. 8233–8246.
- Kim Jeung-Im, Choe Myoung-Ae, Chae Young Ran (2009). Prevalence and Predictors of Geriatric Depression in Community-Dwelling Elderly. V: *Asian Nursing Research*, letnik 2, št. 3, str. 121–129.
- Kim Young-Gul (2008). The Research for Health Perception and Quality of Life in Elderly. V: *The Journal of Korean academy of occupational therapy*, letnik 16, št. 3, str. 99–110.
- Kivela Sirkka-Liisa, Luukinen Heikki, Sulkava Raimo, Viramo Patteri, Koski Keijo (1999). Marital and family relations and depression in married elderly Finns. V: *Journal of Affective Disorders*, letnik 54, št. 1, str. 177–182.
- Kogoj Aleš (2008). Kognitivne in duševne motnje v starosti – ocena potreb. V: *Zdravstveni Vestnik*, letnik 77, str. 827–829.
- Kritz-Silverstein Donna, Barrett-Connor Elizabeth, Corbeau Catherine (2001). Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly: the Rancho Bernardo study. V: *American Journal of Epidemiology*, letnik 153, št. 6, str. 596–603.
- Lee Yunhwan, Park Kyunghye (2008). Does physical activity moderate the association between depressive symptoms and disability in older adults? V: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, letnik 23, str. 249–256.
- Livingston Gill, Watkin Vivienne, Milne Brian, Manela Monica V., Katona Cornelius (2000). Who becomes depressed? The Islington community study of older people. V: *Journal of Affective Disorders*, letnik 58, št. 2, str. 125–133.

- McDougall Fiona A., Kvaal Kari, Mathews Fiona E., Paykel Eugene, Jones Peter B., Dewey Michael E., Brayne Carol (2007). Prevalence of depression in older people in England and Wales: The MRC CFA Study. V: *Psychological Medicine*, letnik 37, št. 12, str. 1787–1795.
- Mokhtari Mahyar, Nezakatalhossaini Maryam, Esfarjani Fahimeh (2013). The effect of 12-week pilates exercises on depression and balance associated with falling in the elderly. V: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, letnik 70, str. 1714–1723.
- Murray Christopher J. L., Lopez Alan D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. V: *The Lancet*, letnik 349, št. 9063, str. 1436–1442.
- Nelson, J. Craig (2001). Diagnosing and treating depression in the elderly. V: *The Journal of Clinical Psychiatry*, letnik 62, št. 24, str. 18–22.
- Oh Y. H., Bae H. O., Kim, Y. S. (2006). A Study on Physical and Mental Function Affecting Self-perceived Health of Older Persons in Korea. V: *Journal of the Korea Gerontological Society*, letnik 26, št. 3, str. 461–476.
- Pawaskar Manjiri D., Anderson Roger T., Balkrishnan Rajesh (2007). Self-reported predictors of depressive symptomatology in an elderly population with type 2 diabetes mellitus: a prospective cohort study. V: *Health Qual. Life Outcomes*, letnik 5, str. 50.
- Preville Michel, Boyer Richard, Grenier Sebastien, Dube Micheline, Voyer Philippe, Punti Rosita, Baril Marie-Claire, Streiner David L., Cairney John, Brassard Joëlle, Scientific Committee of the ESA study (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. V: *Canadian Journal of Psychiatry—Revue Canadienne De Psychiatrie*, letnik 53, št. 12, str. 822–832.
- Ramovš Jože (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Roberts Robert E., Shema Sarah J., Kaplan George A., Strawbridge William J. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort: a prospective perspective. V: *American Journal of Psychiatry*, letnik 157, št. 1, str. 81–88.
- Roberts Robert E., Kaplan George A., Shema Sarah J., Strawbridge William J. (1997). Does growing old increase the risk for depression? V: *American Journal of Psychiatry*, letnik 154, str. 1384–1390.
- Reppermund Simone, Brodaty Henry John, Kochan Nicole A., Slavin Melissa J., Trollor Julian N., Draper Brian, Sachdev Perminder S. (2011). The relationship of current depressive symptoms and past depression with cognitive impairment and instrumental activities of daily living in an elderly population: The Sydney Memory and Ageing Study. V: *Journal of psychiatric research*, letnik 45, št. 12, str. 1600–1607.
- Schoevers Robert A., Deeg Dorly J. H., van Tilburg Willem, Beekman Aartjan T. F. (2005). Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. V: *American Journal Geriatric Psychiatry*, letnik 13, št. 1, str. 31–39.
- Song M. S., Song H. G., Mok Y. J. (2003). Community Based Cross-sectional Study on the Related Factors with Perceived Health Status among the Elderly. V: *Journal of the Korea Gerontological Society*, letnik 23, št. 4, str. 127–142.
- Stevens Judy, Hasbrouck La Mar, Durant Tonji M., Dellinger Ann M., Batabyal Prabhansu K., Crosby Alexander E., Valluru Balarami R., Kresnow Marcie-jo, Guerrero Janet L. (1999). Surveillance for injuries and violence among older adults. V: *MMWR CDC Surveillance Summaries*, letnik 48, št. 8, str. 27–50.
- Stewart Donna E, Ashraf Iram J., Munce Sarah E. (2006) Women's mental health: a silent cause of mortality and morbidity. V: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, letnik 94, št. 3, str. 343–349.
- Strawbridge William J., Deleger Stephane, Roberts Robert E, Kaplan George A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. V: *American Journal of Epidemiology*, letnik 156, št. 4, str. 328–334.
- Tannock Charles, Katona Cornelius (1995). Minor depression in the aged—concepts, prevalence and optimal management. V: *Drugs & Aging*, letnik 6, št. 4, str. 278–292.
- Tomšič Sonja, Kofol Bric Tatjana, Korošec Aleš, Maučec Zakotnik Jožica (2014). *IZZIVI v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Tomita Andrew, Burns Jonathan K. (2013). Depression, disability and functional status among

- community-dwelling older adults in South Africa: evidence from the first South African National Income Dynamics Study. V: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, letnik 28, str. 1270–1279.
- Underwood Martin, Lamb Sarah E., Eldridge Sandra, Sheehan Bart, Slowther Anne-Marie, Spencer Anne, Thorogood Margaret, Atherton Nicky, Bremner Stephen A., Devine Angela, Diaz-Ordaz Karla, Ellard David R., Potter Rachel, Spanjers Kathleen, Taylor Stephanie J. C. (2013). Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. V: *The Lancet*, letnik 382, str. 41–49.
- Unutzer Jürgen (2002). Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. V: *Biological Psychiatry*, letnik 52, št. 3, str. 285–292.
- Valvanne Jaakko, Juva Kati, Erkinjuntti Timo, Tilvis Reijo (1996). Major depression in the elderly: A population study in Helsinki. V: *International Psychogeriatrics*, letnik 8, št. 3, str. 437–443.
- Van der Wurff F. B., Beekman Aartjan T. F., Dijkshoorn Henriëtte., Spijker J. A., Smits Coen H. M., Stek Max L., Verhoeff Arie (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. V: *Journal of Affective Disorders*, letnik 83, str. 33–41.
- Verhaak Peter F. M., Dekker Janny H. de Waal Margot W. M., Harm W. J. van Marwijk, Comijs Hannie C. (2014). Depression, disability and somatic diseases among elderly. V: *Journal of Affective Disorders*, letnik 167, str. 187–191.
- Vink Dagmar, Aartsen Marja J., Schoevers Robert A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. V: *Journal of Affective Disorders*, letnik 106, str. 29–44.
- Volkers Anita C., Nuyen Jasper, Verhaak Peter F. M., Schellevis Francois G. (2004). The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. V: *Journal of Affective Disorders*, letnik 82, str. 259–263.
- Yaka Erdem, Keskinoglu Pembe, Ucku Reyhan, Yener Görsev Gülmen, Tunca Zeliha (2014). Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. V: *Archives of Gerontology and Geriatrics*, letnik 59, str. 150–154.
- Zupanič Tina (2014). Priprava vprašalnika in izvedba terenske faze ankete 2012. V: Tomšič Sonja, Kofol Bric Tatjana, Korošec Aleš, Maučec Zakotnik Jožica (ured). *IZZIVI v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – desetletje CINDI raziskav v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 120–124.

Kontaktne informacije:

Asja Videčnik

Središče Vitalis, Hladilniška pot 28, Ljubljana

asja.videcnik@gmail.com

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Tanja Mlakar (2014). *Vsiljivka v družini*. Ko se prikrade demenca. Ljubljana: Družina, 212 strani.

VSILJIVKA V DRUŽINI

Naslov knjige *Vsiljivka v družini* je na platnici napisan na počenem krožniku s cvetličnim vzorcem; drobne pokline kot nitke segajo na sosednje enake krožnike na lepo pogrnjeni mizi. Vsi so uničeni, eni bolj, drugi manj. Če nekaj trenutkov zremo na počen krožnik z napisom naslova knjige, opazimo pod njegovim obodom droben, nevpadljiv podnapis: *Ko se prikrade demenca*.

Tanja Mlakar je petdesetletna pisateljica. Svojo prvo knjigo je napisala pred petimi leti, pričujoče delo je njena tretja knjiga. *Vsiljivka v družini* je izšla leta 2014 pri založbi Družina. Pisateljčin jezik je preprost, stavki so kratki. Zgodbo si zlahka predstavljamo, saj je velik del besedila v obliki premege govora. Glavna junakinja knjige je Manca, odrasla, poročena hči Ivana ter Cirile. Oba starostno pešata, Ivanu se postopoma pridružujejo težave zaradi sladkorne bolezni, mama Cirila pa počasi oboleva za demenco. V spremni besedi, na notranji strani platnice piše, da je zgodba napisana po resničnih dogodkih in da realistično prikazuje, kako se svojci bolnika soočajo z Alzheimerjevo boleznijo. Zgodba je napisana na 212 straneh in je prikazana v petih poglavjih. Prvo nosi naslov Začetki, drugo, najdaljše, se imenuje Stopnjevanje, tretje poglavje govori o zadnjih letih doma, četrto je Odhod in zadnje ter najkrajše se glasi Namesto epiloga.

Uvod se začne z dialogom med Manco in materjo Cirilo. »Zakaj sem v bolnišnici?« je

Cirila zdaj že tretjič ponovila vprašanje. Manca se je nasmehnila. »Mami, nisi v bolnišnici, v domu si. Si pozabila?« jo je tiho vprašala, sedeč ob njej. Držala jo je za roke in s prsti drsela po njeni dlani. Mama jo je začudeno pogledala, nekaj časa premišljevala, potem pa prikimala. »Pozabila sem. Vse pozabim,« je odvrnila. Družina, z Manco na čelu, pogosto obiskuje Cirilo v domu za starejše. Tako kot mnogi drugi svojci, ki jih je Alzheimerjeva bolezen prisilila, da so svojo drago mamó ali očeta oddali v dom, doživlja Manca občutke krivde, tarejo jo strahovi, skrbi in nezaupanje (str. 18). Svojci se počutijo zavezane oskrbi lastnih nemočnih staršev, kot so bili oni njim, dokler so bili še otroci. Vendar se svojci pogosto znajdejo v precepu, saj jim življenjske okoliščine, kot so služba, izčrpanost, lastne bolezni in slabšanje oskrbovančeve bolezni onemogočijo, da bi jih lahko še naprej oskrbovali doma. Tudi tedaj, ko svojci premestijo oskrbovanca v ustanovo za starejše ljudi, so velikokrat v dvomu, ali delajo prav in dovolj dobro zanje. V svoji zaskrbljenosti prezrejo dobro možnost, da se lahko sedaj sproščeno posvetijo svoji dementni mami ali očetu. Na skrb, ki izvira iz ambivalentnosti, se pogosto nacepijo še negativna čustva, posledica teh so lahko nestrpno in agresivno vedenje do zaposlenih v domu za starejše ali do svojih najbližjih doma. Svojci, ki sprejmejo lastne meje in zmožnosti in se dobro poučijo o bolezni in o komuniciranju z dementnim človekom, veliko lažje prenašajo stiske, ki

jih prinaša Alzheimerjeva bolezen. Manca že veliko ve o bolezni, ko je njena mati v domu, z njo se pogovarja toplo, ljubeče in preprosto. Iz njunih dialogov se bomo bolj kot veččin komuniciranja učili človečnosti, lepega odnosa do dementnega človeka, kljub bolečini, ki jo je čutila Manca do mame. Bolela jo je mamina fizična ločenost od družine, mamin nemir z istimi in neprijetnimi samogovori ter vprašanji, njena zaskrbljenost, pomešana z odsotnostjo in neodzivnostjo. Da Manca lahko vztraja v ljubečem odnosu do mame, potrebuje oporo, ki jo tudi dobiva. Vse življenje je pletla močne vezi v rodni in lastni družini. Svojo nemoč je Manca ves čas mamine bolezni hvaležno delila z drugimi. Največ opore je našla pri svojem možu in v veri. V močno spodbudo in v tolažbo sta ji bili tudi odraščajoči hčeri. Njeno razumevajoče okolje, kakor ga opisuje, ji pomaga, da še z večjo vnemo tolaži in oskrbuje onemoglega očeta, ki po odhodu žene v dom ostane sam v stanovanju.

Tako kot se v uvodnem delu knjige njena vsebina dejansko razplete, se v prvem poglavju začenja zapletati. Prikazan je prisrčen odnos vnukinj do svoje babice in dedka po mamini strani. Pogosto sta počitnikovali pri njima na deželi, kjer sta bili deležni dobre dolenjske hrane, svežega zraka, preprostega mikavnega življenja, v katerem so zelo uživali tako vnukinji kot stara starša. Manci so zato povzročali skrbi le drobni zapleti, ki jih je ob podpori moža uspešno premagovala. Vedenje Cirile se je namreč začelo počasi spreminjati. Vesela, pozitivna in povezovalna Mančina mama je postala na trenutke prepirljiva za namišljene malenkosti. Prihajala je v konflikte s svojo družino kot tudi s svojimi sosedi. Spremembe v vedenju je najprej opazil njen mož Ivan, vendar je ob njih trpel in molčal. Za mizo je večkrat prihajalo do morečega vzdušja. Cirila je npr. brez objektivnega razloga grdo okregala svojo hčer, nakar se je odzval mož Ivan z besedami

hčerki, češ da je preveč občutljiva. Hčerka Manca, ki je od mame doživela krivično obtožbo in očitek od očeta, je bila prizadeta. Vnel se je kratek prepir, ki so ga prekinili tako, da so zapustili kuhinjo in je šel vsak po svoje – s svojo bolečino.

Duševne bolezni, med katere sodi tudi Alzheimerjeva bolezen, se na zunaj najprej pokažejo v medčloveških odnosih. Nelogično in v začetnih fazah bolezni le občasno spremenljivo in nerazumno vedenje dementnega človeka ter čustvena prizadetost ter nepoznavanje bolezni pri svojcih pogosto močno rani odnose; prihaja do začaranega kroga nesporazumov, v katerem se povečujeta strah in nezaupanje dementnih ljudi ter razočaranje in obup pri svojcih. Ti običajno zelo težko sprejmejo dejstvo, da ima njihova draga mama ali oče Alzheimerjevo bolezen, radi bi obdržali starše takšne, kot jih celo življenje poznajo, ne pa duševno ter socialno spremenjenih. Bolezen je kot tujka, *vsiljivka v družini*, ki se prerine v urejeno družino, kot je pomenljiv naslov knjige.

Svojcem zelo koristno, če se dobro seznanijo z boleznijo, se družijo med seboj, si izmenjujejo svoje dobre izkušnje in se naučijo komunicirati z dementnim človekom. Ko je Manca od zdravnika izvedela za diagnozo, je najprej poiskala informacije na internetu. Zadetkov je bilo veliko. Tudi knjig, predvsem leposlovnih, ki opisujejo življenje z dementnim človekom je vedno več, tako da se lahko vsak seznanil z osnovami bolezni. Toda tako kot so možgani vsakega človeka edinstveni, je tudi potek Alzheimerjeve bolezni pri vsakem malo drugačen. Svojci morajo pozorno spremljati svojega bolnega družinskega člana, da čim bolj dojamajo njegov svet ter se mu v odnosih lažje prilagajajo na njemu primeren način; od človeka z Alzheimerjevo boleznijo ne moremo pričakovati, da se bo on prilagajal razumevanju, čustvom ter potrebam svojcev.

Kot kažejo izkušnje, se včasih s starimi starši lažje znajdejo in sporazumejo otroci oz. vnuki, tudi takrat, ko so že dementni. Osnovnošolkama Nuši in Nataši se določene spremembe v začetni fazi demence pri babici ne zdijo problematične, celo obratno, zabavajo jih. Cirila do svojih vnukinj ostaja nežna ter prijetna še dolgo potem, ko je demenca že napredovala. Njihovo sožitje je posebno lepo razvidno iz naslednjega odlomka knjige (str. 139): *»Kaj počnete?« je Manca spraševala naslednjega dne v telefonskem pogovoru. »Babici sva umili glavo,« je odvrnila Nuša. »Pa tudi preoblekli sva jo, vsa se je popacala s sladoledom. Dedi je rekel, da ji kupi slinček,« je pristavila Nataša. Muzanje v njenem glasu je dalo vedeti, da so dogajanje jemali s šaljive strani. Manca je vedela, da stvar ni smešna, a očitno se drugače dneva ni dalo preživeti. »Dediju likam srajco,« ji je odgovorila Nuša, ko jo je Manca vprašala, kaj počnejo to dopoldne. »Kaj?« je od presenečenja Manca skoraj padla pod mizo. »Ja, babi ne more, zato bom jaz zlikala perilo.« »Ne morem verjeti,« si je Manca rekla in odkimavala z glavo. Vedela je, da si doma Nuša zlika le najbolj osnovne stvari, danes pa je likala srajco. Prvič je pomislila, da ima mamina bolezen tudi pozitivne strani.*

V poglavju Zadnja leta doma, so stvarno prikazane razmere, ko je Alzheimerjeva bolezen pri Cirili močno napredovala, hkrati pa je naglo pešal tudi njen mož Ivan. Manca je ob skrbi za starše in svojo družino, kljub podpori, ki jo je imela, zbolela. Dozorela je odločitev in mamo so odpeljali v dom za starejše. Tu se zgodba popolnoma ne konča, temveč se epilog nadaljuje z uvodom knjige, ki smo ga že prikazali.

Knjiga *Vsiljivka v družini* je več kot opis življenja z dementnim svojcem, je živ prikaz odnosov, stisk in tudi lepih trenutkov družine z odraščajočimi otroki, ki ob vsakdanjih obveznostih požrtvovalno skrbi za svoje onemogle starše.

Težkim nalogam oskrbe starejših s hudimi oblikami demenc so svojci kos brez hujše škode na lastnem psiho-socialnem zdravju le, če so deležni podpore, bodisi družine, prijateljev ali skupin za samopomoč, kakršne so na primer Klubi svojcev, Spominčica in druge. Tako bodo kljub počenemu krožniku, ki na naslovnici knjige ponazarja dementnega človeka, drugi krožniki ali življenja bližnjih ostali celi; razpoke se bodo sčasoma zacelile, »krožniki« pa bodo postali še lepši, bolj bleščeči in trdnejši kot kadarkoli prej.

Ksenija Ramovš

European Commission (2015). *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*. V: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf (sprejem: 5. 9. 2015).

POROČILO EVROPSKE KOMISIJE O STARANJU ZA LETO 2015

Poročilo Evropske komisije iz maja 2015 predvideva, da bodo Evropejci v prihodnjih desetletjih živeli dlje in imeli manj otrok, zaradi česar bo prebivalstvo Evrope postalo bolj »sivo«. Delež delavcev, ki podpirajo upokojeno prebivalstvo, se bo do leta 2060 prepolovil. Dolgoročne napovedi v tem poročilu imajo opredeljen časovni okvir in določen obseg, zato se bodo lahko javnost in oblikovalci evropske politike lažje pripravili na pričakovane demografske izzive.

To je peto poročilo z dolgoročnimi projekcijami o učinkih staranja na družbo. Osvetljuje gospodarske, proračunske in družbene izzive. Pokriva 28 držav članic EU in Norveško v obdobju med letoma 2013 in 2060. Poročilo je nastalo kot odgovor Svetu za ekonomske in finančne zadeve, ki je Ekonomsko-političnemu odboru (EPC) leta 2012 naložil, da poglobljeno analizira in nadgradi najbolj pričakovane posledice, povezane s staranjem upoštevajoč

najnovejše projekcije Eurostata. Poročilo je v skladu z običajno prakso izdelala delovna skupina za področje staranja. Generalni direktorat za gospodarske in finančne zadeve je v poročilu priskrbel potrebne izračune in analize, medtem ko je demografske projekcije (EUROPOP2013) izvedel Eurostat.

Prvi del poročila govori o osnovnih demografskih in makroekonomskih predpostavkah. Drugi del zajema dolgoročne projekcije izdatkov, povezanih s staranjem prebivalstva na področju pokojnin, zdravstva, dolgotrajne oskrbe, izobraževanja in nadomestil za primer brezposelnosti. Tretji in četrti del poročila vsebujeta statistično analizo po posameznih evropskih državah in primerjavo kazalnikov.

DEMOGRAFSKE PROJEKCIJE: PREDVIDENE SO DRAMATIČNE SPREMEMBE V STAROSTNI STRUKTURI V EVROPSKI UNIJI

Demografski trendi kažejo, da se bo v naslednjih desetletjih dolgoročno spremenila starostna struktura prebivalstva v Evropski uniji predvsem zaradi sprememb v rodnosti, migracij in pričakovane življenjske dobe. Prebivalstvo EU se bo torej staralo. Povprečna pričakovana življenjska doba se bo v primerjavi s sedanostjo do leta 2060 povečala za kar 7,1 let za moške (na 84,8 let) in za 6 let za ženske (na 89,1 let). Migracije v EU bodo še naprej naraščale: do leta 2040 bo število migrantov naraslo na 1.364.000 migrantov, potem bodo migracije začele upadati, in sicer na 1.037.000 migrantov do leta 2060. Število prebivalcev se bo tako v EU kot na globalni ravni skupno rahlo povečalo: s 507 milijonov (leta 2013) na 526 milijonov ljudi do leta 2050, kar pomeni skoraj 5 % porast števila prebivalcev. V kar polovici držav članic Evropske unije (Bolgarija, Nemčija, Hrvaška, Španija, Litva, Latvija, Estonija, Madžarska, Poljska, Romunija, Slovenija, Slovaška in Portugalska)

se pričakuje upad števila prebivalstva. Vse skupaj bo vplivalo na ekonomska, proračunska in socialna vprašanja, kar bo politika morala upoštevati že sedaj.

DELEŽ »ODVISNIH STAREJŠIH« SE BO NA DOLGI ROK PODVOJIL

Delež ljudi v EU, ki so starejši od 65 let (t. i. odvisni starejši) bo v primerjavi z deležem prebivalstva med 15. in 64. letom narasel s sedanjih 27,8 % na 50,1 %. Število delovno sposobnih ljudi se bo s sedanjih štirih delovno sposobnih ljudi na vsako osebo, starejšo od 65 let, zmanjšalo na približno dve delovni sposobni osebi.

PREDVIDEVANJA TRGA DELOVNE SILE: PREDVIDEVA SE PORAST SKUPNEGA DELEŽA AKTIVNEGA PREBIVALSTVA, ŠE POSEBEJ STAREJŠIH DELAVCEV, ZARADI IMPLEMENTIRANIH POKOJNINSKIH REFORM

Na podlagi simulacijskega modela *CO-HORT* se predvideva, da se bo povečala stopnja delovno aktivnega prebivalstva, kar bo posebno opazno pri prebivalstvu, ki je starejše od 50 let. Predvideva se, da bo stopnja aktivnega prebivalstva za starostno skupino med 20. in 64. letom v Evropski uniji zrasla za 3,5 % (s 76,5 % v letu 2013 na 80,1 % do leta 2060). Predvideva se tudi, da se bo skupna stopnja aktivnega prebivalstva do leta 2060 pri ženskah dvignila za 6 %, pri moških pa za 1 %. Višja stopnja delovno aktivnega prebivalstva bo obenem z učinki izpeljanih pokojninskih reform odraz priliva mlajše generacije žensk na trg delovne sile. Posledično se bo postopoma zmanjševal prepad v zaposljivosti med spoloma v obdobju do leta 2060. Pri starejših delavcih se predvideva, da se bo najbolj povečala stopnja aktivnega prebivalstva v starostni skupini od 55 do 64 let; do leta 2060 naj bi v tej starostni skupini bilo približno 21 % aktivnih žensk in 10 % moških.

ZARADI NAVEDENIH DEMOGRAFSKIH SPREMEMB SE PRIČAKUJE OSLABITEV TRGA DELOVNE SILE

Celoten trg delovne sile (ljudi v starostni skupini med 20. in 64. letom) v Evropski uniji in v evro območju se bo po predvidevanjih stabiliziral med letoma 2013 in 2023. Med letoma 2023 in 2060 bo predvidoma število delovno aktivnih v Evropski uniji upadlo za 8,2 %, kar pomeni zmanjšanje za približno 19 milijonov aktivnih prebivalcev. V enakem obdobju se v evro območju predvideva upad za 9,2 % ali približno 14 milijonov delovno aktivnih ljudi.

PRIČAKUJE SE NADALJNI PORAST DELEŽA ZAPOSLENEGA PREBIVALSTVA

Pričakuje se, da se bo povečal delež zaposlenega prebivalstva (oseb med 20. in 64. letom starosti) v Evropski uniji, in sicer z 68,4 % v letu 2013 in 72,2 % v letu 2023 na 75 % zaposlenega prebivalstva v letu 2060. Za evro območje se pričakuje podobna rast deleža zaposlenega prebivalstva, in sicer naj bi bilo do leta 2060 zaposlenega 74,7 % prebivalstva.

ŠTEVILO ZAPOSLENIH SE BO NATO ZMANJŠALO

Projekcije v poročilu kažejo, da se bo zaposlenost v starostni skupini med 20. in 64. letom povečala na 215 milijonov v letu 2022, potem bo začela padati do 202 milijona zaposlenih do leta 2060. To pomeni padec za okoli 9 milijonov ljudi v obdobju med letoma 2013. in 2060. Negativna rast bo predvsem rezultat naglega staranja prebivalstva. Povečanje aktivnega prebivalstva (delavk in starejših delavcev), migracijski prilivi in predviden padec strukturne brezposelnosti bodo v manjši meri vplivali na zmanjšanje števila zaposlenih, ki se bo v obdobju med letoma 2023 in 2060 skupaj zmanjšalo za 13 milijonov.

PREDVIDEVA SE, DA BO SKOZI DALJŠE OBDOBJE OSTALA GOSPODARSKA RAST DOKAJ STABILNA

V celotni Evropski uniji bo letna rast povprečne stopnje bruto družbenega prihodka ostala dokaj stabilna, vendar precej nižja kot v prejšnjih desetletjih. Skozi celotno obdobje med letoma 2013 in 2060 se predvideva, da bo potencialni povprečni BDP približno 1,4 %. Glavni vir potencialne gospodarske rasti bo tako v EU kot v evrskem območju posledica produktivnosti delovne sile.

PRORAČUNSKA PREDVIDEVANJA: STARANJE PREBIVALSTVA BO POSPEŠILO JAVNO PORABO

Poročilo predvideva, da bo staranje postavilo javne finance v EU pred nove izzive. Učinki na javnih financah bodo vidni že v naslednjem desetletju. Predvidena je sprememba v odhodkih (pokojnine, zdravstvena oskrba, dolgoročna nega in izobrazba), ki so pogojeni s staranjem prebivalstva. Odhodki, na katere vpliva staranje prebivalstva, bodo do leta 2060 zavzemali skoraj 2 % bruto družbenega proizvoda. Ta vrsta odhodkov se bo v obdobju med letoma 2013 in 2060 povečala predvsem na račun odhodkov za zdravstveno oskrbo, ki naj bi se povečali za 0,9 %, in odhodkov za dolgotrajno oskrbo, ki naj bi se povečali za 1,1 %. Predvideva se, da se bodo do leta 2040 odhodki, pogojeni s staranjem, zviševali (do +0,8 %), po letu 2040 bodo ponovno začeli padati in se do leta 2060 vrnili na raven iz leta 2013. Pričakuje se, da bodo do leta 2060 odhodki za izobrazbo ostali nespremenjeni.

Poročilo ugotavlja, da kljub skupnim opisanim dolgoročnim projekcijam učinkov staranja na družbo obstajajo med posameznimi državami članicami velike razlike. Zmanjšanje celotnih odhodkov, povezanih s staranjem, se pričakuje v osmih državah (Hrvaška, Grčija, Latvija, francija, Danska, Ciper, Italija in

Španija). Za druge države (Bolgarija, Združeno kraljestvo, Madžarska, Poljska, Irska, Romunija, Litva, Estonija in Švedska) se bodo ti odhodki postopoma povečevali (do 2,5 % BDP). V preostalih 10 državah se pričakuje največja rast teh odhodkov, in sicer med 2,5 % in 6,8 %. Slovenija spada med države z največjo rastjo odhodkov, pogojenih s staranjem.

Razlike v odhodkih med državami člani obstajajo zaradi razlik v pokojninskih sistemih in učinkov že izvedenih pokojninskih reform, ki so bile izpeljane zaradi fiskalne vzdržnosti pokojninskih sistemov, kot sta denimo sprememba upokojitvene dobe in višina pokojnin. Predvideva se, da se bo do leta 2060 razmerje med povprečno pokojnino in povprečno plačo zmanjšalo v vseh državah članicah (razen v Luksemburgu) za približno 9 %, v nekaterih državah (Ciper, Poljska, Španija) pa celo do 20 %. Predvidevanja glede pokojnin upoštevajo predvsem nespremenjenost pokojninskih zakonodaj in riziko, ki v povezavi s tem ostaja v državah ... Če so bile trenutno v poročilu ocenjene kot prenizke ali upokojitvena doba kot previsoka, je poročilo predvidelo, da bi se to lahko izražalo v bodočih spremembah pokojninskih politik in v povečanju pritiska na pokojninske odhodke. Zaradi takšnih predvidevanj lahko opisane projekcije podcenijo prihodnje zapravljanje vlad držav članic. Kot naslednji pomemben riziko pri ugotavljanju vzdržnosti sistema poročilo obravnava delež upokojencev v razmerju do prebivalcev, starejših od 65 let. V nekaterih državah članicah so se namreč povečale upokojitve zaradi nove možnosti predčasnega upokojevanja po zakonu. Ocena tega rizika je v poročilu lahko precejšnja, če bodo države v prihodnje sprejemale reforme za omejitev teh učinkov.

V letošnjem poročilu je v primerjavi s poročilom iz leta 2012 predvideno manjše povečanje odhodkov, povezanih s staranjem. To velja za vse države, razen za Španijo, Latvijo

in Portugalsko. Nižje je zaradi dolgoročno zmanjšanih stroškov za pokojnine, kar se odraža kot učinek pokojninskih reform, in manj izraženega učinka staranja v EU po demografskih projekcijah. Poročilo je pomembno, saj prinaša natančno opredeljene in primerljive informacije o prihodnjih demografskih spremembah v Evropi. Politiki se bodo namreč morali soočiti z gospodarskimi, s proračunskimi in z družbenimi izzivi. Projekcije v poročilu kažejo, kje, kdaj in v kakšnem obsegu se bodo pritiski staranja povečali, ko se bo *baby boom* generacija upokojila, povprečna življenjska doba pa se bo še naprej povečevala.

Ana Vujović

Ulrike Pfeil, Raj Arjan, Panayiotis Zaphiris (2008). *Age differences in online social networking – A study of user profiles and the social capital divide among teenagers and older users in MySpace*. V: http://www.researchgate.net/publication/221955782_Age_differences_in_online_social_networking__A_study_of_user_profiles_and_the_social_capital_divide_among_teenagers_and_older_users_in_MySpace (sprejem: 2. 9. 2015)

UPORABA SPLETNIH DRUŽBENIH OMREŽIJ MED STAREJŠIMI IN NAJSTNIKI

Sledeča raziskava o uporabi spletnih družbenih omrežij med starejšimi in najstniki je bila leta 2008 izvedena v Angliji. Je nekoliko starejša, vendar je zanimiva, saj je v slovenskem prostoru o tem malo raziskovalnih prikazov, zato tukaj prikazujemo njene ključne ugotovitve.

Raziskava osvetljuje lastnosti in s starostjo povezane razlike med uporabniki *MySpacea* ter različne načine, kako ti dve skupini uporabnikov oblikujeta in vzdržujeta socialni kapital v tej postavitvi. Raziskovalci so prepoznali razlike med vzorci najstnikov in starejših in s primerjavo teh dveh skupin prišli do pomembnih ugotovitev. Ker je bil proces avtomatiziran,

so lahko zbrali podatke od velikega števila uporabniških profilov.

Prijatelji. Ugotovitve kažejo, da imajo mladi več prijateljev na *MySpaceu* v primerjavi s starejšimi. Mladi imajo na *MySpaceu* večinoma prijatelje, ki so približno isto stari kot oni (± 2 leti), medtem ko imajo starejši uporabniki *MySpacea* prijatelje tudi izven svoje starostne skupine. Iz tega je razvidno, da imajo mladi drugačen način povezovanja s prijatelji na *MySpaceu* kot starejši. Rezultati kažejo tudi, da imajo starejši dostop do bolj raznolike mreže v primerjavi z najstniki, kar pomeni, da imajo tudi bolj razvejan socialni kapital.

Raznolikost socialnega kapitala. Ugotovitve nakazujejo, da socialni kapital mladih sestoji iz šibkih in močnih vezi z vrstniki, ki jih poznajo preko dejavnosti izven spleta, vendar vključuje manj odnosov z bolj raznoliko skupino ljudi. Veliko število prijateljev med najstniki govori o tem, da je mladim pomembna količina prijateljev. Ker je nemogoče vzdrževati trdne odnose z velikim številom ljudi, se najstniki na *MySpace-u* povezujejo tako z bližnjimi prijatelji kot tudi z znanci. Majhno število prijateljev na *MySpace-u* pri starejših pa kaže na drugačen vzorec vedenja. Za to je lahko več razlogov. Eden izmed njih je, da starejši ne poznajo toliko ljudi, ki uporabljajo *MySpace*, kakor mladi. Drugi razlog je, da so starejši pozornejši in bolj izbirajo, ko sklepajo prijateljstva na *MySpaceu* ter na svoj seznam želijo dodati le ljudi, ki jih dobro poznajo.

Uporaba medijev. Raziskovalci so ugotovili, da mladi v primerjavi s starejšimi uporabljajo več različnih medijev (glasbo, video). Opazili so tudi s starostjo povezane razlike v številu komentarjev, ki jih uporabniki prejmejo na svoj profil, saj mladi v povprečju prejmejo desetkrat več komentarjev kot starejši.

Razlike, povezane s spolom. Ugotovljene so bile razlike, povezane s spolom, saj med mladimi ženske prejmejo več komentarjev

kakor moški. Enaka tendenca se je pokazala pri uporabi spletnega dnevnika. Mladi pišejo spletni dnevnik veliko več kot starejši in ženske, v obeh starostnih skupinah, pogosteje kot moški. Te ugotovitve kažejo na različne vzorce vedenja med starostnima skupinama. Medtem ko najstniki uporabljajo vse kapacitete medijev, ki so jim na voljo, starejši bolj oklevajo pri uporabi dodatnih funkcij, kot so glasba, video posnetki in izmenjava komentarjev. To bi lahko pripisali različnim željam in motivaciji pri uporabi *MySpacea*. Medtem ko mladi uporabljajo različne medije, imajo starejši bolj ozek pogled na uporabo *MySpacea*. Ugotovitve kažejo, da je oklevanje starejših glede uporabe razpoložljivih funkcij *MySpacea* lahko povezano z nižjim socialnim kapitalom na družbenem omrežju.

Kako se starejši in mladi opisujejo. Da bi ugotovili razlike v tem, kako se starejši in mladi predstavljajo na svojih *MySpace* profilih, so raziskovalci opravili analizo. Odkrili so, da mladi pri opisu sebe uporabljajo več negativnih besed (opisujejo svoja neprijetna čustva) kot starejši. Pri opisih se mladi dosti več nanašajo nase kot starejši. Starejši pa uporabljajo višji nivo jezika kot mladi. Mladi se več nanašajo nase, več govorijo o negativnih čustvih in uporabljajo več kognitivnih besed kot starejši. Če povzamemo, se starejši v primerjavi z mladimi predstavljajo bolj formalno in uradno. Mladi pišejo bolj neformalno in se bolj osredotočajo nase in na svoje občutke. Razlike v predstavitvi sebe kažejo, da imajo različne starostne skupine pri ustvarjanju svojih profilov različne razloge in motive. Medtem ko so najstniki osredotočeni nase, starejši stremijo k bolj informativnemu in uradnemu opisu sebe. Glede na to, da je socialni kapital mladih na *MySpaceu* širši, naše ugotovitve kažejo, da je razkrivanje osebnih in čustvenih informacij na *MySpaceu* boljši način za izgrajevanje socialnega kapitala na družbenem omrežju, kot je informativno in uradno predstavljanje.

Vida Alauf

M. Yorkston Kathryn, S. Bourgeois Michelle, R. Baylor Carolyn, 2010. *Communication and Aging*. V: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074568/> (sprejem: 23. 9. 2015).

KOMUNIKACIJA IN STARANJE

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je komunikacija opredeljena kot »sredstvo, ki omogoča izmenjavo, posredovanje informacij«, kar vključuje dve predpostavki, in sicer da sta v proces komunikacije vključena vsaj dva, ki izmenjujeta ali zgolj sporočata podatke. S komunikacijo vstopamo v odnose, jih nadgrajujemo in bogatimo. Uspešna komunikacija nas navda z občutki zadovoljstva, povezanosti z okoljem in sprejetosti ter utrjuje našo samozavest. Staranje in bolezni lahko vplivajo na sposobnost in učinkovitost komunikacije. Če ne moremo jasno izraziti svojih čustev, misli, potreb in želja ali ne razumemo, kar nam drugi sporočajo, lahko to vodi do frustracij, nemoči, nezadovoljstva in odtujenosti. Občutek nerazumljenosti lahko povzroči izogibanje ljudem ali situacijam, za katere se pričakuje, da bomo vzpostavljali in ohranjali komunikacijo.

Avtorice članka Komunikacija in staranje so se posvetile pomenu komunikacije, komunikacijskim spremembam v starosti ter komunikacijskim motnjam (dizartriji – nenormalnemu oblikovanju glasov; afaziji – izgubi sposobnosti govorjenja; izgubi sluha idr.) in boleznim (cerebralni paralizi, multipla skleroza, senzorični izgubi idr.), ki starejšim ljudem otežujejo sporazumevanje.

V obsežni raziskavi je sodelovalo več kot 12.000 ljudi, vključenih v nacionalni program socialnega zavarovanja, starih 65 let in več; 42 % od njih je poročalo o slušnih težavah, 26 % o težavah s pisanjem in 7 % o težavah z uporabljanjem telefona.

Komunikacijske sposobnosti se v procesu tipičnega staranja vsaj rahlo spremenijo zaradi sprememb fizičnega zdravja in kognitivnega

upada. Nekatere jezikovne sposobnosti ostajajo nedotaknjene, medtem ko druge upadajo. Besedišče, slovnična presoja in sposobnost ponavljanja ostajajo s starostjo relativno stabilne, razumevanje zapletenejših povedi in naštevane pa se lahko poslabšata. Čeprav so lahko spremembe komunikacijskih sposobnosti neznatne in postopne, imajo jasne življenjske posledice, na primer izogibanje družabnim situacijam.

Bolezni, povezane z dolgotrajnimi komunikacijskimi motnjami, lahko povečajo izzive, s katerimi se ljudje soočajo, ko se postarajo.

Komunikacijske težave se pojavljajo pri približno polovici ljudi z **multipla skleroza**. Ljudje, ki se starajo z multipla skleroza, potrebujejo več pomoči kot njihovi vrstniki, imajo manj svobode, ostajajo bližje doma, opuščajo aktivnosti in omejujejo število ljudi, s katerimi so v tesnejšem stiku. Pogosto socialne stike ohranjajo preko telefona.

Komunikacijske spremembe so lahko posledica normalnega procesa staranja, dolgotrajnih kroničnih bolezni ali nevroloških bolezni. Te bolezni lahko prizadenejo kogarkoli in so pogoste v starosti, na primer izguba sluha je tretja najbolj razširjena kronična bolezen v starosti. Približno polovica odraslih, starejših od 75 let, je izgubila nekaj sluha. Parkinsonova bolezen, ki se pojavlja pri 1 % ljudi, starejših od 60 let, je pogosto povezana z dizartrijo. Leta 2008 je bila izvedena Raziskava o staranju, demografiji in spominu, v kateri je bilo ocenjeno, da se pri 14 % populacije (ljudi, starejših od 71 let) pojavlja demenca. Alzheimerjeva bolezen, ki je najpogostejša oblika demence, prizadene 3,4 milijona žensk in milijon moških. Alzheimerjeva bolezen, Pickova bolezen, Huntingtonova bolezen, Parkinsonova bolezen, večkratni infarkt ali vaskularna demenca in demenca z Lewyjevim telesci so nekatere vrste demence, ki imajo svoje lastne, posebne značilnosti, vendar je pri vseh pogosta prizadetost spomina,

predvsem prizadetost na področju učenja novih informacij. **Demenca** vpliva na komunikacijo in omeji socialne vloge zaradi postopnega poslabšanja kognitivnih sposobnosti, vključno s spominom, s pozornostjo, z zaznavanjem, z izvršilnimi funkcijami in z reševanjem problemov. V zgodnjih fazah ima posameznik težave z blago pozabljivostjo za imena in objekte, z iskanjem imen, z abstraktnim razmišljanjem, s pozornostjo, z jezikom in s poznavanjem prostora. Ko bolezen napreduje, postanejo očitne zmerno težke prizadetosti spomina, jezika, razsojanja in aktivnosti vsakdanjega življenja, zato naraščata potrebi po pomoči in oskrbovalčevem nadzoru. V poznih stopnjah bolezni bolnike prizadenejo izguba jezika (npr. nepovezano blebetanje ali nemost), manjšanje prepoznavne sebe in družine, blodnje, halucinacije in čudno obnašanje. Ljudje z demenco postopoma postajajo popolnoma odvisni od drugih.

Ljudje komunicirajo, da lahko opravljajo številne vloge pri vsakodnevnih dejavnostih (v službi, pri družbenih in prostočasnih aktivnostih, pri povezovanju s skupnostjo, pri vzpostavljanju osebnih odnosov in zadovoljevanju dnevnih potreb). Mnoge od teh vlog se s časom spreminjajo. Ljudje se upokojujejo. Njihovi socialni krogi in osebni odnosi se lahko spremenijo, ko se prilagajajo in spreminjajo vzorce aktivnosti. Morda potrebujejo več pomoči, na primer zdravniške nege ali pomoči na domu, da lahko zadovoljijo vsakodnevne potrebe. Komunikacija ni le izmenjava informacij in prenos sporočil, temveč služi tudi za vzpostavljanje in ohranjanje družbene pripadnosti. Lubinski je predpostavljal, da komunikacija pripomore k ohranjanju občutka identitete in blaženju občutkov osamljenosti, depresije ali zaskrbljenosti. S komuniciranjem starejši vplivajo na druge ter jim pomagajo s poslušanjem in svetovanjem. Če je komunikacija ogrožena, se to odraža na družbenem življenju.

Komunikacijske motnje pomenijo dodatno breme za starajoče se ljudi s **cerebralno paralizom**. Kažejo se kot neuspešna komunikacija z neznanimi pogovornimi partnerji, pomanjkanje časa za zadovoljivo komunikacijo in nesprejemljiva telefonska komunikacija.

Multipla skleroza se lahko diagnosticira že v srednjih letih, ko se ljudje udeležujejo v mnogih vlogah, na primer kot starši, zakonci, prijatelji, zaposleni ali gospodinji. Pomemben izziv predstavlja prezgodnji izstop iz cenjenih vlog, za katere se pričakuje, da se bodo nadaljevale v starosti; na primer morajo se upokojiti dosti prej, kakor se njihovi vrstniki. Analiza serije poglobljenih intervjujev z ljudmi z multipla skleroza, ki so občutili blage komunikacijske težave, kaže na to, da se je udeleževanje v pomembnih vlogah očitno spremenilo ne samo zaradi komunikacijskih problemov, ampak tudi zaradi težav, povezanih z izčrpanostjo, s kognitivnimi spremembami in z omejeno mobilnostjo. Ljudje, ki so se zgodaj upokojili, so govorili o potrebi po preoblikovanju vlog, ki za vključevanje ne zahtevajo brezhibnega govora. Ostali so izražali nezadovoljstvo zaradi izgubljanja njihovih spoštovanih vlog, na primer nekdanji učitelj je upokožitev opisal kot veliko izgubo, saj je poučevanje bilo njegovo življenje. Udeleženci so občutili tudi izgubo prijateljstev na delovnem mestu.

Dvojna senzorična izguba (poslabšanje vida in ostrine sluha) je pogostejša v visoki starosti in v institucionalnih okoljih. V raziskavi več kot dve tretjini ljudi s senzoričnima izgubama poroča o rednih težavah pri pogovoru, predvsem v hrupu ali skupini. Slab sluh je pogosto vzrok nesporazumov in negativnih reakcij komunikacijskih partnerjev.

Davidson in sodelavci so starejše ljudi z **afazijo** opazovali pri vsakdanjih komunikacijskih situacijah. Ugotovili so, da so se ljudje z afazijo ukvarjali s podobnimi dejavnostmi kakor starejši ljudje brez zdravstvenih okvar,

na primer pogovor je bil najpogostejša aktivnost obeh skupin. Razlike so bile opazne v pogostosti komunikacije in pri določenih aktivnostih, na primer pri telefoniranju, branju, pisanju in službenih dejavnostih (pri naročanju sestankov ali izpolnjevanju obrazcev). Starejši odrasli z afazijo so imeli manj komunikacijskih partnerjev in so se udeleževali manj socialnih situacij kot vrstniki brez afazije.

Čeprav je ohranjanje socialnih vlog pomembno, je pomembna tudi sposobnost dostopanja do pomoči, ki je starejši v preteklosti niso potrebovali ali jo sedaj potrebujejo v večji meri. Zdravstvena oskrba je osnovni primer teh vrst pomoči. Pomembnost komunikacije odseva v Rubenovi ugotovitvi, da bo v 21. stoletju človeška preživetvena sposobnost opredeljena kot sposobnost učinkovite komunikacije. Komunikacijske motnje so posebej pogoste v bolnišničnem okolju. Čeprav je ocenjeno, da se pojavljajo pri 5 % do 10 % populacije, je ta delež višji pri hospitaliziranih ljudeh. Ebert in Heckerling sta ugotovila, da ima približno 16 % bolnikov, ki so deležni splošnih bolnišničnih storitev, eno ali več motenj, ki vplivajo na komunikacijo. Ti pacienti so večinoma starejši moški.

Omejitev pri komunikaciji imajo tudi neželene učinke na ambulantno zdravstveno varstvo, kjer je čas za obiske bolnikov vse bolj omejen in kjer zdravstvena oskrba temelji na komunikaciji preko pisnih informacij, telefona in računalnika (na primer elektronske pošte). Raziskava se je osredotočila na populacijo, ki je vključena v nacionalni program socialnega zavarovanja, in prikazuje pomembno povezavo med prisotnostjo komunikacijskih težav in nezadovoljstvom z zdravstveno oskrbo (s splošno kakovostjo, z dostopnostjo in s sprejemanjem informacij). Iezzoni in sodelavci so ugotovili, da je za starejše ljudi s slušnimi ali z vidnimi težavami, ki vplivajo na komunikacijo, verjetneje, da bodo nezadovoljni z zdravnikovim

razumevanjem njihovih boleznih; s časom, ki ga porabijo za razpravo o njihovih težavah; in z odgovarjanjem na vprašanja.

Pri pregledu empiričnih študij, pri katerih se je preverjala interakcija med zdravnikom in starejšim bolnikom, so Adelman in sodelavci spoznali, da so bila nekatera področja, na primer zdravnikova odzivnost, sporazumna določitev glavnih ciljev in skupno odločanje, boljša pri mlajših bolnikih. Diskriminacija starejših predstavlja pomembno oviro za dobro komunikacijo med izvajalci zdravstvene oskrbe in starejšimi bolniki. Ta predsodek lahko vodi do komunikacije, za katero je značilno stereotipno pričakovanje namesto prepoznavanja zelo spremenljivih individualnih značilnosti starejših oseb; povezan je tudi s komunikacijskimi vzorci, pri katerih prevladuje zdravnik.

Raziskave kažejo, da je kvaliteta življenja starejših odraslih povezana z zdravstvenim stanjem in s socialnimi stiki. Ljudje s komunikacijskimi motnjami se lahko soočajo z več izzivi pri razvijanju in ohranjanju socialnih stikov. Po intervjuvanju ljudi z afazijo so Cruice in sodelavci odkrili nekaj dejavnikov, povezanih s kakovostjo življenja, in sicer potrjevanje izkušenj, nadzor nad življenjem, vključevanje v prijetne prostočasne dejavnosti, spopadanje z izgubami in s spremembami ter nadaljevanje osebnostne rasti. Breme motenj se poveča zaradi bolezni in staranja. Na bolnikove potencialne komunikacijske motnje je potrebno opozoriti izvajalce zdravstvene oskrbe, ki naj določijo bolnikovo želeno obliko prejemanja informacij (npr. pisno, govorno ali preko interneta), raziščejo morebitne pomisleke in opredelijo želeno raven udeležbe pri odločanju. Izvajalci zdravstvene oskrbe morajo preveriti bolnikovo razumevanje informacij in zagotoviti dovolj možnosti za vprašanja.

Zdravstvena pismenost je opredeljena kot sposobnost razumevanja osnovnih zdravstvenih informacij in storitev ter je nujna za

ustrezno odločanje o zdravstvenih storitvah. Ocenjeno je bilo, da je ena tretjina ljudi, starejših od 65 let, neustrezno ali nezadostno zdravstveno pismena. Ta delež je brez dvoma dosti višji pri tistih s komunikacijskimi motnjami. Čeprav so prilagoditve, na primer klančina za invalidski voziček, ki omogočajo fizični dostop do objektov zdravstvene oskrbe in drugega, samoumevne, podobne prilagoditve za izboljšanje dostopa do objektov zdravstvene oskrbe osebam s pomanjkljivo zdravstveno pismenostjo pogosto niso priznane kot del standardne klinične prakse.

Predlogi za komuniciranje s starejšimi odraslimi s komunikacijskimi motnjami.

- Poznajte bolnikove komunikacijske prednosti in slabosti.
- Prepričajte se, da so senzorični pripomočki (očala, slušni aparat, komunikacijske naprave, pomnilniški pripomočki) na voljo in uporabljani.
- Vzemite si več časa za komunikacijo.
- Prepričajte se, da je okolje komuniciranja prijazno, kar pomeni, da je tiho in dobro osvetljeno ter da je pohištvo postavljeno tako, da omogoča komuniciranje iz oči v oči.
- Uporabljajte domač jezik, ne medicinske terminologije.

- Govorite počasi in s preprostimi stavki.
- Dopolnite govorni opis s slikami in pisanjem.
- Preverite in potrdite razumevanje.
- Omejite število podanih informacij na enem srečanju.
- Ponudite izobraževalno gradivo, ki se ga bo lahko odneslo domov, v primerni obliki in na ustrezni bralni ravni.

Ljudje, ki se starajo s komunikacijskimi motnjami, se soočajo s številnimi izzivi, kot so ohranjanje družbenih vlog ter prepoznavanje potrebne pomoči (npr. zdravstvene oskrbe) in dostop do nje. Zaradi povečane potrebe po zdravstveni oskrbi in razširjenosti komunikacijskih motenj pri starejših odraslih morajo biti izvajalci zdravstvene oskrbe dobro seznanjeni z ustreznimi strategijami za učinkovito komuniciranje.

Komunikacijske motnje prizadenejo ljudi vseh starosti, vendar prisotnost in zapletenost teh stanj naraščata z leti. Ker lahko predstavljajo oviro za dostop do zdravstva in za vzdrževanje pomembnih socialnih stikov, sta ključnega pomena njihovo prepoznavanje in ustrezno upravljanje.

Veronika Mravljak Andoljšek

DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrali: Vida Alauf in Maja Kulovec

MEDGENERACIJSKA PODPORA STARŠEM NA KITAJSKEM ZARADI VISOKIH ZDRAVSTVENIH STROŠKOV

Zaradi staranja prebivalstva se na Kitajskem pojavljajo veliki izzivi pri podpori starejših. Finančna podpora odraslih otrok lahko starejšim delno pomaga premostiti problem nizkih dohodkov in visokih zdravstvenih stroškov. V literaturi se pojavljata dva razloga za tovrstno pomoč: skrb za bližnjega in medsebojna izmenjava. Podatki iz raziskave gospodinjstev na Kitajskem, v katerih živijo osebe, ki so stare 45 let ali več, kažejo, da je višina finančne podpore odraslih otrok povezana z razliko med stroški za zdravstvene storitve in dohodkom starejših.

Kitajska postaja starajoča se družba. To je posledica upada rodnosti zaradi politike enega otroka in zvišanja življenjske dobe v zadnjih treh desetletjih.

Članek, ki preučuje povezavo med neto finančno pomočjo odraslih otrok starejšim in finančnimi viri gospodinjstva pred prejeto finančno pomočjo, ugotavlja, da odrasli otroci svojim staršem nudijo finančno podporo pri premostitvi razlike med nizkim dohodkom in visokimi zdravstvenimi stroški. Medgeneracijska finančna pomoč je pomemben del podpore starejši generaciji, njena višina pa je zelo odvisna od materialnega stanja gospodinjstva pred prejetjem finančne pomoči. Glavni razlog za finančno pomoč je torej skrb za bližnjega. Zaradi medsebojne izmenjave je finančna pomoč prihajala bolj od sinov kot od hčera. Ko starejši skrbijo za vnuke, je finančna pomoč večja. To pomeni, da je finančna pomoč pogosto zamenjava za storitev.

Ker je na Kitajskem pogosto, da odrasli otroci in starši živijo skupaj, pomoč večinoma

poteka tudi v materialni obliki, npr. nudenje hrane in nastanitve. Na Kitajskem je reforma na področju kritja večjega dela zdravstvenih stroškov ena izmed najaktualnejših reform. Ni redkost, da hude bolezni finančno izčrpajo gospodinjstva in vodijo v revščino, zato je potrebna večja javna finančna podpora za prebivalce z nižjimi dohodki, še posebno za gospodinjstva z visokimi zdravstvenimi stroški.

VIR: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.2943/full> (sprejem: 10. 9. 2015).

Vida Alauf

NIZOZEMSKI DOMOVI ZA STARE LJUDI ŠTUDENTOM NUDIJO BREZPLAČNA STANOVANJA

Na Nizozemskem nudijo domovi za stare ljudi študentom brezplačno prebivanje skupaj s stanovalci. Izmenjave so del projekta, ki se zavzema za odpravljanje negativnih predstav o staranju. Program so v domu za stare ljudi *Humanitas* (Deventer) pričeli izvajati pred dvema letoma, potem ko je vodstvo prejelo povpraševanje študentke Onne Selbach. Ta se je pritoževala zaradi hrupa in slabih razmer v študentskih domovih. Vodja doma Gea Sijpkas je odgovorila in nemudoma so pričeli z razvijanjem programa izmenjav.

V domu trenutno biva šest študentov z bližnjih univerz Saxion in Windesheim ter 160 starih ljudi. Študentom sta dovoljena nemoten prihod in odhod iz doma, če le upoštevajo glavno pravilo: *Ne biti v nadlego starim ljudem*. V zameno za majhno brezplačno stanovanje od študentov pričakujejo, da v vlogi dobrih sosedov s stanovalci preživijo 30 ur na mesec. Študentje v domu tako opravljajo razne aktivnosti za stanovalce, npr. z njimi gledajo šport, praznujejo rojstne dni in delajo družbo

bolnim stanovalcem, da ostajajo kljub boleznim povezani z okoljem. Poročilo *National Academy of Sciences* (Združene države Amerike) iz leta 2012 povezuje povečevanje stopnje umrljivosti pri starih ljudeh ravno z osamljenostjo. Študentje vnašajo v odnos veliko toplino, s svojo prisotnostjo pa stanovalcem približajo zunanji svet.

Po navedbi *International Association of Homes and Services for the Ageing* obstajajo podobni medgeneracijski programi tudi v Lyonu (Francija) in Clevelandu (Ohio). V poznih 90. letih so s programom izmenjav pričeli v Barceloni (Španija) in ga nato razširili na 20 mest po državi.

VIR: <http://www.pbs.org/newshour/rundown/dutchd-retirement-home-offers-rent-free-housing-students-one-condition/> (sprejem: september 2015).

Maja Kulovec

KAKOVOST ŽIVLJENJA V STAROSTI

Trenutno je v Evropi najštevilčnejša populacija ljudi, ki so stari med 20 in 64 let; teh je v primerjavi s starejšimi od 65 let štirikrat več. Pogled v prihodnost kaže drugačno sliko. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu je v državah OECD zdaj približno 80 let. Od leta 1960 se je zvišala za 10 let, medtem ko rodnost pada. Predvideva se, da bosta do leta 2060 manj kot dva človeka v delovnem obdobju (20–64 let) na enega upokojenca. Za mlade ljudi je poleg razmišljanja, kakšno je življenje zdaj, pomembno razmišljanje o tem, kakšno bo njihovo življenje v prihodnosti.

Pogled na to, kakšno je življenje starejših danes, kaže raznoliko sliko. Raziskava OECD o pokojninah (http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/finance-and-investment/pensions-at-a-glance-2013_pension_glance-2013-en#page4) ugotavlja, da je dohodek ključni dejavnik, ki določa, kakšno bo naše življenje v poznih letih. Nedavno so države OECD doživele

nekaj uspeha na tem področju, saj je revščina med starejšimi kljub povečanju revščine med ostalo populacijo zaradi krize padla iz 15,1 % v letu 2007 na 12,8 % v letu 2010. Dohodki ljudi, starih nad 65 let, v državah OECD dosega 86 % dohodkov celotne populacije. Prav tako kot pri drugih temah se tudi tukaj kaže razkorak med spoloma. Ker ženske živijo dlje, je verjetneje, da bodo živele same in z nizkim dohodkom ter da bodo izpostavljene revščini.

Naše zdravje in socialna mreža (družina in prijatelji) sta druga pomembna dejavnika, ki vplivata na dobrobit v starosti. Ne preseneča, da so starejši najmanj zadovoljni s svojim zdravjem. Pri njih je tudi najmanj verjetno, da se bodo družili s prijatelji, saj 20 % ljudi, starejših od 65 let, pravi, da nimajo stika s prijatelji.

Tudi dostop do javnih storitev je za starejše zelo pomemben, saj potrebujejo več podpore kot ostala populacija. Ker dolgotrajna oskrba včasih presega 60 % posameznikovega dohodka, iščejo nove načine za materialno preživljanje v starosti. V nekaterih primerih je to vodilo v drastične rešitve. V Švici so cene za nego tako visoke (od pet do deset tisoč ameriških dolarjev na mesec), da so se nekatere družine zatekle h kontroverznim rešitvam in so dedka ali babico »izvozile« v cenejše domove za starejše – celo do Tajske. V Koreji, kjer se populacija prav tako hitro stara, so družine našle manj drastično možnost. Uporabljajo sistem *Ubiquitous Health House system (uHouse)* – internetno tehnologijo za spremljanje zdravja svojcev. To družinam in starejšim omogoča, da ohranjajo relativno neodvisnost pri soočanju s potrebo po oskrbi starejšega družinskega člana. Ta sistem je bil vzpostavljen za nadomeščanje nekaterih zdravstvenih storitev.

VIR: <http://oecdinsights.org/2014/07/03/how-life-in-old-age/> (sprejem: 24. 9. 2015).

Vida Alauf

ZLORABE MED STAREJŠIMI – DEJAVNIKI TVEGANJA IN VAROVALNI DEJAVNIKI

DEJAVNIKI TVEGANJA

Nasilje nad starejšimi je posledica kombinacije individualnih, odnosnih in skupnostnih dejavnikov. Ti dejavniki so lahko tudi neposredni vzroki za nasilje, ni pa to nujno. Njihovo razumevanje pomaga prepoznati priložnosti za preventivno delovanje.

Dejavnike tveganja lahko pri izvajalcih nasilja razdelimo na individualne, odnosne, skupnostne in strukturne.

Individualna raven dejavnikov tveganja vključuje: diagnozo duševne bolezni, zlorabo alkohola, visoko sovražno naravnost, nezadostno pripravo in usposobljenost za oskrbo, prezgodnje prevzemanje odgovornosti za skrb in nego, nezadostne veščine za soočanje s težavami in izpostavljenost zlorabi v otroštvu.

Na odnosno raven dejavnikov tveganja sodijo: visoka finančna in čustvena odvisnost od ranljive starejše osebe, pretekle izkušnje odklonilnega vedenja, pomanjkanje socialne opore in pomanjkanje podpore pristojnih služb in institucij.

Skupnostna raven zajema javne storitve, npr. pomanjkanje razbremenilne pomoči za tiste, ki oskrbujejo starejše.

K strukturni ravni štejemo kulture, v katerih je visoka toleranca do agresivnega vedenja; v katerih imajo delavci v zdravstvu, skrbniki in drugi, ki so vpeti v oskrbo, veliko svobode pri zagotavljanju utečene oskrbe in sprejemanju odločitev; v katerih se od družinskih članov pričakuje, da bodo starejšega oskrbovali brez podpore drugih, da bodo prenašali trpljenje in molčali o svoji bolečini; ter kulture, v katerih so prisotna negativna stališča o starosti in staranju.

Poleg navedenih so lahko dejavniki tveganja tudi specifične lastnosti institucionalnih okolij, kot so nesočutna ali negativna naravnost do stanovalcev, dalj časa trajajoče težave med osebjem, pomanjkanje administrativne preglednosti, izgorelost osebja in stresne delovne razmere. Vsi ti dejavniki povečujejo tveganje za nasilje nad ranljivimi starejšimi ljudmi.

VAROVALNI DEJAVNIKI PRED ZLORABO STAREJŠIH

Varovalni dejavniki zmanjšujejo tveganje za nasilje in zanemarjanje. Ti dejavniki so slabše raziskani kakor dejavniki tveganja. Njihovo prepoznavanje in razumevanje je odločilnega pomena, zato je potrebno njihovo nadaljnje raziskovanje.

Na odnosni ravni so varovalni dejavniki številni in močni odnosi z ljudmi iz različnih socialnih okolij.

Na ravni skupnosti so varovalni dejavniki: razdelitev virov in storitev med službami in organizacijami, ki nudijo oskrbo starejših, ter skrbniki starejših; višja raven sožitja v skupnosti; močan občutek skupnosti in pripadanja skupnosti; visoka raven sodelovanja v skupnosti in visoka učinkovitost medsebojnega sodelovanja.

Varovalni dejavniki znotraj institucij so: ustrezni sistemi spremljanja in nadziranja, trdna institucionalna pravila in postopki glede oskrbe, redno izobraževanje zaposlenih o zlorabah in zanemarjanju starejših, izobraževanje in svetovanje o pravici do pravne zaščite ter redno obiskovanje družinskih članov, prostovoljcev in socialnih delavcev.

VIR: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html> (sprejem: september 2015).

Vida Alauf

GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrala Tina Lipar

V SLOVENIJI

Strokovni popoldan: Parkinsonova bolezen

Organizira: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje
15. oktober 2015, Celje
Spletni naslov: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/strokovna-sreca/strokovni-popoldan-parkinsonova-bolezen>

Stanovalec z demenco – negovanje in skrb

Organizira: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana
16. oktober 2015, Ljubljana
Spletni naslov: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/strokovna-sreca/stanovalec-z-demenco-negovanje-skrb-0>

V TUJINI

Inaugural Age-Friendly Universities Conference 2015: Enagging Ageing

Organizira: Dublin City University
2. – 3. november 2015, Dublin
Spletni naslov: <https://www.dcu.ie/agefriendly/engaging.shtml>

12th Health and Ageing Conference

Organizira: The Geneva Association, Singapore Collage of Insurance
16. – 17. november 2015, Singapur
Spletni naslov: <https://www.genevaassociation.org/events/2015/12th-health-ageing-conference>

5th Annual Pro-Aging Europe Congress

Organizira: World Society of Anti-Aging Medicine
19. – 22. november 2015, Bruselj
Spletni naslov: <http://www.globaleventslist.com/events/2015/11/5th-annual-pro-aging-europe-congress/>

ICAA Conference 2015: embrace the Possibilities

Organizira: International Council on Active ageing
19. – 21. november, New Orleans, LA
Spletni naslov: <http://www.icaa.cc/conferenceandevents/overview.htm>

For Later Life: brain ageing and dementia

Organizira: Age UK
18. november 2015, London
Spletni naslov: <http://www.ageuk.org.uk/professional-resources-home/conferences/forlaterlife/>

The Future of ageing Research: Post REF 2014

Organizira: British Society of Gerontology
11. november 2015, London
Spletni naslov: <http://www.eventbrite.co.uk/e/the-future-of-ageing-research-post-ref-2014-tickets-17721357056>

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

INSTITUCIONALIZIRANOST

angleško: *institutionalization*

Institucionalizacija je družbeni proces, v katerem dejavnosti, ki so ljudem potrebne za življenje in sožitje, prehajajo v vedno bolj formalno, z normami določeno organizacijsko obliko ustanov ali institucij, zadovoljevanje teh potreb v skupnosti pa slabi. Pri tem se večja pomen ustanov in sistemov za izvajanje teh dejavnosti, medtem ko ljudje, katerim so ustanove namenjene, in tisti, ki v njih neposredno izvajajo dejavnosti, izgubljajo svobodo pobude, odločanja in ustvarjalnega ravnanja.

Institucionalizacija je danes pogosto predmet socioloških, psihosocialnih, etnoloških in drugih družboslovnih analiz. Te odkrivajo družbeno patologijo institucionaliziranosti; poškodbe, ki jih povzročajo na ljudeh, in motivacijske vzvode za njeno nastajanje in širjenje. Manj uspešne so pri oblikovanju modelov za stvarno zmanjševanje ali preprečevanje institucionaliziranosti.

Skrajno institucionalizirane ustanove so poimenovane totalne ustanove. V njih so ljudje nastanjeni in od njih (dolgo)trajno odvisni pri zadovoljevanju večine svojih vsakdanjih potreb. Organizirane so izrazito v smeri lastne ohranitve. Imajo malo sistemskih mehanizmov za kontrolo kakovosti svojih storitev in za ugotavljanje potreb svojih uporabnikov in neposrednih izvajalcev.

Za razumevanje institucionalizacije in za oblikovanje učinkovitih modelov njenega preprečevanja je potreben celosten antropološki pristop. Ta vključuje poleg spoznanj družboslovnih ved tudi ekonomske, biološke, zgodovinske, kulturne in druge vidike, ki določajo medčloveško sožitje, pri čemer pa je

bistveno, da so njihova spoznanja povezana v enovit antropološki pogled. V 20. stoletju je prišlo do vrste spoznavnih nastavkov za tak pristop. En nastavek je spoznanje Martina Bubra o komplementarnosti brezosebnega človekovega razmerja (*jaz – ono*) in osebnega odnosa (*jaz – ti*) do ljudi ter tudi do narave in sebe. Institucionalizacija se dogaja povsod, kjer brezosebno razmerje v doživljanju in ravnanju prevlada nad osebnim odnosom. Podoben nastavek je spoznanje Ericha Fromma o prevladi principa *imeti vse potrebno za preživetje* na račun principa *biti človek med ljudmi*.

Z vidika človeških potreb je za razumevanje institucionaliziranosti pomembna dinamika med osnovnima človeškima potrebama *po individualnem osebnem razvoju in po sožitju z drugimi ljudmi*. Ti potrebi sta lahko sinergično komplementarni, pogosto pa se dogaja, da ena prevlada na račun druge. V tem primeru gre za patologijo. Institucionaliziranost je patološka prevlada skupnosti nad posameznikovo individualno osebo. Podroben pogled v vzgibe institucionaliziranosti pokaže, da to prevlado skupnostnih zahtev nad osebami, njihovo svobodo in potrebami poganja patološki individualistični interes ključnih subjektov institucije, pa naj so vidni ali v ozadju.

Z vidika oblikovanja programov za zmanjševanje institucionaliziranosti v skupnosti ali za njeno preprečevanje je pomembno razlikovanje med skupnostno in skupinsko metodiko. V vsaki skupnosti sta ena in druga nujno potrebni in med seboj komplementarno sinergični. Če prevlada skupnostna metodika na račun skupinske, se začne krepiti institucionalizacija. Pri skupnostni metodiki so v ospredju brezosebne informacije, znanje, kritična analiza, teoretična razprava,

organizacijski menedžment, storilnost in tekmovanje; to so prireditve, kjer je odločilna vsebina dogajanja. Predavanje z razpravo je npr. skupnostna metoda, pa naj sodeluje s predavateljem en sam človek, deseterica ali sto ljudi. Pri skupinski metodiki sta v ospredju medsebojno posredovanje (komuniciranje) dobrih osebnih izkušenj in solidarno reševanje osebnih potreb vsakega člana skupine. Samo skupinska metodika lahko v resnici upošteva osebno enkratnost in edinstvenost vsakega člana skupine, njegove osebne potrebe, zmožnosti in stališča. V skupinski metodiki predavanje ne obstaja, tu se medsebojno bogatenje dogaja z osebnim pogovorom o določeni vsebini na osnovi izkušenj in znanja vseh navzočih, vključno s »predavateljem«, če gostuje v skupini. To je skupinsko socialno učenje, kjer *so vsi učitelji in vsi učenci, razlike pa jih bogatijo*. Število članov skupine je po naravi zato omejeno, npr. v srednje veliki skupini na devet do osemnajst ljudi. Skupinska metodika začena z empatičnim medsebojnim spoznavanjem, ki se stalno pogloblja, na njem pa gradita komplementarno sodelovanje in prijetno (simetrično) vzdušje. Skupnostna metodika je potrebna za storilnostni razvoj – »imeti« (Fromm), skupinska pa za razvoj človekove osebnosti in medčloveškega sožitja – »biti« (Fromm).

V gerontologiji je znan problem institucionaliziranost ustanov za dolgotrajno oskrbo. V njih so dosmrtno nastanjeni telesno, duševno in socialno zelo ranljivi in nemočni ljudje; pri demenci je npr. možno, da se ne zavedajo niti svoje identitete. Mnogi potrebujejo pri vseh osnovnih vsakodnevnih opravilih popolno oskrbo, ki je ekonomsko draga, z vidika izvajanja pa človeško in organizacijsko zelo zahtevna. Nevarnost zdrsa oskrbovalne ustanove v patologijo institucionaliziranosti je torej zelo velika, od blažjih oblik pri posameznih primerih do sistemske v obliki totalne ustanove.

Nevarnost institucionaliziranosti ustanov za dolgotrajno oskrbo zmanjšujemo s tem, da vzpostavimo čim celovitejšo mrežo cele vrste sodobnih oskrbovalnih programov v krajevni skupnosti; da uvedemo sodobni sistem javnega sofinanciranja dolgotrajne oskrbe, ki izhaja iz načela sofinanciranja uporabnika oziroma upravičenca do storitev in ne izvajalca le-teh; da ima oskrbovalni sistem učinkovite in v zakonu utemeljene mehanizme preverjanja vstopnih pogojev za izvajanje teh storitev, razvoj kakovosti izvajanja in kontrolo nad izvajanjem. Sodobni sistemi in zakonodaja za dolgotrajno oskrbo so lahko kakovostni le, če z regulacijskimi mehanizmi za sofinanciranje in podeljevanje dovoljenj za izvajanje storitev ter z vzpostavitvijo sistema za razvoj kakovosti ustanov in za kontrolo nad izvajanjem storitev preprečijo nevarnost institucionaliziranosti.

J. Ramovš

DENSTITUCIONALIZACIJA

angleško: *deinstitutionalization*

nemško: *die Deinstitutionalisierung*

Deinstitutionalizacija je družbeni proces, s katerim se preveč institucionalizirane življenjske dejavnosti organizacijsko in doživljajsko vračajo v življenje in sožitje celotne krajevne ali druge človeške skupnosti. Ko se vzpostavlja ravnatežje med nedotakljivim dostojanstvom vsakega človeka in skupnostjo, se upošteva, da je vsakdo enkrat in edinstven, svoboden in odgovoren ter ima svoje potrebe, zmožnosti in stališča, za kakovostno sožitje vseh v skupnosti pa so nujni organizacijski red, poštenost v dajanju in prejemanju ter solidarna empatičnost z drugimi.

Na področju gerontologije je vedno živa nevarnost institucionaliziranosti ustanov za dolgotrajno oskrbo. Zavestno prizadevanje za stalno deinstitutionaliziranje je pogoj za njihovo kakovostno delovanje. V današnji Evropi in

drugod po razvitem svetu so učinkovito sredstvo deinstitutionalizacije oskrbovalnih ustanov sodobni nacionalni sistemi in zakonodaja o dolgotrajni oskrbi, ki jih države sprejemajo po letu 1990 in z njimi izenačujejo oskrbo v ustanovah in doma, javno sofinanciranje oskrbe pa organizirajo individualno, tako da financirajo uporabnika oziroma upravičenca in ne izvajalcev.

Domovi t. i. druge in tretje generacije, ki so bili narejeni po arhitekturnem in delovnem konceptu hotela in bolnišnice, se v današnjem evropskem prostoru notranje deinstitutionalizirajo tako, da se arhitektonsko prenavljajo v sodoben dom četrte generacije, ki je organiziran kot grozd relativno samostojnih gospodinjstev skupin. Ta notranja deinstitutionalizacija doma se praviloma začne dogajati, ko se vodstvo doma odloči za intenzivno izobraževanje od zgoraj in spodaj – vsi zaposleni v ustanovi postanejo učeča se organizacija. Drugi sprožilec notranje deinstitutionalizacije je vzpostavljanje t. i. sistema kakovosti. Z njim oskrbovalna ustanova zavestno usmeri svoje cilje in dejavnosti v stalen razvoj, tega pa sprti kontrolira po merljivih kazalnikih. Pri tem

uporabi primerno metodo za vzpostavljanje in spremljanje razvoja svoje kakovosti.

Nepogrešljiv dejavnik uspešne deinstitutionalizacije oskrbovalne ustanove je njena tesna povezanost s krajevno skupnostjo. Kaže se v rednem, aktivnem sodelovanju krajanov pri delovanju ustanove, ustanove pa pri življenju kraja. Motivacija za sodelovanje mora izhajati iz obeh strani: iz ustanove in krajevne skupnosti, v kateri deluje. Če skuša z oskrbovalno ustanovo sodelovati samo njeno okolje in posamezniki iz zunanje skupnosti, se bo ustanova čutila ogroženo, češ da ne zaupajo stroki, da motijo njeno delovanje ipd. Sama ustanova pa brez zavzetosti krajevnega okolja težko privabi ljudi k aktivnemu sodelovanju v ustanovi. Za sodelovanje med oskrbovalno ustanovo in krajevnim okoljem so najpomembnejši: svojci stanovalcev in zaposlenih – z njimi mora ustanova sistemsko delati (usposabljanje svojcev, klubi svojcev), prostovoljci (njihovo usposabljanje, organizirano delo v ustanovi, redno vzdrževanje prostovoljske kondicije) ter krajevne zdravstvene, vzgojno-izobraževalne, kulturne in socialne ustanove.

J. Ramovš

SIMPOZIJI, DELAVNICE

EVROPSKI FORUM O SOCIALNIH INOVACIJAH IN AKTIVNEM STARANJU Bukarešta, 19. maj 2015

Evropski forum o socialnih inovacijah in aktivnem staranju, ki je bil maja 2015 v Bukurešti, je bil tretji forum projekta *InnovAge forum*. Njegova namena sta bila raziskati projektne rezultate zadnjih nekaj mesecev in identificirati možnosti dolgoročnih učinkov socialnih inovacij. Konferenca je poučevala širši kontekst, v katerem se razvijajo socialne inovacije, ter je poskušala opredeliti možnosti in izzive, ki so povezani s socialnimi inovacijami, v novih državah članicah.

Projekt *InnovAge*, ki je financiran iz 7. okvirnega programa EU Horizon 2020, se je pričel izvajati decembra 2013 in se bo zaključil novembra 2015. Cilji projekta so podaljšanje dobe aktivnosti človeka in izboljšanje kvalitete življenja ter počutja starejših. Uvodni nagovor je imel dr. Alan Walker, koordinator *InnovAge* projekta in profesor socialne gerontologije na Univerzi Sheffield. Prof. Carol Jagger je v uvodu strnjeno predstavila problematiko merjenja socialnih inovacij in posledice staranja družbe na različnih področjih.

Projekt je sestavljen iz različnih programov: *web platforma* za neformalne oskrbovalce, *iStep sistem* za preprečevanje debelosti starostnikov, dolgotrajna oskrba in gibanje ter program nastanitve, ki bo prilagojena uporabnikom, starejšim ljudem. V okviru projekta so za neformalne oskrbovalce razvijali, preizkušali in implementirali *web platformo*, ki je dostopna v 27 državah članicah in v katero je vključenih 200 končnih uporabnikov in ekspertov ter 32 uporabniških organizacij in raziskovalnih ustanov. Partnerja tega programa so italijanski

Nacionalni Inštitut za zdravje in staranje (*INR-CA*), organizacija *Eurocarers* in švedski *Family Care Competence center*. S pomočjo spletne strani www.eurocarers.com zagotavlja platforma oskrbovalcem po Evropi minimalni sklop informacij in podpora interaktivna orodja v njihovem lastnem jeziku. Platforma prav tako nudi informacije o možnih storitvah oskrbe, ki so na voljo v posameznih državah, o predlogih za oblikovanje strategij s tega področja ter o organizacijskem, finančnem ter pravnem vidiku. Platforma s številnimi orodji (z video sporočili, s forumom, z zasebnimi sporočili in s socialnimi omrežji) omogoča tudi medsebojno komunikacijo oskrbovalcev.

Program, ki ga je predstavila Verina Waiights z univerze *Open University* v Združenem Kraljestvu, je *iStep sistem* za interdisciplinarno podporo starejšim za izvajanje telesne aktivnosti. Cilj sistema je spodbujati vedenjske spremembe na čim bolj neeksluzivne načine. Opira se predvsem na družabništvo med starejšimi in mlajšimi generacijami. Osebe, vključene v program, namreč delajo skupaj, se družijo in tako dosejajo večjo fizično aktivnost kot sicer. Fizična aktivnost oseb je merljiva, saj imajo dvojice pedometre, s katerimi merijo, koliko fizične aktivnosti opravijo skupaj. Udeleženci v programu lahko potem vnesejo svojo aktivnost na *iStep* aplikacijo, spremljajo koliko aktivnosti so opravili in primerjajo svoj napredek z drugimi pari in skupinami, s čimer postopoma dosejajo serije zastavljenih ciljev.

Program dolgotrajne oskrbe in gibanja sta predstavila koordinatorja programa: Hans-Werner Wahl in Carl-Philipp Jansen z Univerze Heidelberg. Program vključuje telesno vadbo, ki jo sestavljajo različni organizacijski in metodološki pristopi. Ti ponujajo celovito

aktivnost, prilagojeno različnim ciljnim populacijam v domu za stare ljudi glede na posameznikove specifične potrebe, zmožnosti in omejitve. Program usposabljanja vključuje več metod, med drugim skupinska srečanja, ki imajo različne težavnostne stopnje glede na omejitve udeležencev, skupinski trening za bolnike z vedenjskimi motnjami in posebna individualna usposabljanja močno prizadetih oseb, ki uporabljajo pristop resnih iger. Usposabljanje ima namen izboljšati glavne motorične funkcije in varnost gibanja starejših ter njihove psiho-socialne veščine.

Jonas E. Andersson iz švedske agencije za vključevanje je arhitekt, usmerjen predvsem v prostorsko načrtovanje za starejše onemogle osebe, na konferenci pa je predstavil program

nastanitve, ki je prilagojena starejšim ljudem. Namen tega programa v okviru projekta *InnovAge* so razvoj, prikaz in evalvacija prototipa novega IKT orodja – mobilne aplikacije, ki seniorjem omogoča, da primerjajo in evalvirajo možnosti domače nastanitve upoštevajoč aspekt dostopnosti. Aplikacija je razvila orodje za zaznavanje problemov dostopnosti v hiši starejšega človeka in njeni okolici glede na njegove individualne funkcionalne sposobnosti.

Na konferenci so bile tudi debatne skupine na temo specifičnih izzivov in implementacij socialnih inovacij v Srednji in Vzhodni Evropi, upoštevajoč zmožnosti posameznih držav, lokalnega in mednarodnega okolja, tako na ravni javnih kot zasebnih in prostovoljskih organizacij.

Ana Vujović

INTERVJU

Branko Škrajnar ter Jože Ramovš, Veronika Mravljak Andoljšek in Tina Lipar¹

Štiri desetletja izkušenj s skupinami

Ključne besede: skupina, zdravljenje alkoholizma, klub zdravljenih alkoholikov, socialno urejanje, kakovostno staranje, opora v onemoglosti

AVTORJI: *Branko Škrajnar* je upokojen radijski tehnik Radia Slovenija. Od glasbene šole v rodnem Ljutomeru je vse življenje povezan z glasbo. Pred štiridesetimi leti se je pri zdravljenju alkoholizma srečal z zdravilno močjo dobre skupine, v naslednjih letih pa zlasti z blagodejnim vplivom skupine na osebnostno rast in na zorenje medčloveškega sožitja v skupini pri pokojnem dr. Janezu Klojučarju. Tam je prisvojil zdrav življenjski slog hoje, teka in kolesarjenja, branja in pisanja, sodelovanja na kulturnih prireditvah ter prijateljske povezanosti v skupini, ki s svojo solidarnostjo zdrži vse ovire starostnega pešanja. S svojimi bogatimi skupinskimi izkušnjami zadnja leta vodi učne skupine za preprečevanje padcev in druge skupine za kakovostno staranje in lepše sožitje.

Dr. Jože Ramovš je antropolog in socialni delavec. Diplomiral je s področja skupine in skupinskega dela. Več kot štiri desetletja dela z različnimi terapevtskimi, preventivnimi, vzgojnimi in drugimi skupinami v praksi, ob tem pa področje skupin in skupinskega dela raziskuje ter o njem predava in publicira.

Veronika Mravljak Andoljšek je profesorica slovenščine in sociologije. Na Inštitutu Antona Trstenjaka sodeluje predvsem pri izvajanju projekta Staranje brez nasilja in pri lektoriranju.

Tina Lipar je diplomirana medicinska sestra in strokovna sodelavka na Inštitutu Antona Trstenjaka, kjer sodeluje predvsem pri izvajanju programov za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni in pri pripravi revije *Kakovostna starost*.

ŽIVLJENJE Z GLASBO

KAKOVOSTNA STAROST: Gospod Branko, preden se začnemo pogovarjati o skupinah, v katerih ste sodelovali in danes delate, je dobro, da bralcem revije *Kakovostna starost* poveste, kdo ste, kje ste začeli svojo življenjsko pot, to ali ono o svojem otroštvu, šolanju ...

¹ Jože Ramovš, Veronika Mravljak Andoljšek in Tina Lipar, ki so kot sodelavci revije imeli pogovor z Brankom Škrajnarjem, nastopajo v besedilu intervjuja pod skupnim nazivom *Kakovostna starost*.

ŠKRAJNAR: Rodil sem se v Ljutomeru, staršema, ki sta ravnokar prišla iz izgnanstva iz Ljubljane. Med vojno sta namreč bila v Ljubljani. Živeli so v Rožni dolini pri prijateljevi družini. V Ljubljani se je leta 1941 rodil moj brat, leta 1944 pa sestri dvojčici. Za mamó je bilo begunstvo med vojno kar zahtevno, saj je imela tri majhne otroke. Jaz sem se rodil leta 1946, ko smo se vrnilí domov v Ljutomer. Tako pravim, da sem otrok osvoboditve.

KAKOVOSTNA STAROST: Se pravi, da sta bila starša štajerska begunca pred nacizmom in prisilnim izseljevanjem ljudi.

ŠKRAJNAR: Ja. Zbežala sta iz Radgone, kjer sta imela slaščičarno. Bila je tik pred mostom, na meji z Avstrijo. Ko so čez Muro prišli vojaki, so rekli, da imata štiri ure časa, da pobereta tisto, kar imata, in so ju odpeljali. V Zagrebu je oče po naključju izvedel, da gre en vlak v Srbijo, drugi pa proti Ljubljani. Uspelo jima je vstopiti in se odpeljati v Ljubljano, kjer je mama imela brata. Po takem naključju sta leta 1941 pristala v Ljubljani. Mlad par, še brez otrok in brez vsega. Oče je potem nekaj delal pri Šumiju, s triciklom je razvažal izdelke. Tako je bilo nekaj dohodka, sicer pa je med vojno šlo samo za preživetje.

Doma v Ljutomeru smo imeli slaščičarno in lectarijo. Oče je bil slaščičar kakor njegov oče. Tam sem preživel prvih osemnajst let.

KAKOVOSTNA STAROST: Lectovi srčki, ki krasijo tudi te prostore za srečanja skupin, so torej dediščina Vašega dedka.

ŠKRAJNAR: Ja, od njega izhaja znanje, kako se delajo. Ded je bil iz Novega mesta. Tako sem jaz eno četrtno Dolenjec.

KAKOVOSTNA STAROST: Kakšne spomine na mladost in rojstni kraj nam boste še zaupali?

ŠKRAJNAR: Ljutomer je bil do leta 1980 središče Prlekije. V njem se je odvijalo veliko kulturnih zadev. Že v stari Jugoslaviji so imeli majhen komorni orkester. Ljutomer je dal kar nekaj dobrih glasbenikov. Bil je naval na glasbeno šolanje. Vsi smo hodili v glasbeno šolo in k telovadbi pri »partizanu«.

Tam sem se torej srečal z glasbo. Od šestega do osemnajstega leta sem igral najprej na harmoniko, potem na flavto. Flavto sem igral skupaj s saksofonom. Skratka, v Ljutomeru sem preživel lepo mladostno življenje. Bili smo na vasi in hkrati v majhnem mestecu, ki je imelo svoj kulturni utrip. V glasbeni šoli smo imeli mladinski in harmonikaški orkester. Veliko smo nastopali. Nekaj smo se naučili.

V šolo sem šel s šestimi leti. Ko sem bil star štirinajst let, sem končal osemletko. Potem sem šel v uk. Doma v slaščičarni nisem hotel biti, ker sem rekel, da ne bom delal vsak dan od jutra do večera, sobote, nedelje in praznike. Sem pa bil radioamater, tako da sem šel v uk v Mursko Soboto za radiomehanika, kar je moj prvi, osnovni poklic. To sem s sedemnajstim letom končal. Vajeniška šola je bila v Mariboru. Devet mesecev sem bil v delavnici, tri pa v šoli. Ta sistem je bil dober, po mojem mnenju boljši kakor sedanjí. Smo se naučili praktično delati. Kot vajenec si najprej dobil metlo v roke, potem pa drugo, kolikor si bil sposoben.

Pri sedemnajstih letih sem naredil pomočniški izpit in od takrat sem bil vseskozi zaposlen, razen v obdobju vojaščine. Tako sem se pri devetindesetih letih upokojil. Imel sem štirideset let delovne dobe.

Mi smo bili ena prvih generacij, ki so šle z osemnajstimi leti v vojsko. Bil sem v vojaški šoli v Kragujevcu, potem pa sem vojaščino prebivakiral v pisarni brez pravega dela.

Ko sem prišel od vojakov, sem bil brez službe. Nazaj nisem mogel, ker je mojster imel tak sistem, da je vsako leto vzel enega vajenca. Z njim je imel najmanj stroškov. Od septembra do januarja sem bil brez službe. Ukvarjal sem se bolj z glasbo.

Potem sem po naključju prišel v Ljubljano na RTV. Mamin znanec, ki je hodil na grob svojih staršev v Ljutomeru, se je ustavil v slaščičarni in so se pogovarjali. V službi je bil v propagandi na RTV. Rekel mi je, da bo malo povprašal za službo. Dobil sem povabilo, naj pridem. Potrebovali so študijske tehnike in začel sem kot asistent. Pojavila se je možnost, da sem delal šolo, in končal sem srednjo elektro šolo na Vegovi. Pri delu sem se nekako specializiral. V zabavno glasbo nisem hotel iti, čeprav mi je bil džez zelo všeč. Pot me je potem vodila v smeri resne glasbe. Takrat je bil znan mojster Sergej Dolenc. Začel sem delati pri njem kot asistent. Ko je producent ugotovil, da poznam note, je Sergej rekel: »Saj poznaš note in bosta s producentom sama montirala glasbo.« Takrat smo vse ročno lepili. Bilo je na trakovih in kolutih, ki so se počasi vrteli, da si lahko ugotovil, kje bi bilo dobro rezati in kaj popraviti. Vse je šlo po posluhu.

Medtem je bilo moje življenje burno tja do devetindvajsetega leta. Ko sem se poročil, sem bil star štiriindvajset let, potem je bilo kakšnih pet let burnega življenja s pijačo. Takrat je prišlo to stanje tako daleč, da je bilo potrebno nekaj narediti. Žena je rekla: »Sedaj pa tako, ali izbereš družino ali ...« Hčerka Maja je bila stara dve leti, drugi in tretji otrok pa še nista bila rojena. Seveda je bilo treba nekaj narediti. Sam pravim, da sem imel srečo, da sem prišel na Polikliniko k dr. Jakopiču. Bil je zelo blag človek, kar mi je odgovarjalo.

KAKOVOSTNA STAROST: Katerega leta je to bilo?

ŠKRAJNAR: To je bilo leta 1975. Dr. Jakopič me je vprašal, če lahko zdržim brez alkohola. Seveda sem pritrdil in odšel. Ker iz tega ni bilo nič, sem se sam vrnil k njemu. Rekel mi je, da je vedel, da bom prišel nazaj. »Ja,« sem rekel, »ne gre to tako, kakor sem si zamislil.« Rekel mi je, naj grem takoj sedaj v bolnico za alkoholike na Škofljico. Odgovoril sem, da ne bo šlo, ker imam zvečer službo. Rekel je, da mi zaupa in da bom naslednje jutro na Škofljici. Tako sem prišel na Škofljico in tam preživel tri mesece. Bila je krasna jesen, to se spomnim. Tisto okolje je tudi krasno. To je pravi kraj za take stvari; da se malo umakneš in začneš urejati stvari v glavi, potem pa vse tisto, kar je tudi treba. Tam sem spoznal Marjana, s katerim sva še zdaj prijatelja in ki je v naši skupini. Bila sva tudi skupaj odpuščena v začetku januarja 1976. Seveda, takrat je bila navada, da si takoj šel v klub zdravljenih alkoholikov, to je bilo pravilo.

Takrat je bilo v družbi neko vzdušje za zdravljenje alkoholizma. Nek pogum, ki ga je ustvaril dr. Janez Rugelj. V ustanovah in podjetjih je bilo za to veliko razumevanja, povsod so podpirali odhod na zdravljenje. Seveda ne vsi, večinoma pa. Če bi se nadaljevalo s takim tempom, danes ne bi nihče več prekomerno pil.

KAKOVOSTNA STAROST: *Se pravi, da bi bil velik del te bolezni ozdravljen, če bi šlo tako naprej. Vsekakor je pri Vas dobro uspelo.*

ŠKRAJNAR: Potem je bilo spet srečno naključje, da sva oba z Marjanom prišla v klub zdravljenih alkoholikov – KZA Stara Ljubljana, ker sva stanovala v občini Ljubljana Center. Klub je vodila socialna delavka Zdenka Bevc.

KAKOVOSTNA STAROST: *Takrat je kar veliko socialnih delavcev vodilo klube zdravljenih alkoholikov. V Ljubljani je bil najdejavnejši Center za socialno delo Bežigrad. Bevčeva je bila socialna delavka v centru na Resljevi, kjer je tudi deloval klub.*

ŠKRAJNAR: Srečanja kluba smo nekaj časa imeli tukaj na Resljevi, kjer je vrtec. Tako že več kot pol življenja hodim v skupine na Resljevo, še sedaj hodim z veseljem.

SKUPINE ZDRAVIJO IN UČIJO ŽIVETI

KAKOVOSTNA STAROST: *Gospod Branko, od leta 1975, ko ste začeli v terapevtskih skupinah na Škofljici, nadaljevali v klubu zdravljenih alkoholikov in nato v vseh drugih skupinah do danes, imate letos ravno štirideset let izkušenj s skupinami. Kaj Vas je pritegnilo in zadržalo v začetku, da niste odstopili?*

ŠKRAJNAR: Zdenka je v klubu imela tak mil pristop, kakor ga je prej imel dr. Jakopič v terapevtski skupini. Izgleda, da mi je to odgovarjalo. Enim pa je bolj odgovarjal dr. Rugelj, pri katerem je bilo vse določeno: tek, branje knjig, študij ...

Ko sem prišel k Zdenki v klub, sem začel spoznavati, zakaj je skupina potrebna in kako deluje. To je trajalo kar nekaj časa. Človek se mora v skupino najprej vživeti, da sploh spozna njen smisel. V sebi mora razčistiti ogromno stvari – tega ne more sam brez skupine, seveda pa tudi skupina ne more namesto njega. Uvidi, da gre zanj; da je to, kar delajo v skupini, prav zanj. Skupina je pomoč, je kot bergla pri zlomljeni nogi. Žena lahko pomaga pri urejanju življenja; delati morata oba, vsak zase in oba skupaj, ampak če sta sama dva, kaj hitro pride do nesoglasja. Skupina pa vedno pomaga, da se nesoglasje malo razporedi in reši. Težava se v skupini takoj omili.

Zdenka je bila pri vodenju kluba krasna. Kot socialna delavka je imela znanje za delo z ljudmi. Kako terapevt ali voditelj vodi skupino, verjetno zelo vpliva na odnose v njej in na odnose članov zunaj skupine.

V klubu nas je bilo leta 1976 tudi petintrideset. Prihajali so vsi iz bolnice, ker so bili poslani in so morali iti v klub, tako kakor sem moral tudi jaz v začetku. Veliko jih je čez par mesecev odnehalo. Kdor ne sprevidi, da skupino potrebuje, če hoče urediti svoje življenje in odnose, se sam izloči. Če je skupina zdrava in dobro dela, sama prečisti tiste, ki se ne urejajo; brez besed, nobenega ni bilo potrebno nagnati.

Tako smo z Zdenko nekaj let dobro sodelovali. Ona se je vseskozi hotela učiti in tako je prišla v stik z dr. Janezom Klobučarjem. Pripeljala ga je v našo skupino in nekaj časa sta bila v klubu dva terapevta. To pa ni šlo in Zdenka se je odločila, da bo prenehala. Tudi Janez je racionaliziral svoj čas in združil naš klub s svojim klubom Tabor. Tako je iz dveh skupin nastala ena. Tudi imeni smo združili v KZA Tabor - Stara Ljubljana.

KAKOVOSTNA STAROST: *Kdaj je to bilo?*

ŠKRAJNAR: To je bilo leta 1984.

Janez je v svojem klubu imel »osemletko življenja« – usposabljanje za kakovostno življenje. Oni so jo že skoraj zaključevali, zato smo bili kar malo v skrbeh, da so boljši in da so bolj napredovali. Janez pa je bil velik mojster v tem, da ni nikoli niti povzdigoval glasu niti nikogar zaničeval. Vsi smo bili enaki. Poudarjal je: »Vsi ste moji, vsi ste enaki, nobeden ni nič manj vreden.« Ta njegov odnos do skupine in do vsakega od nas je pustil velik pečat na vseh.

KAKOVOSTNA STAROST: *Združiti dve skupini, ki sta vsaka posebej že daleč v svojem razvoju, je res zelo težko. Dr. Klobučarju je to uspelo. Bi lahko obudili spomine nanj in nam jih zaupali, saj sta potem zelo dobro sodelovala vse do njegove smrti.*

ŠKRAJNAR: Spoznavati sem ga začel v skupini. Bil je miren človek, zelo spoštovan. Normalno, da terapevt gledaš kot učitelja. Ampak to je za začetek, za stalno pa ta odnos ni. Janez je imel tako mil, lep pristop do nas, da se je kar spontano spreminjala tudi njegova vloga v skupini. Vedel je, da je treba ljudem, ki so se izklopali iz alkohola, dati nekaj več. Morajo rasti in odrasti. Poleg tedenskih skupinskih srečanj smo imeli tudi razna druga srečanja, npr. novoletna. Takrat sem videl, kako je igral harmoniko, in spoznal, da je tudi glasbenik. Ko je delal vikend nad Polhovim Gradcem, sem ga spoznaval tudi s te, življenjske plati, saj je znal tudi zidati, kipariti, slikati in pisati pesmi.

KAKOVOSTNA STAROST: *Na tej umetniški ravni sta se ujela. Z njim ste tudi veliko pisali in izdajali.*

ŠKRAJNAR: Njegov klub je prej imel svojo revijo Taborci, po združitvi smo začeli sodelovati tudi mi. To je bila interna revija z našimi in Janezovimi prispevki. Kar je napisal, je bilo kleno. Njemu je res vse uspelo, česar se je lotil, od zidanja, pisanja, igranja na inštrumente do kiparstva. Iz marmorja je klesal čudovite kipe. Kot terapevt je znal pomagati, nato pa voditi skupino k zrelosti. Ko se je naš klub združil z njegovim, smo ga hitro imeli za svojega. Tudi zunaj skupine smo se lepo ujeli z njim in med seboj.

KAKOVOSTNA STAROST: *Posebnost Vaše skupine je bila njegova osemletka za kakovostno življenje. To ni bila več terapevtska skupina, saj ste imeli začetno terapijo že vsi daleč za seboj. Kaj je to bilo?*

ŠKRAJNAR: Janez je rekel, da delamo osemletko za življenje, za življenjsko zrelost. Osnovna terapija glede pitja in urejanja razmer med partnerji je bila mimo. Potrebno je bilo iti naprej. Janez je imel program tem in razne dejavnosti, kjer smo bili samostojni. Hodili smo na skupne izlete, Janez je bil samo nekajkrat z nami. Izleti skupino sproščajo in ljudi zbližujejo. Pisali smo prispevke na različne teme. Vsak je napisal svoj avtoportret, drugi pa odmeve nanj (*Kako te vidim?*). Pisali smo si pisma: jaz tebi, ti meni. Razmišljali in pisali smo o smislu življenja, o smislu naše nadaljnje poti (*Kaj sem se naučil v desetih letih? Kako naprej?*). Izdajali smo revijo Taborci, v kateri smo te prispevke objavljali.

Ko se je osemletka za življenje končala, je Janez vzel eno leto pavze. Poslovil se je. Rekel je, da če hočemo, naj nadaljujemo sami kot skupina, on eno leto ne bo nič sodeloval, razen če bi kdo bil v stiski, mu je vedno na razpolago; če se bomo srečevali, ga lahko po enem letu pokličemo in bo prišel na srečanje.

KAKOVOSTNA STAROST: Ostali ste torej sami, skupina brez voditelja, klub zdravljenih alkoholikov brez terapevta.

ŠKRAJNAR: Že na Škofljici sem spoznal, da so se vsi zelo zahvaljevali terapevtu in ga hvalili. Meni je bilo to v redu, da se lahko nekomu zahvališ, ker je nekaj dobrega naredil. Ne smeš pa ostati nesamostojen, odvisen od terapevta. To ni v redu, ker konec koncev terapevt umre in si izgubljen. Ne smeš se tako navezati na človeka, ki te vodi. Ko je Janez naredil ta moratorij, sem rekel, da se bomo naprej srečevali in da se moramo naučiti živeti brez njega. Ne more biti naš bog niti naša bergla. To je mogoče bil tudi njegov namen, ne vem. Nisva o tem nikoli govorila. Mi smo se potem po počitnicah kot vedno zbrali na Metelkovi. Ne vsi, nekaj jih je skupino zapustilo. Eden od kolegov, ki je bil potem zelo aktiven, se je že poslovil, pa je prišel nazaj. Tisto leto smo nekako preživeli; srečevali smo se redno in pogovarjali smo se. Janez je tako ali tako vedel, kaj se dogaja, ker je bila ena od naših članic njegova sosedka.

KAKOVOSTNA STAROST: Ste tisto leto vsi ostali v skupini ali so še kaj odhajali?

ŠKRAJNAR: Skupina je ostala homogena, kakršna je bila, ne spomnim se, da bi še kdo odšel.

KAKOVOSTNA STAROST: To je bilo tam nekje proti koncu osemdesetih let. Takrat smo na socialnem področju tudi strokovno ugotavljali, kako je terapevtske skupine potrebno osamosvajati. Ksenija Ramovš je leta 1984 začela s prijateljskimi skupinami. V svojem velikem klubu zdravljenih alkoholikov jih je eno leto pripravljala, da je iz njega nastalo pet prijateljskih skupin po kake tri, štiri pare in kak samski. Te skupine so tudi ves čas delovale samostojno in zelo kakovostno. Enkrat letno pa so se člani vseh skupin srečali z njo. To so bila plodna leta pri razvoju terapevtskih in drugih skupin na principu samopomoči, odkrit je bil prehod v samostojne, prijateljske skupine.

ŠKRAJNAR: Ko se je to dogajalo v našem klubu, sem bil predsednik skupine. Zdelo se mi je nekako normalno, skoraj dolžnost, da delamo naprej samostojno, čeprav nismo vedeli, koliko nas bo prišlo.

KAKOVOSTNA STAROST: Kako je potem Janez prišel nazaj? Kako ste po tistem sodelovali v skupini?

ŠKRAJNAR: Janez je prišel in rekel: »Vidim, da znate živeti. Sem vas vseeno nekaj naučil. Saj znate preživeti.« Od takrat, ko je nazaj prišel, je začel s svojimi predavanji. Šlo je za višjo kvaliteto življenja, kot je poudaril; iz osemletke smo prešli na višjo stopnjo. Njegova predavanja so bila življenjska. Mi smo jih poslušali, vsak je zase vzel tisto, kar mu je ugajalo, ni pa bilo pogovora o njih. Razmišljal sem, zakaj je Janez takrat samo predaval.

KAKOVOSTNA STAROST: To je bilo zadnje obdobje njegovega življenja. Morda so predavanja v skupini bila njegov labodji spev, ko je hotel povedati še tisto, kar ni še nikoli. Vse to ste potem zbrali in izdali v knjigi Učili smo se živeti drugače.

ŠKRAJNAR: Po dvajsetih letih delovanja skupine smo izdali almanah z naslovom Učili smo se živeti drugače. V njej so zbrani naši zapisi in Janezovo delo s skupino od osemletke naprej. Vsa leta smo za Taborce pisali svoje prispevke, ki jih je urejala Danica Cedilnik, mož Marjan pa tehnično. Pri pripravi knjige so veliko delale Zdenka Stopar, ki je bila novinarka na Radiu Celje, Mara Tonja in moja žena. Od februarja do maja smo skoraj vsako nedeljo z Janezom hodili na njegov vikend; tam smo brali, izbirali prispevke in pripravljali knjigo. Veliko in lepo delo so opravili. Jaz sem jih zjutraj pripeljal, potem pa sem s psom hodil okrog po hribih.

Ta knjiga po sklopih lepo pokaže, kaj smo počeli in kako smo delali. Naslovi poglavij (Odločitev, Težave, Učenje in spreminjanje, Družinska ura, Spoznanja, Smisel, Razpoloženja, Spomini na otroštvo, Odraščali so z nami, Žena – mati, Pisma, Portreti, Zaključne naloge, In memoriam, Potopisi, Kaj mi polepša dan in Humor) govorijo, kaj vse je v njej. Vsak sklop knjige ima Janezov nagovor.

Veseli je ob svečani predstavitvi almanaha se še ni dobro poleglo, ko se nam je za trenutek ustavil čas. V nedeljo, 27. julija 1997, je naš terapevt, prijatelj in učitelj dr. Janez Klobučar nepričakovano umrl.

Po njegovi smrti smo se naprej srečevali v skupini.

KAKOVOSTNA STAROST: Pravite, da Vam je dr. Klobučar odgovarjal, ker je v skupini delal tako mehko, njegov kolega dr. Rugelj pa bolj trdo.

ŠKRAJNAR: Ja. Saj je bil tudi dr. Klobučar odločen. Vedno je vedel, kaj je treba doseči, da bomo člani skupine napredovali. V terapevtski skupini mora biti odločnost, še posebej v začetku, mora biti neka prisila. Takrat sam ne moreš, v glavi ti ni jasno, za kaj se gre, sam nimaš dovolj moči. Veš samo, da moraš nehati piti. Vse drugo je novo in ne vidiš, čemu je vse to treba, zato mora biti določena prisila in disciplina. Potem pa začneš razmišljati s svojo glavo. Janez je imel veliko osebno avtoriteto in spoštovanje. Nikoli se ni hudoval, če nisi nekaj napisal, kar bi moral, vedno je vprašal, zakaj nisi napisal. Ker smo hoteli napredovati, je to pomagalo, da si prej ali slej prišel do spoznanja, kakšna škoda je, če ne narediš tega, kar ti pomaga rasti. Janez je bil v sebi zelo trden in imel je izreden občutek za človeka, zato mu ni bilo potrebno nič siliti. Ponudil je možnost, ti pa vzameš ali ne.

KAKOVOSTNA STAROST: Janez je zelo slabo videl, zaradi tega je bil invalidsko upokojen, pa je vseeno slikal in delal razne druge fine stvari. Bil je tudi zobozdravnik. Spomnim se, da sem k njemu peljal Trstenjaka. Obrusil je zob in vpričo naju napravil zlato prevleko, vse sam. Bil je napol slep, da je zelo težko bral, zobe pa je vrtal natančno. Trstenjak je potem rekel: »Nikdar mi še noben zobozdravnik ni vrtal zob s tako nežnim občutkom kakor dr. Klobučar.« Z zlatom je rad delal, svojo pesniško zbirko Nemir snovi je na naslovnici opremil s čudovito kapljico raztopljenega zlata. Res je bil človek z vsestransko intuicijo, z umetniškim čutom, z velikim čutom za delo z ljudmi in z materialom.

ŠKRAJNAR: Tudi meni je zobe popravljaj. Vsem nam jih je. Tudi samemu sebi je zobe popravljaj. Sedaj bi rekli, da je noro, kaj je vse počel. In ta njegov vid. Videl je samo nekako sokolje. Zelo ostro je videl samo na sredini slike en žarek, drugo pa vse motno. Z lahkoto je slikal, tudi če ni videl. Imel je tak občutek. V hiši in vikendu je imel stene in strope poslikane s tistimi velikimi slikami o življenju. Pa tiste natančne intarzije iz lesa ...

KAKOVOSTNA STAROST: V skupini ste imeli različne dejavnosti, ki so Vam pomagale k osebni rasti in učenju lepšega sožitja, npr. pohode v hribe. Katera od teh dejavnosti Vam je bolj pomagala ali več pomenila?

ŠKRAJNAR: Absolutno hoja. Dosti sem hodil v hribe, slovensko transverzalo sem dvakrat prehodil.

KAKOVOSTNA STAROST: Slovenske hribe torej dobro poznate od majhnih gričev preko srednjih hribov do najvišjih gora.

ŠKRAJNAR: Poznam. Skoraj je ni gore, da ne bi bil na njej. Imam pa še nekaj na duši. Na Peci še nisem bil. Sem si že rekel, da to še moram narediti, na Peco moram iti.

Kaj mi je to pomenilo? Sem dinamičen tip, vedno v pogonu, zato mi pohodi, doživetja v hribih in družba pri hoji zelo ustrezajo.

Štejem si v čast, da sem tudi otroke navadil na hribe. Veliko smo hodili skupaj; od Tininega prvega rojstnega dneva pa do njenega petnajstega leta redno. Tina je naša najmlajša hči, ki ima sedaj petintrideset let, najstarejša ima petinštirideset let, ena je pa vmes. RTV je na Planini pod Golico imela dom. Vsako leto smo šli gor na počitnice.

Pred leti so mi punce za novo leto dale koledar z našimi planinskimi slikami in so mi zadaj napisale: »Hvala, oči, da si nam pokazal lepote naših planin.« To je pa posebna čast. Taka zahvala ti da vedeti, da si v življenju nekaj naredil.

KAKOVOSTNA STAROST: Vaše hčere so torej vzljubile našo deželo skozi lepote planin. Vi ste pa tudi tekli.

ŠKRAJNAR: V planinskem društvu nas je eden nagovoril, da smo šli na Tek trojk okoli Ljubljane. Leta 1973 sem šel prvič, pretekel sem osemindvajset kilometrov. Ko sem prišel na cilj, sem rekel, da nikoli več, ampak smo drugo leto spet šli. Lahko rečem, da sem bil na Teku trojk štiridesetkrat, osemnajstkrat na malem maratonu, ostalo sem tekel na deset kilometrov. Te tradicije se v našem planinskem društvu še kar držimo. Sedaj zmeraj težje dobim tekače, sebi primerne seveda.

Prej sem tekel občasno, za te nastope. Ko sem prišel s Škofljice, pa sem začel redno teči. To mi je veliko pomagalo, ker sem štiri do pet ur delal v studiu, tam pa sta umetna svetloba in umeten zrak. Ko sem prišel domov, sem šel na Golovec, tam sem se sprostil in prezračil. Noge tečejo, ti pa kaj misliš ali pa tudi ne. Ja, tek mi je veliko pomagal v življenju. Tek mi je bil ravno zato, ker sem bil v taki službi, velika sprostitev.

Po upokojitvi je težje, ker sem imel poškodbo gležnja, ampak še vedno gre. Letos bo dvajseti Ljubljanski maraton, na vseh sem bil. Petintrideset nas je, ki smo bili na vseh. Zadnji dve leti sem tekel na deset kilometrov, ker zaradi noge več ne morem.

KAKOVOSTNA STAROST: Kaj še delate za svoje zdravje in svežino?

ŠKRAJNAR: Sedaj več kolesarim. Začel sem pred enim letom, ker mi je fizioterapevtka odsvetovala tek. Rekla je, da vidi, da sem tak adrenalinski, zato mi predlaga kolesarjenje. Lansko leto sem začel kolesariti, letos pa sem šel na Maraton Franja. Sicer sem letos s kolesom prevozil vse vrhove okrog Ljubljane – to je pot, za katero dobiš knjižico in po njej delaš. Na Lipoglav sem šel tridesetkrat, do tam imam od doma točno dvajset kilometrov. Rekreativna, pravim, je nujno potrebna, seveda sebi primerna in po pameti.

KAKOVOSTNA STAROST: Prej ste omenili, da bi radi prehodili Peco.

ŠKRAJNAR: Ja, kralj Matjaž me stalno vabi, pa saj me bo počakal tam. Ne bo pobe-gnil. Sicer me tam mika še marsikaj, npr. kolesarjenje po Rogli.

KAKOVOSTNA STAROST: Ste tudi ljubitelj knjig. V skupinah ste veliko brali, sodelujete tudi pri Trstenjakovih uricah. Kaj Vam pa knjiga daje?

ŠKRAJNAR: Jaz sem bil bolj kampanjski bralec. Sem bral in potem spet ne. Ravno Trstenjakove urice so mi dale to, da sem vsak mesec prebral dogovorjeno knjigo. Vsa štiri leta, kar sem hodil, smo brali krasne knjige, recimo knjige Maje Haderlap. Ta mi je bila zelo všeč, ker me tudi zgodovina zanima, posebej koroška zgodovina. Lepo je prikazala način življenja.

Že prej sem dosti bral, recimo Kocbeka. Že zaradi tega, ker je bil rojak z Vidma. Njegovo življenje je bilo kruto. Bil je velik mislec, pošten človek, pa so ga po vojni uničili. O tem lepo piše v monografiji In stoletje bo zardelo. Ob tej knjigi začneš razmišljati, kakšni časi so to bili, da so z ljudmi delali tako nepošteno.

Kaj mi dajo knjige? Tisto, kar me zanima, izvem in o tem premišlujem. Razmišljam o tistem času, ko se zgodba dogaja; o pisatelju, kaj je hotel s tem povedati; uživam v lepoti jezika. Vsaka knjiga lahko nekaj da ob svojem času. Recimo, ko sem bil star dvanajst, trinajst let, sem bral Karla Maya, takrat smo ga »požirali« in fantazirali. Pred leti sem si rekel, da grem še enkrat to brat, da vidim, kako bom sedaj doživljal knjigo. Nič, brez zveze. Zanimivo, kako spremeniš v določenem obdobju odnos do določene knjige.

KAKOVOSTNA STAROST: Razvijajo se naši možgani in dobivamo vedno nove življenjske izkušnje, tudi beremo in smo v skupinah zato, da človeško zorimo. Z dr. Klobučarjem ste organizirali marsikatero prireditve, pri kateri ste bili glavni organizator. Kaj so Vam pomenile te prireditve?

ŠKRAJNAR: Zadnjič sem gledal eno kaseto, ki sem jo posnel. V garaži je bila snemana za novo leto. Marjan Cedilnik in Bregar sta tam improvizirala en skeč. Potem razmišljam, da to ni bilo čisto nič pripravljeno, ampak sta bila tako dobra. Tako sem se nasmejal po toliko letih! Če bi tisto uredil, bi bilo lahko za nacionalno televizijo.

Za novo leto smo zmeraj imeli kako predstavo. Enkrat smo imeli *Večer na vasi*. To je spevoigra, ki jo je Ljuba Prenner po vojni napisala v zaporu v Škofji Loki ali v Rajhenburgu. To vem zato, ker je naša Mara Tonja bila z njo in nam je to igro posredovala. Mi

smo jo potem z Marjanom Cedilnikom uglasbili in naredili spremljavo na harmoniko. Marsikaj smo počeli, res je bilo dobro.

V Vedrini smo dvakrat imeli literarni večer. Janez je predstavil svoje pesmi. Zelo rad je tudi harmoniko raztegnil. Nanj imam tudi tale lep spomin. Posnel je kaseto o svojem življenju. Tam pripoveduje o svojem igranju na harmoniko od začetka v partizanih. Govori o svojem odnosu do glasbe. Koliko mu je pomenila, čeprav ni bil glasbeno izobražen. Zelo pri srcu mu je bila violina. Rekel je, da je violina poetičen inštrument, skozi katerega lahko izraziš svoje občutke. Janez je imel pretanjen občutek za glasbo in poseben odnos do nje. Glasbo je spoštoval. Vse kulturne dobrine, ki so razpršene okrog nas, so veličina, ki jo je znal spoštovati.

KAKOVOSTNA STAROST: Kako je bilo na zadnji prireditvi, ko ste v glasbeni šoli v Trnovem predstavili knjigo?

ŠKRAJNAR: To je bila promocija knjige. Nastopali so tisti, ki so jo napisali. Seveda so tam nastopali tudi naši otroci, najini v dveh skupinah: Špela v skupini s flavto in Tina z violino. Dva meseca po tej prireditvi je Janez umrl.

KAKOVOSTNA STAROST: Pri Vas je glasba živela tudi doma.

ŠKRAJNAR: Pri nas doma smo bili vsi glasbeniki in smo skupaj nastopali. To je bilo v obdobju, ko so otroci rasli, zelo dobro. Jaz sem igral harmoniko, žena in Tina violino, Špela flavto, Maja pa je nekajkrat nastopala s saksofonom, tako da smo kar sami prirejali koncerte. Tako smo živeli v naši družini.

KAKOVOSTNA STAROST: Ja, družina je tudi skupina – osnovna naravna skupina, ki je vse življenje pred vsemi drugimi skupinami. Vi imate štirideset let izkušenj s sodelovanjem v umetnih skupinah, prej ste pripovedovali o svojih dobrih izkušnjah v terapevtski skupini in klubu zdravljenih alkoholikov ter v skupinah s planinci, z glasbeniki, s tekači ... Že dve desetletji, vsaj od smrti dr. Klobučarja naprej, pa sami vodite skupine za kakovostno staranje in sodelujete z različnimi drugimi tovrstnimi skupinami. Morda poveste še malo o teh skupinah.

ŠKRAJNAR: Moja osnovna prijateljska skupina je Vedrina. Ta nam je postala tudi skupina za kakovostno staranje. Potem sem naredil izobraževanje za preprečevanje padcev v starosti in s sovoditeljico Damjano sva ustanovila skupino pri Društvu upokojencev Ljubljana Stari Vodmat in še eno skupino. Iz obeh skupin smo po končanem programu preprečevanja padcev naredili klub. Zdaj to teče že dve leti. Kdo iz skupine odide, kdo vanjo nanovo pride; skupina je zato, da ima človek dobro družbo. Podobno skupino za preprečevanje padcev sva potem z Alenko imela pri društvu upokojencev na Taboru.

V teh skupinah se imamo lepo. Prvih pet minut srečanja klepetamo, potem pa obvezno telovadimo. Delali smo vaje iz priročnika za preprečevanje padcev, sedaj smo tem vajam dodali še druge. Ivanka nas je naučila vaj za ramenski obroč. Po telovadbi imamo kako pogovorno temo, nazadnje smo govorili o Festivalu za tretje življenjsko obdobje. Padel je predlog, da bi drugo leto organizirano šli na ta festival;

vsak bi šel na tisto, kar ga zanima, morda bi si skupaj izbrali eno prireditev, nato pa izmenjali vtise. Za tisto hojo od stojnice do stojnice pa meni ni. Zanima me kako predavanje.

Pri mojih izkušnjah so v teh skupinah zanimive spremembe. Najprej sem bil v terapevtski skupini kot član; tam sem se učil, preoblikoval in predeloval prvo krizo. Pravim, da če prideš iz Škofljice, iz zdravljenja alkoholizma, potrebuješ čas, da se vključiš v normalno življenje. Odkrito povem, da sem potreboval sedem let, da sem začutil, da je to to. Ampak sem vztrajal. Ne gre od danes do jutri. Vsaka stvar rabi svoj čas.

KAKOVOSTNA STAROST: V teh sedmih letih ste našli samega sebe. Kaj Vam je skupina dajala teh sedem let?

ŠKRAJNAR: Skupina me je držala pokonci. Vprašanje, kako bi bilo z menoj brez skupine. Skupina mi je kazala pravo pot, v katero smer je treba iti. To je terapevtska skupina, v kateri se preoblikuješ. V njej pač sodeluješ, kolikor zmoreš; zmeraj pravim, da se učimo vse življenje. To je nujno potrebno, ker če stopaš na mestu, narediš luknjo. Potem je konec, luknja te požre. Potrebno se je zmeraj razvijati.

Potem sem prišel v skupino k dr. Klobučarju, v kateri je bilo učenje še nadgrajeno. Dobivaš večjo potrditev tistega, za kar si se odločil. Tako se osamosvajaš. Prišel sem do spoznanja, da moram sam plavati.

V naši skupini Vedrina je bilo v začetku tako, da je vsak sestanek vodil drugi član, ki je tudi pripravljal temo. Temo je predstavil, potem smo o njej debatirali. S časom pa vse nekako zbledi, se naveličaš.

Nazadnje smo prišli do tega, da smo postali čisto spontana prijateljska skupina. To se je zelo dobro obrestovalo. Celo prva terapevtka iz kluba zdravljenih alkoholikov je prišla nazaj med nas. Enkrat smo jo povabili na novoletno srečanje in malo po tistem mi je telefonirala, če lahko pride v skupino. Rekla je, da pride samo kot članica, enako kot vsi drugi. Vsi smo je bili veseli. Z njo smo sicer vsa leta obdržali stik. Čez nekaj časa nam je razkrila, zakaj se nam je pridružila. Povedala je, da se je upokojila in da je hčeri pomagala gospodinjiti. Vključila se je v društvo upokojencev, hodila je na družabna srečanja, igrala je v amaterskem gledališču, skratka bila je aktivna na več področjih. Vse to je ni zadovoljevalo, zato je prišla nazaj med nas, kjer smo vsi učitelji in vsi učenci. To je bila zame potrditev, da skupina dobro dela in da smo na pravi poti, na poti učenja za kakovostno starost.

Zdenkin prihod je bil kar poživitev za našo prijateljsko skupino Vedrina. V njej je bil vedno glavni poudarek na prijateljstvu. Zdenka nam je kot socialna delavka o tem področju marsikaj povedala.

Tema za pogovor se v prijateljski skupini odpre kar sama. Nekdo začne o nečem govoriti in izkušnje drugih se vrstijo čisto spontano. Že dolgo nimamo določene teme za srečanje. Doma malo pomislim, kam bi lahko usmerili pogovor. Potem pa imamo že na začetku, ko si pripovedujemo, kako komu gre, ko kdo pove kako lepo doživetje ali pa težavo, temo za pogovor. V taki skupini se dogaja kar samo od sebe.

SKUPINA – SPREMLJEVALKA ČLOVEKOVEGA STAROSTNEGA PEŠANJA

KAKOVOSTNA STAROST: Vaša prijateljska skupina se je razvila iz kluba zdravljenih alkoholikov, potem je prešla v prijateljsko skupino za kakovostno staranje, ki jih razvija Inštitut Antona Trstenjaka. Kako se je zgodil ta prehod?

ŠKRAJNAR: Po Klobučarjevi smrti smo se jeseni zbrali v zdravstvenem domu na Metelkovi, kjer smo prej imeli srečanja naše skupine. Bilo nas je dvanajst. Sklenili smo, da ostanemo skupaj kot *Učenci dr. Janeza Klobučarja*. Imeli smo problem s prostorom, ker so takrat na Metelkovi šli v zasebne ambulante in so preurejali prostore. Bili smo tako rekoč na cesti.

Pod streho nas je kot samostojno skupino sprejel Inštitut Antona Trstenjaka, tu smo imeli prostor in sestanke na dva tedna. Na Inštitutu se zbiramo od leta 1998. Tudi to je pripomoglo, da je skupina še sedaj taka, kot je.

KAKOVOSTNA STAROST: Da je Inštitut sprejel skupino, je razumljivo, saj se v teh prostorih srečujejo tudi različne druge skupine, nekatere povsem samostojne, npr. anonimni alkoholiki, druge organizira Inštitut po svojih programih za kakovostno staranje.

ŠKRAJNAR: Za našo skupino je bilo leto 2002 katastrofalno, umrlo nam je šest ljudi. To je bila huda kriza skupine. Potem nas je leta 2003 direktorica Inštituta Ksenija Ramovš povabila, da bi se pridružili Medgeneracijskemu društvu za kakovostno starost. Bil sem malo skeptičen, kako bo skupina to sprejela. Sam sem razmišljal, da se človek uči vse življenje in da nam je sedaj ponujena roka, da se lahko učimo in pripravimo za kakovostno starost.

Lahko rečem, da smo točno to potrebovali. Nekaj naših članov je že imelo izkušnje s starejšimi, predvsem s starši, in vsako znanje na tem področju je bilo dobrodošlo. Nikoli nisi prestar za učenje, sploh pa ne za socialno učenje in za urjenje za lepše sožitje. Člani naše skupine so to spremembo sprejeli zelo pozitivno. Takrat smo spet spremenili ime skupine, od tedaj se imenujemo *Vedrina*.

Kot voditelj sem se vključil v intervizijsko skupino *Modrina*. V njej se mesečno srečujejo voditelji petih skupin, ki je vsaka zase posebna in drugačna. Ravno na teh srečanjih so se mi pričela odpirati spoznanja o starostnikih, o njihovih težavah, o njihovem življenju in doživljanju.

KAKOVOSTNA STAROST: Zdaj je že več kakor deset let, odkar ste zavestno šli v to, da je Vaša prijateljska skupina postala skupina za kakovostno staranje, najprej Vaših staršev in svojcev, potem sebe. Ali imate že tudi kaj izkušenj s tem, ko člani skupine zaradi starosti ali bolezni pešajo? Jaz sem to od daleč malo spremljal in zelo občudoval, kako ste kot skupina vsakega, ki je pešal, spremljali. Ko je nekdo umrl, ste se potem o njem pogovarjali, na primer o Janezu ...

ŠKRAJNAR: Teh izkušenj imamo veliko. Kot sem rekel, nam je leta 1997 nenadoma umrl voditelj dr. Klobučar, čez par let pa več članov skupine, tudi tisti, ki so bili v njej čisto od začetka; bili smo zelo povezani, imeli smo delovne akcije pri njih, ko so gradili

hiše idr.; eden se je ponesrečil z letalom. Skratka, smrt članov je za prijateljsko skupino tako hud udarec, da se hujšega ne da misliti. Za vsakega smo v skupini imeli »memoriam« – spominski pogovor. Vsako leto se na Janezov smrtni dan dobimo na Žalah. Pa kakšno njegovo pesem preberemo. Tudi druge naše pokojne obiščemo.

Drugo pa je spremljanje tistih, ki pešajo. Seveda je tudi to hudo. Ena od naših članic, bila je novinarka, je pešala doma pri Celju. Obiskovali smo jo tam, čeprav ni tako blizu, no, pa tudi zelo daleč ni. Ona je iz Ljubljane na starost odšla živet tja. Padla je, in čeprav se ni polomila, je pristala v domu za stare v Štorah.

Sedaj spremljamo našo Maro, ki živi sama in boleha za demenco. Zadnje čase se dosti govori o tej bolezni, tako da imam kar nekaj znanja. Pri njej vidim, kako to gre, npr. pred pol leta je po telefonu rekla, da odhaja v skupino, pa je potem ni bilo. Šla je sicer ven, samo je pozabila priti do sem. Sicer še živi sama in nekako skrbimo zanjo tako mi iz skupine kot njeni sorodniki. Jaz sem najmanj enkrat na teden pri njej. Če jo srečaš na cesti in z njo govoriš, je krasna. Ne bi mogel reči: »Ta gospa je pa dementna.« Ima svoje čisto logične fraze, nasmejana je, kot da ji nič ne manjka. V resnici pa je daleč od tega. Po mojem mnenju je kar hudo. Zaenkrat sama funkcionira, vprašanje pa je, koliko časa še bo. Zaradi bolezni tudi manj skrbi zase. Ko jo vprašam, če je kaj jedla, ne ve.

KAKOVOSTNA STAROST: Spominjam se, ko je iz skupine pešal Janez, tisti visoki, ki je bil v domu za stare ljudi na Bokalcih in ste ga vozili iz doma na srečanja skupine.

ŠKRAJNAR: To je bil prijatelj Janeza Klobučarja, sosed pri njegovem vikendu. Pridružil se nam je po Klobučarjevi smrti. Potem je pešal. Prišel je do spoznanja, da sam ne bo mogel več živeti v tistem lepem vikendu, ki je bil kot pravljica. Nekoč je po telefonu vodil bolniški avto, da je prišel ponj v tiste hribe. Prodal je vse in šel v dom. Imel je svojo sobo, opremljeno s svojimi lovskimi zadevami. Rekel je: »Kaj naj, tukaj imam zdravnika zraven; grem, kadar hočem, pridem, kadar hočem. Kaj mi pa manjka.«

Z Bokalcev je prihajal v skupino s taksijem. Včasih smo ga pripeljali mi. Jaz ga občudujem, da je prišel do spoznanja, da sam ne zmore več. Zapustil je tisto krasno hišo z milijon spominki in šel živet na Bokalce. To pa je tisto spoznanje, za katerega upam, da tudi mene kdaj doleti.

KAKOVOSTNA STAROST: Vaša skupina je bila že prej povezana z njim.

ŠKRAJNAR: Spoznali smo se, ker je bil Klobučarjev sosed. Bil je tudi lovski čuvaj. Ko smo hodili k Janezu, smo ga spoznali. Tako se nam je v starosti pridružil in našel svoj krog ljudi do konca svojega življenja.

KAKOVOSTNA STAROST: Ali lahko rečete, kaj daje taka prijateljska skupina človeku, ko peša in se pripravlja na konec življenja?

ŠKRAJNAR: Jaz imam s tem zelo dobro izkušnjo iz naše prijateljske skupine. Zdaj mi največ pomeni to, da se dobimo, da sem med ljudmi in da se razumemo, čutimo, upoštevamo. Vem, da lahko vsakemu povem, kar želim, in mi ne bo zameril. In obratno. To je tisti občutek, da smo v skupini res prijatelji. To je prijateljstvo. Da lahko Marjana sredi noči pokličem ali pa on mene, če bi se kaj zgodilo. Skupina daje človeku gotovost,

varnost in dobro počutje. To gre naprej. Tudi ko eden peša, prijateljstvo ostaja. Vsak se znajde, da pomaga, kar se da. Vsak pa tudi ve, da ima prijatelje iz skupine, ki držijo z njim in mislijo nanj, tudi če je v domu za stare ljudi.

To je tisto vodilo skupine, ki človeku kaže pravo smer in mu pomaga napredovati. Prijateljstvo je vedno veliko vredno, največ pa morda v starosti.

KA KOVOSTNA STAROST: Gospod Branko, tako lepo ste pripovedovali o svojih bogatih izkušnjah s skupinami, hvala Vam v imenu vseh bralcev revije Kakovostna starost!

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 18, Num. 3. 2015

INDEX

- 1 Scientific and expert articles** (*Znanstveni in strokovni članki*)
 - 1.1 Jože Ramovš: Deinstitutionalization in long term care (Deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe)
 - 1.2 Sunčica Stankov: Correlation of the process of ageing and personality types in geriatric population (Korelacija procesa staranja in tipa osebnosti v geriatrični populaciji)
 - 1.3 Asja Videčnik: Indicators of depression and physical activity in the Slovenian elderly population (Kazalniki depresije in telesna dejavnost pri starejših prebivalcih Slovenije)
- 2 Review of gerontological literature** (*Iz gerontološke literature*)
 - 1.1 An intruder in the family: Ksenija Ramovš (Vsiljivka v družini)
 - 1.2 The 2015 Ageing Report: Ana Vujović (Poročilo Evropske komisije za leto 2015)
 - 1.3 Age differences in online social networking: Vida Alauf (Uporaba spletnih družbenih omrežij med starejšimi in najstniki)
 - 1.4 Communication and ageing: Veronika Mravljak Andoljšek (Komunikacija in staranje)
 - 1.5 Small contributions from gerontological literature: Vida Alauf in Maja Kulovec (*Drobci iz gerontološke literature*)
 - 1.6 Events: Tina Lipar (*Dogodki*)
- 3 Glossary of gerontology and intergenerational terms** (*Gerontološko in medgeneracijsko izrazje*)
 - 3.1 Institutionalization: Jože Ramovš (Institucionalizacija)
 - 3.2 Deinstitutionalization: Jože Ramovš (Deinstitucionalizacija)
- 4 Symposiums, workshops** (*Simpoziji, delavnice*)
 - 4.1 European forum on social innovations and active ageing: Ana Vujović (Evropski forum o socialnih inovacijah in aktivnem staranju)
- 5 Interview** (*Intervju*)
 - 5.1 Four decades of experience with groups: Branko Škrajnar ter Jože Ramovš, Veronika Mravljak Andoljšek in Tina Lipar (Štiri desetletja izkušenj s skupinami)

The Journal continues publishing articles on long-term care to provide relevant scientific data and information about foreign best practices to stakeholders and politicians, who develop long term care system in Slovenia.

Editorial gives information about the importance of the local community and its comprehensive network of programs for quality long term care, which is a decisive factor in the creation of modern deinstitutionalized long-term care.

First article introduces anthropological interpretation of the term institutionalisation and describes modern deinstitutionalisation tendencies. The modern system of long-term care and the legislation on long term care funding equate institutional care to home care and introduce direct payments to the beneficiaries instead of assisted living facilities. This leads to the promotion of internal deinstitutionalization of long term care facilities. Outdated residential care homes are therefore transformed into a modern type of household groups. This transformation is both architectural and conceptual.

Terms of institutionalization and deinstitutionalization are discussed in the section Glossary of gerontology terms.

The article about the correlation of the ageing process and personality types in the population of older people analyses parts of the data from the survey, which was conducted on a population in the residential care home in Novi Sad in Vojvodina (Republic of Serbia).

The research is based on the hypothesis, that the process of aging affects certain neurophysiologic parameters that can affect the quality of life. Measurements of personality types according to Eysenckovih dimensions of extraversion - introversion and neuroticism - stability showed that personality types were not affected by ageing process.

Third article describes indicators of depression and physical activity in the elderly population of Slovenia. It analyzes the data of the nation-wide CINDI research on behavioral patterns in relation to health. The relationship between physical activity and depression was examined, since physical activity is a potential protective factor in the prevention or alleviation of depression. This study did not give sufficient reliable data in this area. However, it indicated the direction for further research.

Majority of reviews of gerontology literature describe research findings and practical experiences, while the remaining reviews present political documents from gerontology field. The article An intruder in the family reviews the new Slovenian book. In the book Tanja Mlakar describes coping with her mother's dementia, which is a good example of providing long term care within the family.

Interview with one of the leader of the groups for the elderly addresses the issue of importance of teamwork for quality aging. Branko Škrajnar has 40 years of experiences with group work. In the age of 29 he was treated for alcohol problems and experienced a very intensive group work. Afterwards he experienced a personal human growth in the support group. For the last two decades he has been a volunteer and led a group for quality and healthy ageing. He describes a group experience of helping a group member to beat loneliness and social isolation even in old age and disease.

Complete journal together with English abstracts is published on the Anton Trstenjak Institute's website: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk>.

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 **celostno gerontologijo**, ki upošteva pri znanstvenem in praktičnem delu za kakovostno staranje in solidarno sožitje naslednja štiri izhodišča.

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

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

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

Prvi del revije je namenjen izvirnim 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 priložnost v e-pismu na: info@inst-antonatrstenjaka.si. Objave izvirnih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

Kakovostna starost

LET. 18, ŠT. 3, 2015

Good quality of old age

VOL. 18, NUM. 3, 2015

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

SCIENTIFIC AND EXPERT ARTICLES

Jože Ramovš

Deinstitucionalizacija dolgotrajne oskrbe 3 Deinstitutionalization in long term care

Sunčica Stankov

Korelacija procesa staranja in tipa osebnosti 26 Correlation of the process of aging and
v geriatrični populaciji personality types in geriatric population

Asja Videčnik

Kazalniki depresije in telesna dejavnost pri 36 Indicators of depression and physical activity
starejših prebivalcih Slovenije in the Slovenian elderly population

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

53

REVIEW OF
GERONTOLOGICAL LITERATURE

GERONTOLOŠKO IZRAZJE

68

GLOSSARY OF GERONTOLOGY TERMS

SIMPOZIJ, DELAVNICE

71

SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

INTERVJU

73

INTERVIEW

GOOD QUALITY OF OLD AGE

87

KAKOVOSTNA STAROST



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

RESLJEVA 11, p.p. 4443,

1000 Ljubljana, Slovenija

Tel.: + 386 1 433 93 01

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