

# Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE

LETNIK 22 (2019), ŠTEVILKA 1



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

# KAKOVOSTNA STAROST

letnik 22, številka 1, 2019

## UVODNIK

## ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

- 3 Teja Primc, Branko Lobnikar: Nasilje nad starejšimi v domovih za starejše in v domačem okolju
- 21 Lidija Gradišnik, Danica Železnik, Uroš Maver, Tomaž Velnar: Pomen vitamina D za kakovostno staranje
- 30 Robert Potisek in Branko Gabrovec: Ekonomsko breme krhkosti
- 45 Sunčica Stankov: Povezanost procesa staranja z ravniyo kognicije pri starejših osebah

## IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 56 Krhkost in zadovoljstvo z življenjem pri starejših prebivalcih Šanghaja (Tjaša Grebenšek)
- 58 Za vedrejšo starost (Petra Boštjančič)
- 60 Poglavlja iz socialne gerontologije (Nataša Simunič)
- 61 Ne zamudi svojega življenja (Mitja Slapar)
- 62 Starost ni nekaj obrobnega v življenju (Maja Velički)
- 64 Kongnitivni trening krepi zmožnosti možganov v starosti (Marjeta Maruša Kerč)
- 66 **Drobci** (Tjaša Grebenšek)
- 67 **Gerontološki dogodki** (Alenka Ogrin)

## GERONTOLOŠKO IN MEDGENERACIJSKO IZRAZJE

- 68 Nehoteno trpinčenje starih ljudi (Jože Ramovš)

## SIMPOZIJ, DELAVNICE

- 74 Stanovanja za vse – vzorna stanovanjska politika Dunaj (Alenka Ogrin)

## GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 79 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 22, Num. 1, 2019

Čemu vztrajati pri izdajanju slovenske znanstveno-strokovne revije za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje? Težave so nas že pretekla leta usmerjale v prenehanje, vendar 22. letnik izhaja. Ob misli na prenehanje je vedno pretehtala pristna spodbuda uglednih akademikov, pa ljudi iz različnih strok, politike in uprave, ki zavzeto delajo na področju staranja in medgeneracijskega sožitja, ter prostovoljcev in družinskih oskrbovalcev: *Ne prenehajte je izdajati! Je edina tovrstna revija pri nas. Znanstveni prostor za razvijanje slovenske gerontologije je v demografski krizi nujen. Ustvarjalno obvladovanje staranja prebivalstva je pogoj za razvoj slovenske kulture.* Za smiselno ravnanje je odločilna motivacija na osnovi analize stvarnih razmer, potreb, možnosti in ovir – celostna antropološka kost-benefit analiza. Skiciramo jo za uvod v novi letnik.

Ustava revije *Kakovostna starost* je njena vizija: snovanje interdisciplinarne vede o starosti in staranju v Sloveniji ter o sožitju med generacijami, saj je od njega odvisno obvladovanje staranja prebivalstva. Gerontologijo snujemo na treh nosilcih: 1. kot plodno vejo slovenske kulture na drevesu svetovne znanosti; 2. v interdisciplinarni širini psihosocialnih, zdravstvenih, prostorsko-infrastrukturnih, menedžerskih, pedagoških in drugih spoznanj; 3. kot most med prakso in teoretičnim znanjem. Novo znanje prihaja samo iz dobre prakse, zato mora znanstveni članek rasti iz stvarnega dela na terenu in ga plemeniti.

Pri uresničevanju te vizije srečuje revija goro ovir. Ena je birokratizacija znanosti, ki potiska učitelje in študente v formalizirane kalupe *zbiranja točk*. Članek, ki je le pogoj za doktorat ali magisterij, za naziv ali za projekt, je rad papirnato prazen, z grmado internetnih referenc, ki niso povezane ne med seboj, ne z vsebino članka, ne s stvarnimi potrebami stroke. To oviro naša revija lažje preskakuje kakor fakultetne revije, je pa huda nadloga. Sorodna ovira je kulturna negotovost, ali gojiti svetovno gerontologijo ali njene veje v narodnih kulturah. Naš odgovor ni alternativa, ampak sinteza obojega. Znanost ustvarjajo samo ljudje, ki so zakoreninjeni v svoji konkretni kulturi in razmerah, kjer delajo za pristne potrebe ljudi. Zaprta znanost je jalova. Usodna ovira za razvoj je tudi trg. Usmerjenost v ekonomski profit vodi človeško ožino, ki usodno zavira strokovni razvoj. Moč trga je največja nevarnost, da človeštvo v zaostrenih razmerah demografske krize v 21. stoletju ne bi razvilo spoznanj in orodij za *ново solidarnost med generacijami* ter za humano, finančno in kadrovsko vzdržno dolgotrajno oskrbo množice starih ljudi. Rojevanje in vzgoja otrok, oskrbovanje bolnih in onemoglih ljudi ter spoštovanje mrtvih so temeljne človeške značilnosti. Na njih stoji zaupanje v razvoj. Pri njih gre za *biti ali ne biti človek*. Brezdušna tekma za *imeti čim več* je samoprevara posameznika, ki se razblini najpozneje s smrtjo, med tem pa razčlovečuje skupnost tem bolj, čim invazivneje se v njej širi. Multinacionalka s stomilijonskim dobičkom lažje gradi verige domov kakor občina in država. Pri tem pa oskrbovancem do skrajnosti krči fizični in človeški prostor. Domet trga so gole oskrbovalne storitve, ki v ustanovi ubijajo človeški odnos in motivacijo oskrbovalcev, spravljajo v obup oskrbovalce, v skupnosti pa zastrupljajo solidarnost. Oskrba onemoglih je donosna tržna niša – toda neetična. Nekaterim prinaša dobiček, drugim goro gorja – podobno kakor orožarska industrija. Tej miselnosti je tudi »pomoč« pri samomoru donosen posel, podobno kakor prodaja švicarskih ur.

Tudi vse to so razlogi za vztrajanje pri razvijanju celostne in humane gerontologije, ki ji je namenjena revija *Kakovostna starost*. Odločilen motiv pa so konkretna lepa doživetja. Navdušujoče pripovedi družinskih oskrbovalcev na tečajih – tem smo namenili veliko prostora lani. Pa novost pronicljivih spoznanj o demografski krizi kot dobri možnosti za nov razvojni korak evropske kulture v človečnosti in lepšem sožitju. Ali pa izjemna zavzetost in uspehi tega ali onega doma za stare ljudi. Pa briljantna doktorandka, ki ob ponudbi šolske kariere na fakulteti reče: *Hočem delati v praksi s starimi ljudmi, tam raziskovati in od tam učiti na fakulteti*. Ni edina med mladimi, ki dajejo pogum in upanje.

*Urednik*

# **KAKOVOSTNA STAROST** *GOOD QUALITY OF OLD AGE*

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

## **Izdajatelj in založnik / Publisher**

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

ISSN 1408 – 869X

UDK: 364.65-053.9

## **Uredniški odbor / Editors**

dr. Jože Ramovš (urednik)

Ajda Svetelšek

## **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*)

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*)

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:

Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO, ProQuest.

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

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

Cena: letnik 20 €, posamezna številka 6 €

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

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

Revijo Kakovostna starost v letu 2019 in 2020 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2019 in 2020 (EPP: 6316-10/2018-252, 20. 12. 2018)

*Teja Primc, Branko Lobnikar*

## Nasilje nad starejšimi v domovih za starejše in v domačem okolju

*»So rane, ki na telesu niso vidne, a so bolj boleče kot vse, kar krvavi.«*

Laurell K. Hamilton

### POVZETEK

V prispevku avtorja predstavljata ugotovitve raziskave o nasilju nad starejšimi v institucionalnem in domačem okolju. Cilji raziskave so bili ugotoviti pogostost izpostavljenosti starejših ljudi nasilju tako v domovih za starejše kakor v domačem okolju, analizirati, v kakšni obliki se pojavlja, kdo je najpogostejše žrtev in kdo najpogostejše povzročitelj. Vzorec anketiranih je zajemal 220 oseb, starejših od 65 let, ki so orientirane v času, prostoru in kraju. Kot metodo zbiranja podatkov smo uporabili vprašalnik, na katerega je odgovorilo 131 posameznikov, ki bivajo v domovih starejših občanov (DSO) na območju Ljubljane ter med 89 starejšimi občani, ki še vedno bivajo doma. V raziskavi je sodelovalo 43 moških in 177 žensk, o izkušnji nasilja pa je poročalo 47 posameznikov, od tega 30 v domačem okolju. Med oblikami nasilja je prevladovalo psihično nasilje, zanemarjanje in ekonomsko nasilje s strani drugih sorodnikov, partnerjev in potomcev. Pri 17 starostnikih, ki so poročali o nasilju v domovih za starejše občane, je prevladovalo psihično, ekonomsko in fizično nasilje s strani sostanovalcev in negovalnih oseb. Največ žrtev je bilo starejših od 75 let, večina je bila žensk. Telesna nemoč starostnika in pomanjkanje socialnih stikov ter odvisnost od povzročitelja sta bila glavna vzroka za pojav nasilja.

**Ključne besede:** starost, staranje, starostniki, staromrzištvo, nasilje, institucionalno okolje, domače okolje.

### AVTORJA

**Teja Primc** je magistrica varstvoslovja, ima opravljen detektivski izpit in sodeluje z detektivsko agencijo Evidentium. Ukvarja se z raziskovanjem področja nasilja nad starejšimi in informacijsko varnostjo v organizacijah. Je del ekipe Safe Mode, kjer izvaja delavnice ozaveščanja med zaposlenimi v organizacijah na temo varovanja informacij in varne uporabe IKT. Ukvarja se tudi s projektnim delom in je certificirana vodja projektov.

**Izr. prof. dr. Branko Lobnikar** je doktor kadrovskega menedžmenta in na Fakulteti za varnostne vede predava vsebine, vezane na organizacijsko vedenje, odklonskost ter varnostna vprašanja. Poleg tega je predavatelj na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, kjer predava vsebine s področja zagotavljanja kakovosti in varnosti v zdravstvu.

## ABSTRACT

### **Violence against the older people in institutional and home environment**

The paper describes the findings of the study on violence against the elderly in institutional and home environment. The objectives of the study were to determine whether the violence occurs, the form in which it appears, against whom is the most frequently performed and who are the perpetrators. The sample consisted of 220 individuals, older than 65 years, who were oriented in time, space and place. As a method of collecting data we used a questionnaire, which we carried out among 131 residents of retirement homes in Ljubljana and 89 individuals, who continue to live at home. The participants were a total of 43 men and 177 women, 47 individuals were abused, 30 of them in home environment, with prevailing psychological violence, neglect and economic violence, committed by other relatives, partners and offspring, and 17 in nursing homes, with prevailing psychological, economic and physical violence, committed by roommates and caregivers. Most victims were older than 75 years, the majority of whom were women. The main reasons for the occurrence of violence were physical helplessness of the elderly and the lack of social contact of the perpetrators.

**Key words:** age, ageing, older people, ageism, violence, institutional environment, home environment.

## AUTHORS

**Teja Primc** has a master's degree in criminal justice and security, she passed the private investigator exam and works with a private investigator agency Evidentium. Her research work focuses on the violence against the elderly and information security in organizations. She is a member of Safe Mode team, which carries out workshops to raise awareness among employees in the organizations on the topic of information security and the safe use of ICT. She is also involved in project work and is a certified project manager.

**Assoc. prof. Branko Lobnikar** holds PhD in human resource management. He lectures at the Faculty of Criminal Justice and Security, University of Maribor, topics of organizational behaviour, deviance at the workplace and security issues. At the Faculty of Health Science, University of Maribor, he teaches in the subject of quality and safety in health care.

## 1 UVOD

S starostjo in staranjem pridejo spremembe, ki so v človekovem življenju nekaj povsem normalnega, vsakdanjega, celo pričakovanega in nam (lahko) popestrijo življenje. Vsi si želimo, da bi lahko starost preživljali v domačem okolju, da bi počeli stvari, za katere prej nismo imeli časa, da bi nadoknadili čas s sorodniki in prijatelji, si morda privoščili potovanje ali oddih v zdravilišču. A vedno se ne izide

tako. Starejši ljudje pogosto občutijo ekonomsko pomanjkanje zaradi manjših prihodkov v starosti, marsikdo potrebuje socialno pomoč in zdravstveno nego. Prav vsi smo v svojem življenju kdaj nemočni in odvisni od pomoči drugih, to pa še posebej velja za posameznike v tretjem življenjskem obdobju, ki so v takšnih situacijah bolj ranljivi in občutljivi za dejavnike, ki lahko prizadenejo njihovo dostojanstvo.

Kot mnoge stvari v naši družbi, o katerih neradi govorimo, tudi nasilje v družini ostaja skrito očem javnosti; je tabu tema, zanj pa izvemo, ko je za žrtev že prepozno. Ena izmed oblik nasilja v družini je tudi nasilje nad starejšimi, katerega omemba še vedno sproži obrambne mehanizme (še posebej zanikanja) med mnogo ljudmi. Mnogi težko verjamejo, kako razširjen in pogost je ta problem. In mnogi bi raje zanemarili obstoj tega pojava, saj se ne sklada z našimi prepričanji in ideali o zasluženem pokoju in mirni starosti. Dejstvo pa je, da je **nasilje nad starejšimi ljudmi danes ena najbolj akutnih tem v povezavi s kakovostno starostjo.**

Nasilje nad starostniki opredeljujemo kot enkratno ali ponavljajoče dejanje oz. opustitev primerne ravnanja v okviru vsakega odnosa, kjer se pričakuje zaupanje in ki škoduje ali povzroči stisko starejše osebe (WHO, 2002). Nasilje nad starejšimi ljudmi močno vpliva na njihovo dobro počutje, tako neposredno z zanemarjanjem in/ali fizičnim nasiljem kot tudi posredno zaradi psihične zlorabe ali drugih oblik slabega ravnanja. To pri starostnikih povzroča občutek odrinjenosti na rob, ranljivosti in nesposobnosti. K temu lahko dodamo še krepitev negativne stereotipne podobe neboglenih in nekoristnih starejših v družbi. Delež starejše populacije, ki je še vedno samostojen in aktiven, ostaja neopažen, saj naše vrednotenje starosti večinoma temelji na posploševanju slabšanja fizičnih in mentalnih sposobnosti. Na ta način starejši ljudje doživljajo diskriminacijo, ki ni povezana z barvo kože, vero ali socialno-ekonomskim položajem. Diskriminatoren odnos do starejših in stereotipi so pogosti na vseh ravneh: v družini, v skupnosti, na delovnem mestu in širše v družbi. V različnih družbah se kažejo v različnih oblikah, ostajajo pa pogosto neprepoznani (Sleep, 2011). V večini evropskih držav poleg pomanjkanja ozaveščenosti javnosti o tej problematiki primanjkuje tudi ustreznih predpisov, ki bi področje regulirali. Hkrati pa še vedno primanjkuje relevantnih znanj in veščin o prepoznavanju, preprečevanju, poročanju in ukrepanju v primeru nasilja nad starejšimi.

Z daljšanjem življenjske dobe je trend naglega staranja prebivalstva pripeljal do vse večjega števila različnih nasilnih dejanj, kjer se stari ljudje pojavljajo kot žrtve, kot storilci pa njihovi partnerji, potomci in ostali svojci ter tudi drugi, kot so negovalno osebje, znanci ali sostanovalci v institucijah, ki so namenjene oskrbi starejših ljudi. Takšne zgodbe prepogosto ostajajo zamolčane in skrite za zidovi, zato smo med junijem in oktobrom 2015 izvedli raziskavo na temo nasilja nad starejšimi v institucionalnem in domačem okolju na širšem območju Ljubljane.

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali se nasilje pojavlja, v kakšni obliki in nad kom se najpogosteje izvaja ter kdo so storilci. Kljub metodološkim omejitvam (majhen vzorec) je ta raziskava ponudila zanimiv nabor informacij o grdem ravnanju s starejšimi.

## 2 NASILJE NAD STAREJŠIMI – PREGLED DOSEDANJIH RAZISKAV

V zadnjih letih, mogoče tudi zaradi spremenjenega odnosa do nasilja v družbi, zaznavamo povečanje nasilja in zlorab nad starejšimi, vendar pa natančnih podatkov o pojavnosti nasilja nad starejšimi v Sloveniji nimamo. Ti podatki so omejeni in prihajajo iz različnih virov, saj med posameznimi institucijami in organi niso vodeni usklajeno. Tako imamo le delne podatke, ki se nanašajo na kriminaliteto, saj v statističnih podatkih ni termina nasilje nad starejšimi (STOP V.I.E.W., 2009). Vsi primeri ali sumi o pojavu nasilja nad starejšimi tudi niso prijavljeni pristojnim institucijam. Pravzaprav je temno polje kriminalitete nad starejšimi verjetno izjemno veliko. Starejši namreč zelo težko spregovorijo o tem, da doživljajo nasilje s strani sorodnikov ali negovalcev, zaposlenih v zdravstvenih ali socialno-varstvenih zavodih. Največkrat jim to preprečujejo nemoč in sram ter strah, da bi razkritje nasilja še povečalo njihovo ogroženost oz. stisko. Mnogokrat se tudi ne zavedajo oblik pomoči, ki so jim na voljo ali pa nimajo dostopnih informacij. Pogosto pa ob morebitni preiskavi prijave nasilja le-tega zanikajo na način, da ga razložijo kot nesrečo, zanikajo resnost poškodb oz. posledic, krivdo za nasilje pripišejo sebi ali krivijo druge, na primer center za socialno delo ali druge organizacije za nepotrebno vmešavanje v njihovo zasebnost (Wiehe, 1998).

Čeprav ni sistematičnega zbiranja podatkov o nasilju nad starejšimi v tranzicijskih državah, statistike kriminalitete, novinarska poročila, zapisi centrov za socialno delo in različne manjše študije vsebujejo dokaze, da so zloraba, zanemarjanje in finančno izkoriščanje starejših veliko bolj pogosti, kot družbe priznavajo (WHO, 2002). Avtorji ponavadi uporabljajo prispodobo ledene gore, saj nam je viden le manjši del dogodkov in stanj, večji del pa je skrit pod površino in lahko o njegovi velikosti le ugibamo (Pentek in Kocijan, 2006).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2011) v Evropskem poročilu o preventivi trpinčenja starejših je leta 2010 kar 19,4 %, to je 29 milijonov starejših ljudi, v Evropi trpelo zaradi psihičnega nasilja, 2,7 % (4 milijone) zaradi fizične zlorabe, 0,7 % (milijon) zaradi spolne zlorabe in 3,8 % (6 milijonov) je utrpelo finančno zlorabo. Statistika je pokazala, da je bilo približno 70 % storilcev zlorab članov družine ali ožjega okolja starejše osebe, pri čemer je bila večina njihovih partnerjev, sledili pa so njihovi otroci. Od tega je kar 53 % družinskih negovalcev poročalo o vsaj enem incidentu trpinčenja njihovih oskrbovancev v obdobju 12 mesecev s strani družinskega člana (Georgantzi, 2012).

Preden je zloraba starostnikov odkrita, lahko traja dolgo časa. Najpogosteje naj bi zlorabo starejših prijavljali družinski člani (20 %), sledijo bolnišnice (17,3 %), policija (11,3 %), izvajalci pomoči na domu (9,6 %), prijatelji ali sosede (9,1 %), žrtve same (8,8 %), zdravstveno osebje (8,4 %), javne zdravstvene ustanove (0,1 %) ter ostali (15,1 %). Lešnik Mugnaioni (2004) pravi, da žrtve nasilja in zlorab pogosto postanejo starejši, katerih moč je izrazito okrnjena in ki so zaradi fizične, psihične, socialne ali materialne šibkosti v odvisnem položaju od drugih (torej v družini, sorodstvenih in partnerskih odnosih, domovih za starejše občane in v drugih ustanovah). Rozman (osebni intervju, 21. 12. 2015) iz društva SOS telefon na podlagi analize klicev žrtev pove, da so med starejšimi najbolj ogrožene ženske, stare več kot 75 let, ki so socialno izolirane, osamljene in imajo nizko pokojnino.

Vpliv, ki ga ima nasilje na zdravje starostnika, se zaostrojuje s procesom staranja in starostnimi boleznimi. Zaradi teh fizičnih in kognitivnih sprememb starejši težje zapustijo nasilni odnos ali sprejmejo drugo pravilno odločitev, mnogokrat je nasilnež tudi edina družba starostnika (WHO, 2002). Pogosto tudi zdravstveni delavci, policija in drugi odgovorni zaradi vrzeli v pravosodju in pomanjkanja usposobljenosti osebja ter razširjenosti staromrzništva v naši družbi ne prepoznajo in ne obravnavajo pojava kot kaznivo dejanje in kršitev človekovih pravic. Mnogi situacije, ki bi jih lahko označili kot nasilje nad starejšimi, vidijo kot običajne življenjske situacije ali tradicionalne metode nege starejših (Georgantzi, 2012). Zato je za vse, ki delajo in živijo s starimi ljudmi, pomembno poznati in prepoznavati nastale fizične in psihične spremembe pri starostnikih, ki so posledica samega staranja ali bolezni. Problem neustreznega odzivanja na pojav nasilja nad starejšimi je ravno v nepoznavanju in nerazumevanju patološkega staranja posameznika, ki je lahko podlaga za pojav nasilja nad starimi ljudmi s strani sorodnikov ali zdravstvenih delavcev (Veber, 2004).

Vprašanja, ki obsegajo spekter trpinčenja starejših, so zapletena in večplastna. Razlog za pojav nasilja je součinkovanje različnih dejavnikov, tako na ravni posameznika kot na ravni medsebojnih odnosov, skupnosti in družbe, ki so odvisni od vsake situacije posebej. Za boljše razumevanje te problematike je torej pomembna identifikacija teh dejavnikov in vzpostavitev morebitne povezave med njimi. Dokazi glede dejavnikov tveganja so različni, nekateri z močno, drugi s šibko empirično podporo, deloma zaradi pomanjkanja doslednosti pri identifikaciji v raziskavah, deloma zaradi pomanjkanja trdne potrditve ugotovitev, na podlagi katerih bi lahko prišli do zanesljivih sklepanj v tem času. WHO (2011) pa je kljub temu s trdnimi dokazi uspela podpreti naslednje dejavnike tveganja: socialno izolacijo, bivalne razmere, demenco, osebnostne značilnosti storilcev kot so duševne bolezni (še posebej depresija), zloraba alkohola in odvisnost storilca od žrtve.

Ne glede na povedano se je treba zavedati pri otrocih, odraslih, predvsem pa pri starostnikih, da je človekovo dostojanstvo nedotakljivo. Starost in odvisnost od

drugih ne moreta biti razlog za omejitev katerekoli neodtujljive pravice in osebne prostosti, ki so priznane z mednarodnimi standardi in vgrajene v demokratičnih ustavah. Vsi, ne glede na spol, starost ali odvisnost od drugih, so upravičeni, da uživajo te pravice, in vsakdo ima pravico, da brani svoje pravice. Vsako nasilje, zloraba ali trpinčenje starejših pa pomeni tudi vrsto neizpolnjenih dolžnosti bližnjih in institucij, ki so dolžni zaščititi starostnike.

### **3 RAZISKAVA O NASILJU NAD STAREJŠIMI V INSTITUCIONALNEM IN DOMAČEM OKOLJU**

Raziskava je bila razdeljena na kvantitativni in kvalitativni del. Prvega smo izvedli s pomočjo anketiranja med junijem in oktobrom 2015, na podlagi rezultatov kvantitativne raziskave pa smo izvedli še delavnice – fokusne skupine s starostniki v posameznih domovih za starejše občane na območju Ljubljane. Kvalitativni del raziskave smo izvedli med septembrom in decembrom 2018.

Zbiranje podatkov s pomočjo vprašalnika je potekalo v sedmih domovih za starejše občane (DSO) v Ljubljani in petih Dnevnihi centrih aktivnosti za starejše ter v enem društvu upokojencev. Tako v DSO kot tudi v dnevnihi centrih aktivnosti smo jih izvedli med posamezniki, ki so ustrezali kriterijem našega vzorčnega okvira (starejši od 65 let, orientirani v času, prostoru in kraju) in so to tudi sami želeli oz. so samostojno izrazili željo po sodelovanju. Prošnjo za sodelovanje smo naslovili na 17 DSO in prejeli pozitiven odziv od sedmih. Vse vprašalnike smo zaradi boljšega razumevanja vprašanj s strani anketirancev izvedli osebno.

Vprašalnik je zajemal 12 vprašanj, ideje zanj smo iskali v Arhivu družboslovnih podatkov, kjer smo našli vprašalnik vsebinsko podobne raziskave, kot je naša (Nasilje v družini: Analiza družinskega nasilja v Sloveniji, 2005) in ga prilagodili za potrebe naše raziskave. Vprašanja so zajemala oblike nasilja, s katerimi se lahko posamezniki srečajo v vsakdanjem življenju v interakciji z družino, negovalci ipd., potencialne storilce nasilja, vrsto ukrepov, ki jih je žrtev uporabila po doživetju zlorabe, oceno zadovoljstva z ustreznostjo nujenja pomoči s strani strokovnih služb po prijavi zlorabe, oceno odnosa med žrtvijo in storilcem po izvedenih ukrepih ter mnenje o vzrokih za pojav nasilja tako pri žrtvi kakor pri storilcu. Štiri vprašanja so zajemala demografske podatke izpraševancev: spol, starost, stopnjo dosežene formalne izobrazbe in zakonski status. Vprašanja so bila zaprtega tipa, pri večini se je bilo potrebno odločiti med odgovoroma DA/NE, pri dveh vprašanjih pa se je bilo potrebno odločati na štiristopenjski oz. petstopenjski Likertovi lestvici.

Od skupno 226 izpolnjenih vprašalnikov je bilo 6 neustreznih (le delno izpolnjenih, saj so se na neki točki posamezniki odločili, da ne želijo več odgovarjati). Te smo v nadaljevanju izključili iz analize. Od 220 vprašalnikov, zajetih v analizo,

je bilo 131 izpolnjenih s strani uporabnikov DSO in 89 s strani občanov, ki živijo doma.

Na uro in pol trajajočih delavnicah o nasilju nad starejšimi, ki smo jih izvedli v DSO za stanovalce in njihove svojce, smo v prvem delu delavnic spregovorili o oblikah nasilja nad starejšimi, s poudarkom na nasilju nad in med starostniki v institucionalni oskrbi. V drugem delu delavnic smo se z udeleženci pogovarjali o naslednjih vprašanjih: *Kaj oni osebno razumejo kot nasilje? Kaj jih zares moti in s čim še lahko živijo/kaj je zanje še znosno? Koliko nasilja opazijo in kdo so nasilneži?* ter *Kaj lahko naredimo?* Na delavnicah je sodelovalo 324 starostnikov in njihovih svojcev.

### 3.1 VZOREC IN CILJI RAZISKAVE

Cilji raziskave so bili ugotoviti, ali se nasilje pojavlja, v kakšni obliki se pojavlja, nad kom se najpogosteje izvaja in kdo so povzročitelji. V raziskavi smo se osredotočili na omenjene segmente, da bi preverili, ali lahko izsledke evropskih raziskav posplošimo tudi na naše okolje. Zanimalo nas je, ali se nasilje pogosteje pojavlja v domačem okolju, ali so družinski člani na splošno tisti, ki pogosteje izvajajo nasilje ter ali je najpogostejša oblika ekonomsko nasilje. Naša ciljna skupina so bili posamezniki, starejši od 65 let, ki bivajo v DSO, ter občani, ki bivajo doma. Vzorec ni slučajen, saj so sodelovali le tisti, ki so orientirani v času, prostoru in kraju. Ženske so sestavljale 80,5 % ( $n = 177$ ), moški ( $n = 43$ ) pa 19,5 % sodelujočih v raziskavi. Povprečna dopolnjena starost sodelujočih je bila 79 let, najmanjša 65 let in najstarejši so šteli 96 let. Največ posameznikov je bilo starih 65 let (8,6 %).

**Slika 1: Porazdelitev izpraševancev po starosti**



Izobrazba izpraševancev je v večini poklicna ali srednješolska (59,1 %), sledijo izpraševanci z osnovno šolo ali manj (20,5 %). Višjo, visoko ali univerzitetno izobrazbo ima 19,5 % izpraševancev, najmanj ji ima magisterij ali doktorat (0,9 %).

**Tabela 1: Stopnja dosežene formalne izobrazbe izpraševancev**

| Izobrazba                                           | Frekvenca | Odstotek |
|-----------------------------------------------------|-----------|----------|
| Osnovna šola ali manj                               | 45        | 20,5     |
| Poklicna ali srednja šola                           | 130       | 59,1     |
| Višja šola, visoka šola ali univerzitetna izobrazba | 43        | 19,5     |
| Magisterij, doktorat                                | 2         | 0,9      |
| Skupaj                                              | 220       | 100,0    |

Zanimal nas je tudi zakonski status izpraševancev. Največ izpraševancev je ovdovelih (46,8 %), 29,5 % je poročenih, 14,5 % samskih, 7,3 % je ločenih, najmanj (1,8 %) pa jih živi v izven zakonski skupnosti.

Čeprav smo podatke zbiral na omejenem območju (mesto Ljubljana) in je vzorec zajetih anketirancev majhen in spolno neuravnotežen (ženske dočakajo višjo starost, zato so med starostniki pogostejše), rezultati predstavljajo zadostno izhodišče za bodoče raziskovalne projekte kot tudi podlago za ukrepanje. V nadaljevanju bomo najprej predstavili ugotovitve kvalitativnega dela raziskave, v razpravi pa bomo povzeli tudi glavne ugotovitve z delavnic/fokusnih skupin.

#### 4 PREDSTAVITEV IN INTERPRETACIJA REZULTATOV

Pri prvem vprašanju smo spraševali o nasilnih pojavih, s katerimi so se lahko ali ne posamezniki srečali v vsakdanjem življenju v interakciji z družino, prijatelji, negovalci itd., v zadnjih treh letih bivanja v DSO ali doma. Izpraševanci so se odločali na 4-stopenjski lestvici, v razponu od 1 – nikoli do 4 – pogosto. Kot je prikazano v tabeli v nadaljevanju, smo posamezne pojave razdelili po sklopih, in sicer prvi sklop zajema duševno nasilje, drugi sklop telesno nasilje, tretji ekonomsko nasilje, četrti zanemarjanje in peti sklop spolno nasilje. V šestem sklopu smo navedli še zapuščenost kot obliko zlorabe starejših.

**Tabela 2: Delež posamezne vrste doživetega nasilja – skupaj za prebivalce DSO in tiste, ki živijo doma**

| Vrste nasilja                                             | Povpr. | St. odkl. | % občasno | % pogosto |
|-----------------------------------------------------------|--------|-----------|-----------|-----------|
| Verbalno so me poniževali.                                | 1,26   | ,736      | 6,4       | 3,6       |
| Sramotili so me.                                          | 1,14   | ,517      | 3,2       | 1,4       |
| Grozili so mi.                                            | 1,15   | ,587      | 1,4       | 3,2       |
| Silili so me k dejanjem, ki jih nisem želel storiti.      | 1,12   | ,482      | 3,6       | 0,9       |
| Preprečevali so mi stike z družinskimi člani, prijatelji. | 1,10   | ,461      | 1,8       | 1,4       |
| Prisilili so me, s kom moram živeti.                      | 1,03   | ,200      | 0,5       | 0         |
| Odvzeli so mi pravice odločanja o osebnih zadevah.        | 1,06   | ,325      | 0,9       | 0,5       |
| Brcali so me.                                             | 1,05   | ,306      | 0,5       | 2,3       |
| Klofutali so me.                                          | 1,09   | ,445      | 1,8       | 1,4       |
| Pretepali so me.                                          | 1,06   | ,372      | 1,4       | 0,9       |

|                                                                           |      |      |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|-----|
| Suvali so me.                                                             | 1,08 | ,380 | 2,3 | 0,5 |
| Lasali so me.                                                             | 1,05 | ,281 | 1,4 | 0   |
| Poškodovali so me z različnimi predmeti.                                  | 1,00 | ,000 | 0   | 0   |
| Omejevali so mi dostop do tehničnih pripomočkov (očal, slušnega aparata). | 1,00 | ,067 | 0   | 0   |
| Ponarejali so moj podpis.                                                 | 1,03 | ,222 | 0,9 | 0   |
| Neupravičeno so mi jemali denar.                                          | 1,10 | ,453 | 1,8 | 1,4 |
| Jemali so mi denar brez moje vednosti.                                    | 1,11 | ,479 | 2,3 | 1,4 |
| Pregovarjali so me v podpis gospodarskih in prodajnih pogodb.             | 1,07 | ,375 | 2,3 | 0,5 |
| Pregovarjali so me v prepis hiše, stanovanja.                             | 1,06 | ,346 | 1,8 | 0,5 |
| Zahtevali so, da spremenim oporoko v njihovo korist.                      | 1,07 | ,442 | 0,9 | 1,8 |
| Niso mi pustili nadzorovati lastnega denarja.                             | 1,02 | ,177 | 0,5 | 0   |
| Primanjkovalo mi je vode, hrane.                                          | 1,07 | ,382 | 1,4 | 0,9 |
| Primanjkovalo mi je oblačil.                                              | 1,07 | ,357 | 1,8 | 0,5 |
| Slabo so skrbeli za mojo osebno higieno.                                  | 1,12 | ,531 | 1,8 | 2,3 |
| Niso mi zagotovili zdravil.                                               | 1,07 | ,375 | 2,3 | 0,5 |
| Primanjkovalo mi je rehabilitacijskega zdravljenja.                       | 1,08 | ,380 | 2,3 | 0,5 |
| Niso upoštevali mojih bolečin, bolezni.                                   | 1,09 | ,378 | 1,8 | 0,5 |
| Niso primerno skrbeli za čistočo moje sobe.                               | 1,06 | ,389 | 0,5 | 1,4 |
| Slačili so me proti moji volji.                                           | 1,02 | ,243 | 0,5 | 0,5 |
| Opazovali so me.                                                          | 1,01 | ,202 | 0   | 0,5 |
| Nagovarjali so me, kar me je spravilo v nelagodje.                        | 1,01 | ,202 | 0   | 0,5 |
| Poljubljali so me.                                                        | 1,01 | ,202 | 0   | 0,5 |
| Otipavali so me.                                                          | 1,01 | ,202 | 0   | 0,5 |
| Silili so me h gledanju pornografskih vsebin.                             | 1,00 | ,000 | 0   | 0   |
| Silili so me v oralni, analni ali vaginalni odnos.                        | 1,01 | ,202 | 0   | 0,5 |
| Počutil sem se zapuščenega, osamljenega, niso mi nudili ustrezne opore.   | 1,22 | ,753 | 0,5 | 6,4 |

V tabeli 2 smo izpostavili odstotek občasnega in pogostega doživljanja nasilja. Med našimi izpraševanci je bila pogosta ali občasna prisotnost psihičnega nasilja navedena v 13,8 %, kar je velik delež, če primerjamo z raziskavami Svetovne zdravstvene organizacije, ki so zajemale celotno starejšo evropsko populacijo, kjer je psihično nasilje doseglo 19,4 %. Kot najbolj pogosto obliko psihičnega nasilja so žrtve izpostavile verbalno poniževanje (22 posameznikov oz. 10 %) in sramotenje ter v enakem deležu grožnje (10 posameznikov oz. 4,6 %). Malo manj (4,5 %) jih je bilo prisiljenih k dejanjem, ki jih niso želeli storiti in 7 posameznikom (3,2 %) so bili preprečeni stiki z družino ali prijatelji. Trem posameznikom je bila odvzeta pravica o odločanju o osebnih zadevah. V naši družbi je še vedno veliko tolerance do psihičnega nasilja, saj ljudje mnogokrat vsakodnevno kričanje, zmerjanje in ukazovanje ne pojmujejo kot oblike nasilja, temveč le kot način komuniciranja in funkcioniranja v današnjem času.

O pogostosti ekonomskega nasilja so naši izpraševanci poročali na drugem mestu, doživelo ga je 12 posameznikov (5,5 %). V največ primerih jim je bil vzet denar brez njihove vednosti (3,7 %) oz. jim je bil odvzet neupravičeno (7

posameznikom oz. 3,2 %), 6 posameznikov (2,8 %) pa je doživelo pregovarjanje v podpis različnih pogodb in v enakem deležu pregovarjanje v spremembo oporoke v storilčevo korist. Pet posameznikov so pregovarjali v prepis hiše ali stanovanja (2,3 %), le enemu niso pustili nadzorovati lastnega denarja, dvema posameznikoma pa so ponaredili podpis. Denar, nepremičnine in druge dobrine starejših so pogosto vzrok izkoriščanja ali celo finančnega omejevanja pravic. V času, ko se povečuje brezposelnost med mlajšimi in se tako možnosti za zadovoljitev življenjskih potreb manjšajo, lahko pričakujemo, da bo število ekonomskih zlorab nad starejšimi naraščalo.

Tretja najbolj pogosto doživeta oblika nasilja med našimi izpraševanci je bila zanemarjanje. Le-to je utrpelo 11 posameznikov (5,5 %), največkrat v obliki pomanjkanja osebne higiene (4,1 %), rehabilitacijskega zdravljenja ter v enakem deležu pomanjkanja zdravil (2,8 %). Poročali so tudi o pomanjkanju vode, hrane in oblačil ter neupoštevanju njihove bolečine oz. bolezni (2,3 %). Pri štirih posameznikih ni bilo primerno poskrbljeno za čistočo njihove sobe. Ob teh ugotovitvah smo mnenja, da je skrb za starejše prevečkrat pozabljena, za kar lahko krivimo skrhane odnose med starši in otroki ter nerazumevanje oz. nepoznavanje sprememb v starosti. Od svojih staršev pričakujejo, da bodo vedno enako mentalno sposobni, psihično stabilni in fizično aktivni, ko pa začnejo te funkcije pri starostniku upadati, so ob tem pretreseni. Do njih postanejo nestrpni, se nanje jezijo, njihov odnos pa lahko iztiri v telesno kaznovanje, nasilno hranjenje in posedanje na voziček ipd.

Vsaj eno izmed oblik fizičnega nasilja je doživelo 9 izpraševancev (4,1 %). Največkrat so bili deležni klofut (3,2 %), brc (2,8 %) in suvanja (2,8 %). Pretepanja so bili izpraševanci deležni v 3,2 %, lasanja v 1,4 %, poškodb z različnimi predmeti ali omejevanje dostopa do tehničnih pripomočkov pa izpraševanci niso navedli.

Najmanj je bilo med izpraševanci doživetega spolnega nasilja, v treh primerih (1,4 %), v obliki slačenja proti njihovi volji, opazovanja, poljubljanja, nagovarjanja, otipavanja ter siljenja k spolnim odnosom, nihče pa ni bil prisiljen h gledanju pornografskih vsebin. O občutku zapuščenosti in osamljenosti je poročalo 15 posameznikov (6,9 %). Družinski člani jim niso nudili ustrezne opore, odsotni so bili tudi globlji in trajnejši socialni stiki z drugimi ljudmi. Od 220 anketiranih posameznikov jih je 36 (16,36 %) pogosto ali občasno doživelo vsaj eno izmed oblik nasilja. Če tej številki prištejemo še posameznike, ki so redko doživeli nasilje (11), je končno število zlorabljenih starostnikov kar 21,36 % oz. 47 posameznikov.

V raziskavi nas je zanimalo, v katerem okolju se nasilje najpogosteje pojavlja in tudi nad kom se najpogosteje izvaja. Izmed 47 žrtev nasilja je bilo 9 moških in 38 žensk, od tega so bili 3 moški in 14 žensk zlorabljeni v DSO, 30 posameznikov pa je bilo žrtev nasilja v domačem okolju. Najpogosteje so doma posamezniki doživeli psihično nasilje (65, 5 %) v obliki verbalnega poniževanja in sramotenja (v 63,3 %). Fizično nasilje je doma doživelo 7 (77,8 %) od skupno

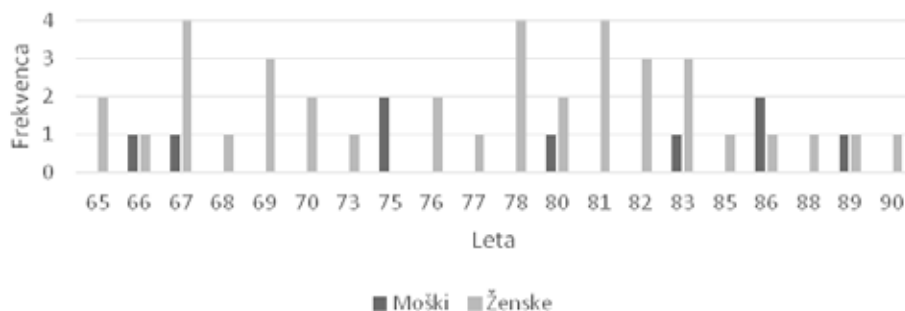
9 posameznikov, ekonomsko nasilje pa 9 (75 %) od skupno 12 posameznikov, v obliki neupravičenega jemanja denarja in pregovarjanja v podpis pogodb ter spreminjanje oporoke (v 30 %). Zapuščene se je počutila polovica žrtev nasilja v domačem okolju. V DSO so bili posamezniki v največji meri deležni psihičnega nasilja (34,5 %), sledilo je ekonomsko in nato fizično, o ostalih oblikah nasilja pa izpraševanci niso poročali. Vidimo lahko, da so starostniki največ nasilja doživeli v domačem okolju, kar smo pripisali temu, da stari ljudje sčasoma postajajo manj mobilni, njihova krhkost in bolezni pa še povečujejo njihovo nemoč pred nasilnimi dejanji ljudi, s katerimi živijo, ali so z njimi kako drugače povezani na svojem domu.

**Slika 2: Porazdelitev nasilja nad starostniki v DSO in v domačem okolju**



Glede na starost anketiranih so bile zlorabi najbolj izpostavljene ženske, starejše od 75 let, kar sovпада z ugotovitvami tujih raziskav, prav tako je bila večina žrtev moškega spola stara 75 let in več. Da so ženske bolj izpostavljene nasilju kot moški, smo pripisali temu, da jih je na splošno več, so starejše in bolj ranljive.

**Slika 3: Porazdelitev žrtev nasilja glede na spol in starost**



Najpogostejši storilci zlorab in nasilja v domačem okolju so bili neki drugi sorodniki, znanci (v 12 primerih), sledi trenutni zakonski partner v sedmih in sin v petih primerih. Tu opazamo razhajanje z izsledki tujih raziskav, po katerih se partnerji in potomci največkrat pojavljajo kot storilci nasilja. V DSO so se kot storilci nasilja

največkrat pojavili sostanovalci žrtev (v 9 primerih), negovalne osebe v 7 primerih (41 %) in v enem primeru je bila žrtev trpinčena s strani svojega sina. Iz pogovorov z žrtvami je bilo moč razbrati, da so do nasilnih dejanj pripeljala nesoglasja, saj je veliko starostnikov vajenih domačega okolja, kjer so večino časa preživeli sami, premestitev v domsko oskrbo pa je zanje pomenila stres. V DSO so se srečali s posamezniki, ki ne ustrezajo njihovim zahtevam oz. se z njimi ne razumejo dobro. Nasilje s strani negovalnih oseb so izpraševanci pripisovali izgozlosti in slabemu plačilu zdravstvenih delavcev, nekateri so bili mnenja, da so si nasilje zaslužili, saj je zaradi njihove slabe fizične mobilnosti težko skrbeti zanje.

**Tabela 3: Storilci nasilja nad starostniki, porazdeljeni na DSO in domače okolje**

| Storilec                             | Doma      |    | DSO |    |
|--------------------------------------|-----------|----|-----|----|
|                                      | Frekvenca |    |     |    |
|                                      | DA        | NE | DA  | NE |
| Moj trenutni zakonski partner.       | 7         | 23 | 0   | 17 |
| Moj trenutni izven zakonski partner. | 0         | 30 | 0   | 17 |
| Moj nekdanji zakonec.                | 3         | 27 | 0   | 17 |
| Moj nekdanji izven zakonski partner. | 1         | 29 | 0   | 17 |
| Moj brat.                            | 2         | 28 | 0   | 17 |
| Moja sestra.                         | 1         | 29 | 0   | 17 |
| Moj sin.                             | 5         | 25 | 1   | 16 |
| Moja hči.                            | 2         | 28 | 0   | 17 |
| Negovalna oseba.                     | 3         | 27 | 7   | 10 |
| Sostanovalec v DSO.                  | 0         | 30 | 9   | 8  |
| Nek drug sorodnik, znanec.           | 12        | 18 | 0   | 17 |

Izpraševanci so po doživetju nasilja različno ukrepali. Najpogosteje (v 36,2 %) so o tem obvestili Center za socialno delo oz. socialno delavko v DSO. Skoraj četrtina žrtev je svojo stisko zaupala sorodnikom ali prijateljem (v 11 primerih oz. 23,4 %), le 15 % je povzročitelja prijavilo policiji, še manj (13 %) pa jih je o nasilju obvestilo zdravstveno službo. Pri nevladnih organizacijah so pomoč poiskale le tri žrtve, od tega nobena iz DSO.

**Tabela 4: Ukrepi žrtev nasilja, porazdeljeni na DSO in domače okolje**

| Ukrep                                        | Doma      |    | DSO |    |
|----------------------------------------------|-----------|----|-----|----|
|                                              | Frekvenca |    |     |    |
|                                              | DA        | NE | DA  | NE |
| Povzročitelja sem prijavil policiji.         | 4         | 26 | 3   | 14 |
| Obvestil sem CSD.                            | 4         | 26 | 13  | 4  |
| Obvestil sem zdravstveno službo.             | 3         | 27 | 3   | 14 |
| Pomoč sem poiskal pri nevladni organizaciji. | 3         | 27 | 0   | 17 |
| Povedal sem sorodnikom, prijateljem.         | 6         | 24 | 5   | 12 |

Od skupno 47 zlorabljenih posameznikov jih je kar 44,7 % o nasilju molčalo, zlorabljeni so bili v domačem okolju. Zadovoljni smo bili z ugotovitvijo, da so vse žrtve nasilja v DSO zlorabo prijavile pristojnim, saj to kaže, da starostniki v institucionalni oskrbi čutijo, da lahko o tem spregovorijo ter da jim bosta na voljo ustrezna opora in pomoč. Kot razlog za molk so žrtve nasilja v domačem okolju največkrat navedle strah, da bi se nasilje povečalo (52,4 %) in občutek sramu (47,6 %). Nekateri posamezniki niso želeli ukrepati zoper bližnjega (42,8 %) ali pa preprosto ne zaupajo delovanju strokovnih služb (38,1 %). Zaradi odvisnosti od pomoči povzročitelja je o nasilju molčalo 28,6 % žrtev, en posameznik pa je mislil, da si je nasilje zaslužil. Iz navedenih razlogov lahko prepoznamo tudi mnogo vzrokov, ki starejšim otežujejo odločitve, da zapustijo nasilneža. Žrtve pogosto verjamejo, da je problem v njih in ne v storilcu. Tako iščejo vzroke za njegovo nasilje v njegovi službi, v preobremenjenosti z delom, še posebej pa pri sebi, saj mislijo, da so preveliko breme, ker ne izpolnjujejo njihovih pričakovanj in tako zmanjšujejo pomen nasilja. Trpinčenje vodi do pomanjkanja samospoštovanja in zaupanja vase, v fizično in psihično izčrpanost, družinsko ozadje in omejitve, ki nastanejo zaradi popolnega nadzora in izoliranosti pa še dodatno zmanjšujejo možnosti, da bo žrtev storilca prijavila. Največkrat se poraja vprašanje, kdo jim bo verjel in kako naj ukrepajo zoper lastnega otroka ali partnerja.

Ker pogosto ne prepoznamo vzrokov, ki pripeljejo ljudi do nasilnih dejanj, smo žrtve vprašali tudi po njihovem mnenju o vzrokih za pojav nasilja v njihovem primeru. V 36,7 % so žrtve nasilja v domačem okolju navedle telesno nemoč starejše osebe, v 30 % pomanjkanje socialnih stikov povzročitelja in v 26,7 % težave povzročitelja v službi. Kot četrti najpogostejši vzrok so bili navedeni splošni slabi odnosi v družini, finančna odvisnost povzročitelja od žrtve ter želja po čim hitrejši pridobitvi dediščine (v 23,3 %). Maščevanju in nezadovoljstvu s partnerskim življenjem storilca (v 20 %) sta sledila osamljenost starostnika in slab ekonomski položaj povzročitelja (16,7 %). Preobremenjenost izvajalca oskrbe je bila navedena v 4 primerih (13,3 %), nizka samozavest in alkoholizem povzročitelja v 3 primerih (10 %), brezposelnost povzročitelja v 2 primerih (6,7 %) ter nizka izobrazba in odvisnost povzročitelja od drog v enem (3,3 %). Težavno otroštvo, pripadnost drugi kulturi in stanovanjska odvisnost povzročitelja od žrtve kot vzroki za nasilje niso bili navedeni.

Žrtve v DSO so kot najpogostejše tri vzroke navedle pomanjkanje socialnih stikov povzročitelja (v 8 primerih oz. 47,1 %), telesno nemoč starejše osebe (v 6 primerih oz. 35,3 %) in alkoholizem povzročitelja (v 3 primerih oz. 17,6 %). V enakem deležu (2 primerih oz. 11,8 %) kot vzroki sledijo še nizka izobrazba in samozavest povzročitelja, nezadovoljstvo povzročitelja s partnerskim življenjem in splošni slabi odnosi v družini, preobremenjenost izvajalca oskrbe, slab ekonomski položaj povzročitelja ter pripadnost storilca drugi kulturi. Preostale razloge

žrtve v DSO niso navedle. Izstopata telesna nemoč starostnika in pomanjkanje socialnih stikov povzročitelja kot glavna vzroka za pojav nasilja nad starejšimi.

**Tabela 5: Mnenje žrtev o vzrokih za pojav nasilja, porazdeljeno na DSO in domače okolje**

| Vzrok                                                      | Doma      |    | DSO |    |
|------------------------------------------------------------|-----------|----|-----|----|
|                                                            | Frekvenca |    |     |    |
|                                                            | DA        | NE | DA  | NE |
| Povzročitelj je alkoholik.                                 | 3         | 27 | 3   | 14 |
| Povzročitelj je odvisen od nelegalnih drog.                | 1         | 29 | 0   | 17 |
| Brezposelnost povzročitelja.                               | 2         | 28 | 0   | 17 |
| Nizka izobrazba povzročitelja.                             | 1         | 29 | 2   | 15 |
| Težavno otroštvo povzročitelja.                            | 0         | 30 | 0   | 17 |
| Povzročitelj ima težave v službi.                          | 8         | 22 | 0   | 17 |
| Nezadovoljstvo povzročitelja s partnerskim življenjem.     | 6         | 24 | 2   | 15 |
| Preobremenjenost, izčrpanost osebe, ki je izvajala oskrbo. | 4         | 26 | 2   | 15 |
| Slab ekonomski položaj povzročitelja (revščina).           | 5         | 25 | 2   | 15 |
| Povzročitelj pripada drugi kulturi.                        | 0         | 30 | 2   | 15 |
| Nizka samozavest povzročitelja.                            | 3         | 27 | 2   | 15 |
| Nasilne vsebine v medijih.                                 | 0         | 30 | 0   | 17 |
| Pomanjkanje socialnih stikov povzročitelja.                | 9         | 21 | 8   | 9  |
| Maščevanje.                                                | 6         | 24 | 2   | 15 |
| Splošni slabi odnosi v družini.                            | 7         | 23 | 2   | 15 |
| Telesna nemoč starejše osebe.                              | 11        | 19 | 6   | 11 |
| Osamljenost starejše osebe.                                | 5         | 25 | 0   | 17 |
| Povzročitelj je finančno odvisen od starejše osebe.        | 7         | 23 | 0   | 17 |
| Povzročitelj je stanovanjsko odvisen od starejše osebe.    | 0         | 30 | 0   | 17 |
| Želja po čim hitrejši pridobitvi dediščine.                | 7         | 23 | 0   | 17 |

Pri posameznikih, ki so ukrepali zoper storilca nasilja, nas je zanimalo tudi njihovo mnenje o ustreznosti nudenja pomoči s strani strokovnih služb. Izpraševanci so posamezne trditve ocenjevali z ocenami od 1 do 5, kjer 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjajo, 5 pa, da se s trditvijo popolnoma strinjajo.

**Tabela 6: Zadovoljstvo žrtev z ukrepanjem strokovnih služb, porazdeljeno na DSO in domače okolje**

| Trditve                                                                                     | Doma  |   |   |   |   | DSO |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|
|                                                                                             | Ocena |   |   |   |   |     |   |   |   |   |
|                                                                                             | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Po pritožbi zoper povzročitelja mi je bila nudena ustrezna pomoč s strani strokovne službe. | 5     | 1 | 2 | 0 | 1 | 4   | 2 | 3 | 1 | 7 |
| Moje pritožbe o nasilju niso jemali resno.                                                  | 2     | 4 | 3 | 0 | 0 | 2   | 2 | 3 | 1 | 9 |
| Storilci so se mi opravičili.                                                               | 3     | 0 | 1 | 4 | 1 | 12  | 3 | 1 | 1 | 0 |

Ugotovili smo, da je bilo od 26 žrtev (9 iz domačega okolja in 17 iz DSO) le 34,6 % zadovoljnih z ukrepanjem strokovnih služb ob prijavi nasilja in kar 38,5 % žrtev je poročalo o neresnosti jemanja njihovi pritožb. Breme in odgovornost za posredovanje v primerih nasilja prevzema skupnost in ne posameznik, ki je žrtev nasilja. Naloga skupnosti je torej, da zagotovi žrtvi varnost, povzročitelja pa sooči z odgovornostjo za njegova ravnanja. Med institucijami in organizacijami mora biti dobro organiziran sistem medsebojnega informiranja, strokovnjakom pri posredovanju v primerih nasilja pa so v pomoč smernice in protokoli, ki natančno opisujejo postopke ravnanja. Takšen način dela izboljšuje kakovost pomoči starejšim z izkušnjo nasilja in zavezuje akterje, da vsak na svojem področju izdeluje in udejanja strategije in prakse za boljšo zaščito žrtev nasilja. Poleg ukrepov za pomoč žrtvam nasilja, kot npr. odstranitev povzročitelja nasilja in uvedba prepovedi približevanja žrtvi, so potrebne tudi sistemske rešitve oz. pomoč storilcem, da spremenijo svoje vedenjske vzorce.

Obvezno bi moralo biti izobraževanje in strokovno usposabljanje za delo s povzročitelji nasilja v organih odkrivanja, pregona in razsojanja. Svetovanje organov storilcem nasilja sicer ni primarna naloga niti zakonsko določena. Kljub temu lahko s pravilnim informiranjem storilca glede možnosti, ki jih ima na voljo, da si tudi sam pomaga oz. si poišče pomoč pri ustreznih institucijah, veliko prispevajo k dolgoročnemu reševanju njegovih težav. Pomanjkanje dela s storilci je bilo vidno tudi v naši raziskavi, saj se odnos med žrtvijo in storilcem po prijavi pristojnim organom v največ primerih ni spremenil (46,1 %), izboljšal se je le v šestih (23,1 %), v enem primeru pa se je celo poslabšal. Sedem žrtev (27%) po izvedbi ukrepov s storilcem ni imelo več stikov.

## **5 RAZPRAVA**

Ugotovili smo, da se nasilje med in nad starostniki pogosteje pojavlja med tistimi, ki starost preživljajo doma kot pa med starostniki v domovih za starejše občane. Tudi narava nasilja se razlikuje; v pogovorih s starostniki v DSO so le-ti zelo pogosto izpostavili, da s strani strokovnega osebja najpogosteje doživljajo vedenje, ki bi ga lahko opisali kot razosebljanje in kršitev dostojanstva. Negovalno osebje je (lahko) pokroviteljsko, prav tako pa je (lahko) kršena njihova zasebnost. Razosebljanje je bilo še posebej pogosto omenjeno v povezavi s pomanjkanjem časa negovalnega osebja pri izvajanju nege ali terapije. Tako so v okviru fizičnega nasilja poročali o bolečini, ki jo pogosto občutijo pri izvajanju nege. Ena izmed udeleženk je malo zamudila na delavnico in se opravičila, da je kopanje malce dlje trajalo. Nakar je zastala in tiho dodala: »No, mavžali so me.«. Negovalci tega niso storili zanalašč, vendar gospa se je počutila zgolj kot objekt, ki ga je treba umiti. Če nekaj dojemamo kot neprijetno, potem tako je; vse, kar ljudje čutimo,

da ni v redu, se šteje za neželjeno vedenje. Svet ni črno-bel in posameznikovo dojemanje nasilja je subtilno.

Naslednje najpogostejše oblike nasilja, o katerem so poročali na delavnicah, so se navezovala na konflikte med samimi stanovalci DSO. Ker živijo v skupnosti z osebami, ki si jih niso izbrali za sobivanje, pogosto med njimi prihaja do sporov, najpogostejše pa so omenjali ogovarjanje in širjenje govoric. Pri finančnem nasilju so največkrat izpostavili majhne tatvine. Starostniki so večkrat poudarili, da razumejo kadrovske stiske v posameznih domovih, vendar pa določena vedenja (na primer neosebno obravnavo, posiljeno jemanje zdravil, prisilno hranjenje) včasih razumejo kot nasilje.

Je pa potrebno poudariti tudi to, da so starostniki v domovih svoje bivanje označili kot zelo varno in kakovostno in da v domovih zelo poredko doživljajo vedenje, ki ga lahko razumemo kot nasilno. Veliko pogostejše kot z nasiljem pa se soočajo z osamljenostjo in občutkom nemoči, še posebej tisti, ki so gibalno ovirani in potrebni pomoči in nege. Želijo si, da bi jim zaposleni namenili vsaj nekaj minut dnevno, da bi jim lahko zaupali svojo stisko.

V primerjavi z nasiljem nad ženskami in otroki je nasilje nad starejšimi pozornost družbe dobilo šele nedavno. Zavedanje o nasilju med starejšimi krepijo predvsem študije mednarodnih organizacij kot so Združeni narodi, Svet Evrope in Svetovna zdravstvena organizacija. Spremembe so zaznane na politični in zakonodajni ravni, obstoječe družbene vrednote, norme in vsakodnevne prakse pa so še vedno močne in ne sledijo temu napredku. Na splošno se starejši še vedno soočajo s posebnimi težavami, kot so omejevanje pravic na področju zdravstva, nedosegljivost socialnih storitev, slaba informiranost starejših o svojih pravicah ipd.

Če želimo preprečiti grdo ravnanje s starejšimi, morajo posamezniki, ki skrbijo za starejše na njihovih domovih ali v institucijah, posebno pozornost nameniti tistim z visokim tveganjem, da postanejo žrtve ali storilci nasilja. Še toliko bolj pa morata biti tako strokovna kot laična javnost ozaveščeni, da ta problem obstaja in biti seznanjena z njegovimi različnimi pojavnimi oblikami. Kot že omenjeno, starejši, ki so žrtve nasilja, pogosto neradi spregovorijo o tem, zaradi česar je toliko bolj pomembno, da drugi, ki prepoznajo obstoj nasilja, to sporočijo ustreznim organom. Potrebna je podpora, izobraževanje in pomoč vsem strokovnim delavcem na področju dela s starejšimi, da zaradi preobremenjenosti ne bo več prihajalo do neustreznega ravnanja s starostniki, ki so odvisni od pomoči. Dobro oskrbo in kakovost življenja je potrebno zagotoviti vsem, tako tistim, ki se odločijo ostati v domačem okolju kot tistim, ki izberejo institucionalno oskrbo. Tako sta potrebna tudi pomoč in podpora svojcem, ki se odločijo, da bodo skrbeli za svojega pomoči potrebnega bližnjega, da bi lahko dlje časa ostal v domačem okolju. Pri tem ne mislimo le na finančno pomoč, temveč tudi ustrezno podporo

v obliki usposabljanja in izobraževanj za zahtevno nalogo, ki so jo prevzeli, da ji bodo kos.

Slovenija je po ustavi socialna država, zato moramo pričakovati, da bo to sposobna z dejanji tudi pokazati. Še veliko je potrebno storiti za zagotovitev ustrezne zdravstvene in socialne varnosti ter za uveljavitev časovno in cenovno dosegljivih oblik pomoči za starejše, ki to potrebujejo. Organizirati moramo še več raznovrstnih oblik institucionalnega varstva, ki poleg že naštetega ustrezajo tudi merilom sodobnega življenja in omogočajo aktivno preživljanje časa ter ohranjanje socialnih stikov svojih prebivalcev. Za učinkovito spoprijemanje z nasiljem nad starejšimi pri nas bi bilo potrebno prilagoditi, spremeniti ali dopolniti zakone, ki se dotikajo tega področja (npr. Kazenski zakonik, Zakon o kazenskem postopku, Zakon o preprečevanju nasilja v družini, ...), predvsem pa v oblikovanje raznih dokumentov, politik in programov aktivno vključiti starejše, saj oni najbolj vedo, kaj potrebujejo. Na tem mestu moramo najprej oceniti, kaj smo že dosegli in koliko si zares prizadevamo za uresničevanje ciljev, opredeljenih v že sprejetih dokumentih. Zavedati se moramo, da dobro spisana zakonodaja še ne zagotavlja ustreznega obravnavanja določenega družbenega problema, temveč se doprinos le-te kaže v njenem kakovostnem izvajanju.

Kot pravi Filipčičeva (2000), podiranje tabujev in množenje literature o različnih oblikah nasilja v družini v zadnjih desetletjih ustvarja vtis, da je tega pojava vedno več, kar nas vodi k idealiziranju preteklosti. Ravno nasprotno pa nas zgodovina uči, da je nasilja vedno manj in da v resnici upada družbena strpnost do nasilja v družini. Čas je, da prenehamo avtomatično jemati družino kot najvarnejši kraj, kamor bi se posameznik lahko zatekel pred napetostmi in našel razumevanje ter podporo družinskih članov, saj temu ni tako. Poleg običajnih konfliktov, ki nastopijo v vsakdanji interakciji posameznikov, so vir stresa v družini tudi pričakovanja družbe, ki pa pogosto presegajo zmožnosti družine.

Tako v domačem kot institucionalnem okolju je potrebno dati poudarek ustvarjanju kakovosti posameznikovega življenja, prilagojene oskrbe in zagotavljanju pravice do dostojanstva. Ustvarjanje pogojev za varno starost in dostojno preživetje za vse, ki niso sposobni skrbeti sami zase, je pomembna naloga vseh nas in ne sme biti predmet razprave o smotrnosti, navsezadnje se v tem življenjskem obdobju slej ko prej znajdemo vsi.

#### LITERATURA

- Filipčič, K. (2000). Miti o nasilju v družini. V: *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 51(3), 197-206.
- Georgantzi, N. (2012). *Elder abuse and neglect in the European Union*. Pridobljeno na <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/ElderAbuseNGOEWG2012.pdf>.
- Lešnik Mugnaioni, D. (2004). Nasilje nad starejšimi. V Horvat, D., Lešnik Mugnaioni, D. in Plaz, M., (ur.), *Psihosocialna pomoč ženskam in otrokom, ki preživljajo nasilje - priročnik* (str. 88-93). Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja.
- Pentek, M. in Kocijan, M. (2006). Nasilje, zloraba in starejši ljudje. V J. Balažič in P. Kornhauser (ur.), *Zloraba in nasilje v družini in družbi, XII. Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega* (str. 56-

- 64). Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete.
- Sleap, B. (2011). Discrimination in old age: multiple cumulative and on the increase. *HelpAge International*. Pridobljeno na <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/HelpAge%20briefing%20discrimination%20in%20old%20age%20Aug%202011.pdf>.
- Stop violence against elderly women: STOP V.I.E.W. (2009). *Analysis and discussion on the subject of violence against elderly women. Final report*. Pridobljeno na [http://www.zdus-zveza.si/docs/STOP%20V.I.E.W/766\\_Porocilo\\_nasilje\\_nad\\_starejsimi\\_zenskami.pdf](http://www.zdus-zveza.si/docs/STOP%20V.I.E.W/766_Porocilo_nasilje_nad_starejsimi_zenskami.pdf).
- Veber, S. (2004). Zloraba starih ljudi in nasilje nad njimi. *Obzornik zdravstvene nege*, 2004(38), 149-157.
- WHO (World Health Organization). (2002). *World report on violence and health*. Pridobljeno na [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1).
- WHO (World Health Organization). (2002). *Missing voices: View of older persons on elder abuse*. Pridobljeno na [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67371/1/WHO\\_NMH\\_VIP\\_02.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67371/1/WHO_NMH_VIP_02.1.pdf).
- WHO, (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Pridobljeno na [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf).
- Wiehe, V. R. (1998). *Understanding family violence: treating and preventing partner, child, sibling and elder abuse*. London: Sage, cop.

### **Naslova avtorjev:**

#### **Teja Primc**

Evidentium d.o.o., Ljubljanska cesta 12F, 1236 Trzin  
e-naslov: teja.primc@gmail.com

#### **Izr. prof. dr. Branko Lobnikar**

Fakulteta za varnostne vede, Univerza v Mariboru  
Kotnikova 8, 1000 Ljubljana  
e-naslov: branko.lobnikar@fvv.uni-mb.si

**Lidija Gradišnik, Danica Železnik,  
Uroš Maver, Tomaž Velnar**

## **Pomen vitamina D za kakovostno staranje**

### **POVZETEK**

Pomanjkanje različnih vitaminov lahko povzroči različne vrste obolenj, pri katerih so bolezenski znaki značilno povezani z vlogo posameznega vitamina v delovanju telesa. Tudi vitamin D je vključen v patogenezo mnogih bolezni, njegovo pomanjkanje pa je kritično predvsem pri starejših ljudeh. K izboljšanju zdravja starejše populacije bi lahko pripomogli z nadomeščanjem vitamina D, z ustrežno motivacijo in ozaveščanjem glede vplivov njegovega pomanjkanja na nastanek osteoporoze, s promocijo zdravega življenjskega sloga in poudarjanjem aktivne starosti ter vseživljenjskega učenja.

**Ključne besede:** vitamin D, pomanjkanje vitamina D, dejavniki tveganja, staranje.

### **AVTORJI**

**Lidija Gradišnik** je študentka socialne gerontologije na Almi Mater Europaea, zaposlena kot raziskovalka na Inštitutu za biomedicinske vede na Medicinski fakulteti v Mariboru. Njeno primarno področje raziskovanja so celične kulture, ljubiteljsko študira socialno gerontologijo. Sodeluje pri projektih, katerih cilj je zdrava in aktivna starost.

**Danica Železnik** je redna profesorica s področja zdravstvenih ved in gerontologije. Zaključila je specializacijo iz gerontologije in rehabilitacije na Deaconal University College, Lovisenberg v Oslu na Norveškem in doktorat s področja zdravstvenih ved na University of Oulu, Faculty of Medicine na Finskem. Karierno pot je pričela v UKC Maribor na ortopedskem oddelku, kjer je delovala več kakor dvajset let. Kot prodekanica za izobraževanje je delovala na Univerzi v Mariboru, od leta 2009 pa opravlja funkcijo dekanice na Fakulteti za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec.

**Uroš Maver** je farmacevt, raziskovalec in predavatelj na Medicinski fakulteti v Mariboru, kjer vodi Inštitut za biomedicinske vede. Med primarne raziskovalne usmeritve sodijo interdisciplinarne raziskave s fokusom na izboljšanje kvalitete življenja različnih bolnikov. S področjem vpliva pomanjkanja vitamina D na zdravje se ukvarja že nekaj časa.

**Tomaž Velnar** je zaposlen kot zdravnik v UKC Ljubljana, aktiven pa je tudi na raziskovalnem področju. Raziskovalno redno sodeluje z ostalimi avtorji, skupaj pa so začeli z multicentrično raziskavo o pomanjkanju vitamina D med starejšimi ljudmi.

## ABSTRACT

**Importance of vitamin D for quality ageing**

Deficiency of various vitamins may cause different types of illnesses where the signs of the disease are characterized by the lack of a particular vitamin. Vitamin D is an important vitamin, involved in the pathogenesis of many diseases. Its deficiency is critical especially for older people. In order to improve the health of the elderly, vitamin D supplements, proper motivation and awareness of vitamin D and osteoporosis deficiency can be promoted by encouraging a healthy lifestyle and emphasizing active ageing and lifelong learning.

**Keywords:** vitamin D, vitamin D deficiency, risk factors, aging.

## AUTHORS

**Lidija Gradišnik** is a student of social gerontology at the Alma Mater Europea and employed as a researcher at the Institute of Biomedical Sciences at the Faculty of Medicine – University of Maribor. Her primary field of research are cell cultures; additionally, she studies social gerontology. She is involved in healthy and active ageing projects.

**Danica Železnik** is a professor of health sciences and gerontology. She made specialization in gerontology and rehabilitation at Deaconal University College, Lovisenberg in Oslo, Norway and got her PhD degree in health sciences at University of Oulu, Faculty of Medicine in Finland. She has worked at UKC Maribor, department of orthopaedics for two decades. Since 2009 she has been working as a dean of the Faculty of Health and Social Sciences in Slovenj Gradec.

**Uraš Maver** is a pharmacist, researcher and lecturer at the Faculty of Medicine in Maribor, where currently is a head of the Institute of Biomedical Sciences. His primary research field is multi-disciplinary approach, focused on improvement of life of patients and impact of deficiency of vitamin D on health.

**Tomaž Velnar** is employed as medical doctor at the UKC Ljubljana, but is also very active on research field, cooperating with other researchers; together they initiated a multicentric research on deficiency of vitamin D among older people.

## 1 UVOD

Pomanjkanje vitamina D je v zadnjih letih postalo zelo pomemben problem, ki pa se ga kljub temu še ne zavedamo dovolj. Vitamin D je vključen v patogenezo številnih bolezenskih procesov in je pomemben za normalno delovanje organizma v vseh starostnih obdobjih. Kljub dostopnosti literature v zvezi s priporočili za vnos vitamina D in problematiki pomanjkanja pri starejših, še vedno ni dovolj dostopnih podatkov na širši ravni, ki bi omogočili primerno postavitev strategij za vnos ustrezne količine vitamina D. Po grobih ocenah naj bi približno milijardi ljudi po svetu primanjkovalo vitamina D. Njegovemu pomanjkanju so

lahko izpostavljene vse starostne skupine (Holick, 2007). Pomanjkanje je kritično predvsem pri starejših ljudeh. Natančnega zbiranja podatkov o vsebnosti in pomanjkanju vitamina D pri ljudeh v različnih življenjskih obdobjih še nimamo. Pri tem se je pomembno tudi zavedati, da so priporočila in zahteve za vnos v preventivi in kurativi zelo različne. Zaradi izjemnega pomena za zdravje dodajajo vitamin D preventivno v prehrano dojenčkov in ponekod tudi nosečnic, še vedno pa pomanjkanje zadeva predvsem starejšo populacijo, saj ga pri tej starostni skupini ne odpravljamo tako aktivno kot na primer pri dojenčkih (Shlisky in sod., 2017; Artaza in sod., 2009).

Vitamin D v večji meri nastaja v koži, v manjši meri pa ga vnesemo s hrano, v kateri pa je prisoten le v majhnih količinah, zato je njegov ustrezen vnos s hrano težko zagotoviti. To je še posebej velik problem za tiste skupine ljudi, ki se soncu ne izpostavljajo dovolj. EFSA (*angl.* European Food Safety Agency) je nedavno objavila poročilo, v katerem povezuje pomanjkanje vitamina D z mnogo več bolezenskimi stanji, kakor je veljalo v preteklosti. Tako so dokazali povezavo med pomanjkanjem vitamina D in nekaterimi znanimi oblikami raka, multiple skleroze, sladkorne bolezni, nekaterimi avtoimunskimi boleznimi, hipertenzijo in infekcijskimi boleznimi (Artaza in sod., 2009).

## 2 ODKRITJE VITAMINA D

Ime *vitamin* je prvi uporabil poljski biokemik Casimir Funk leta 1911. Najprej so znanstveniki mislili, da gre za amine, ker so te substance vsebovale amino-skupino. Ker pa so življenjsko pomembne, so dobile ime iz skovanke dveh besed (*vita* – življenje in *amini* – dušikova substanca, ki je nujna za delovanje organizma). Leta 1912 je bilo ime sprejeto v znanstvenih krogih (Semba, 2012). Preden je bila znana kemijska struktura vitaminov, je njihovo označevanje potekalo z velikimi črkami. Poimenovanje vitaminov s črkami je še danes zelo razširjeno: A, B, C, D, E, K (Harrison, Curley, 2016).

Ko so iskali zdravilo proti rahitisu, so leta 1913 raziskovalci odkrili pomožne hranilne substance – vitamine, topne v maščobah. Sprva so predvidevali, da gre za eno obliko vitamina, nato pa so izolirali dve substanci. Eno so poimenovali vitamin A, drugo, ki je preprečevala nastanek rahitisa, pa vitamin D (Rosenfeld, 1997). Zaradi pozitivnega učinka na rahitis so ga imenovali tudi antirahitični vitamin. Dokazano je bilo, da vnos tega vitamina s hrano in z izpostavljanjem soncu omogoča preprečevanje in zdravljenje te bolezni (Eggersdorfer idr., 2012).

Vitamin D (kalciferol) je lipotopni vitamin (Holick, 2007). Skupina vitaminov D zajema sedem različic ali izomer. Te imajo podobno kemijsko strukturo, med seboj se razlikujejo le v strukturi stranske verige. V terapevtske namene in pri kliničnem določanju količine vitamina D v krvni plazmi uporabljamo le dve obliki

tega vitamina, ki sta tudi najbolj učinkoviti. To sta vitamin D3 (holekalciferol) in vitamin D2 (ergokalciferol).

Vitamin D je po načinu delovanja in strukturi predstopnja steroidnih hormonov. Večinoma se sintetizira v koži pod vplivom sončne svetlobe – ultravijoličnih žarkov (vitamin D3), majhen delež pa ga dobimo s hrano ali prehranskimi dodatki (vitamin D3 in D2). Iz 7-dehidroholesterol, ki je živalskega izvora in je provitamin za vitamin D3, nastane najprej previtamin D3, ki se nato v kožnih celicah takoj pretvori v vitamin D3. Vitamin D2 pridobivajo z ultravijoličnim sevanjem iz ergosterola. Ta je rastlinskega izvora, pridobivajo ga iz gliv in je provitamin za vitamin D2 (Holick, 2007; Norval, Björn, de Gruijl, 2010; Resmini, Tarantino, Iolascon, 2013).

### 3 KLINIČNI POMEN VITAMINA D

Z laboratorijskimi testi v klinični medicini navadno določamo vrednosti 25-hidroksivitamina D v plazmi (Zapleni idr., 2007). Čeprav ta koncentracija ne predstavlja koncentracije vitamina D, ki je shranjena v tkivih, je ta oblika najbolj primeren kazalec celotne vsebnosti vitamina D v telesu, ki ga dobimo s hrano, prehranskimi dopolnili ali ki nastane pri sončenju (NIH, 2009; Zapleni idr., 2007). Idealne koncentracije vitamina D v plazmi niso natančno določene, vendar so na osnovi velikih študij oblikovali priporočila za vnos vitamina D in določili klinične referenčne vrednosti (NIH, 2009).

Koncentracijo vitamina D v plazemskem vzorcu vrednotimo po vrednostnih kriterijih in preiskovance uvrstimo v skupine ogroženosti glede na vsebnost tega vitamina (NIH, 2009). Tako vrednosti pod 12 ng/ml kažejo na hudo pomanjkanje, ki vodi pri otrocih v nastanek rahitisa, pri odraslih pa v osteoporozo. Vrednosti med 12 in 20 ng/ml pomenijo pomanjkanje vitamina D. To je nezadostna količina za vzdrževanje splošnega zdravja in zdravja kosti. Priporočene vrednosti za zdrave ljudi se gibajo med 20 in 50 ng/ml. Vrednosti nad 50 ng/ml kažejo na previsoko koncentracijo, ki je lahko povezana s škodljivimi učinki, nad 60 ng/ml pa je koncentracija vitamina D v plazmi potencialno toksična (NIH, 2009).

### 4 VLOGA VITAMINA D V OBDOBJU STARANJA

Vitamin D sodeluje pri številnih fizioloških in patofizioloških procesih v organizmu. Na molekularnem nivoju sodeluje pri rasti celic, pri vnetnih procesih, vlogo ima pri nastanku avtoimunskih bolezni, pomemben je v bioloških dogajanjih, ki zajemajo nevro-mišične funkcije in mišično-skeletni sistem (Holick, 2007; Wintermeyer in sod., 2016). Na makroskopskem nivoju se njegovo pomanjkanje kaže kot različne bolezni, ki so posledica motenega delovanja organskih sistemov.

To so osteoporoza, sarkopenija, mišična in skeletna obolenja, okužbe, kardiova-skularna obolenja, metabolni sindrom ...

Nastanek teh bolezni je tudi v starosti ob pomanjkanju vitamina D bolj ver-jeten, njihov potek pa težji. Prav zato je problem pomanjkanja vitamina D še posebej zaskrbljujoč med starejšimi ljudmi (Hayes in sod., 2016). Glavni vzroki so lahko neustrezna prehrana, nezadostna izpostavljenost sončni svetlobi ali oboje skupaj (Wyskida in sod., 2017). Tudi določena bolezenska stanja lahko vplivajo na pomanjkanje vitamina D (Keller in sod., 2017; Watanabe in sod., 2013). Ocenjujejo, da kar 90 % odraslih v starostnem obdobju med 50 in 80 let samo s hrano ne dobi dovolj vitamina D. Pomanjkanje vitamina D je zato pri starejših ljudeh pomembno pri nastanku številnih bolezni in je povezano z različ-nimi dejavniki tveganja za poslabšanje zdravstvenega stanja. Ti vključujejo spol, prehranske navade, upad kostne gostote, izpostavljenost sončenju, pomanjkanje gibanja (Watanabe in sod., 2013).

Znano je, da lahko vitamin D pomaga pri preprečevanju različnih bolezenskih stanj. Tako zadostne količine vitamina D preprečujejo nastanek osteoporoze in osteopenije. Manj je virusnih obolenj; z dvigom plazemske koncentracije vita-mina D za 4 ng/ml je za 7 % zmanjšana verjetnost obolevnosti zaradi gripe. Z uživanjem zadostnih količin vitamina D je tudi manj astmatičnih napadov ali obstruktivne pljučne bolezni (Berry, Hesketh, Power, Hypponen, 2011; Shahren idr. 2011). Nizka koncentracija vitamina D pri starejših kar za 55 % poveča tveganje za nastanek okužbe dihal, obolevnost za Alzheimerjevo boleznijo in različnimi vrstami demence (Afzal, Bojesen, Nordestgaard, 2014). V pomenopavzalnem obdobju je za ženske z višjimi koncentracijami vitamina D 12 % manj tveganja, da bodo zbolele za rakom dojke (Bauer, Hankinson, Bertone-Johnson, Ding, 2013). Dvig plazemske koncentracije vitamina D zmanjša možnost za nastanek povišanega krvnega tlaka, metabolnega sindroma, sladkorne bolezni, multiple skleroze in psihiatričnih obolenj (Kunutsor, Burgess, Munroe, Khan, 2014). Po-javnost depresivnih simptomov pri starejši populaciji se giba do 40 %. Dokazano je, da je eden izmed vzrokov za nastanek depresije in kognitivnega upada lahko tudi pomanjkanje vitamina D, ki je bistven za normalno funkcioniranje kolesja mentalnega in psihofizičnega mehanizma (Jovanova in sod. 2017).

## **5 POMEN VITAMINA D ZA MIŠIČNO-SKELETNI SISTEM**

Epidemiološke raziskave kažejo, da je pomanjkanje vitamina D povezano s številnimi težavami pri starejših. Klinično pa se pomanjkanje vitamina D najpo-gosteje kaže kot bolezen kosti zaradi demineralizacije. Lahko se pojavijo bolečine v kosteh in sklepih, oslabeledost mišic, mišični krči ali zlomi že ob delovanju majhne sile na kosti, ker so te preveč krhke in lomljive. Podporno zdravljenje z dodatki vitamina D te težave lahko zmanjša (Artaza idr., 2009; Žofková, 2016).

S pomanjkanjem vitamina D najpogosteje povezujemo nastanek osteoporoze. To je metabolna kostna bolezen, ki je zaradi svoje visoke smrtnosti in obolevnosti eden od pomembnih javnozdravstvenih problemov. Zanj je značilno zmanjšanje kostne jakosti in mase kosti ter porušena sestava kostnega tkiva do te mere, da kost postane lomljiva in krhka. Od normalne kosti se osteoporotična kost razlikuje po sestavi in vsebnosti kostnih mineralov. Kostne trabekule se tanjšajo in izginjajo, zato je za zlom potrebna majhna zunanja sila (Bouxsein, Karasik, 2006). Pomembna prednost kostnine je sposobnost samoobnavljanja, tako da lahko bolje prenaša mehanične obremenitve. Pri osteoporozi je ta sposobnost samoobnavljanja zmanjšana, slabša pa je tudi kvaliteta kostnine, kar se odraža v njeni krhkosti in patološki lomljivosti (Holick, 2007; Velnar, Bunc, Gradišnik, 2015). V raziskavah so pokazali, da ima več kot 50 % žensk, ki se zdravi zaradi osteoporoze, neustrezno količino vitamina D, zato je dodajanje vitamina D pri ljudeh z izgubo kostne mase ključnega pomena za optimalno okrevanje (Holick, 2007).

Osteoporotični zlomi so trikrat pogostejši pri ženskah, pogosteje pa se pojavljajo po 50. letu starosti. Najpogosteje pride do sesedanja ali kompresijskih zlomov vretenc, stegneničnega vratu, zlomov koželjnice v zapestju in zgornjega dela nadlahtnice (Benhamou, 2007; Rincon-Kohli, Zysset, 2008). Tako je na primer smrtnost, povezana z zlomi kolka, v prvem letu po poškodbi od 13 % do 30 %, po enem letu pa se preživetje izenači z ostalo populacijo za isto starostno skupino. Zlomi stegneničnega vratu in kosti trohanternega predela so namreč eni najpogostejših zlomov in zavzemajo skoraj polovico vseh zlomov stegenice pri starejših (Annweiler, Beauchet, 2015).

Pomanjkanje vitamina D je tudi znan dejavnik tveganja za pridružene zdravstvene težave ter predvsem padce in poškodbe pri starejših ljudeh (Jovanova idr., 2017; Watanabe, Okazaki, 2013). Opisana je bila tudi večja nagnjenost k padcem in poškodbam pri ljudeh s pomanjkanjem vitamina D. Klinične raziskave so tako pokazale, da vsakodnevno uživanje 20 µg (kar ustreza 800 IE) vitamina D, in lahko tudi kalcija, učinkovito zmanjša tveganje padcev in zlomov. Pokazali so tudi, da 10 µg (400 IE) vitamina D dnevno ali parenteralni odmerki (100000 IE) trikrat letno zmanjšajo tveganje za nastanek zlomov pri starejših od 65 let, ki živijo doma (Katrinaki idr., 2016).

## **6 DEJAVNIKI TVEGANJA, POVEZANI S POMANJKANJEM VITAMINA D PRI STAREJŠIH**

Dejavniki tveganja, povezani s pomanjkanjem vitamina D, so številni predvsem pri starejših ljudeh (Seals idr., 2016). Z naraščajočo starostjo je izpostavljenost sončenju navadno omejena zaradi sprememb v življenjskem slogu, kot so zmanjšane dejavnosti na prostem in zmanjšana zmožnost gibanja. S tem so ljudje

manj izpostavljeni sončni svetlobi, ki je potrebna za sintezo vitamina. Gibanje povzroča stalno obremenjevanje mišično-skeletnega sistema, kar krepi mišice in stalno pregrajuje kostne strukture, ohranja spretnosti in ravnotežje ter zmanjšuje verjetnost za padce (Velnar idr., 2015).

V koži s starostjo upada potencial za sintezo vitamina D zaradi atrofičnih sprememb in manjše vsebnosti vitaminskega prekursorja. Te spremembe v presnovi vitamina D so sicer prisotne pri starejših na splošno, postanejo pa bolj izrazite pri tistih, ki imajo povečano tveganje za pomanjkanje vitamina D, še posebej v zimskih mesecih in ki večino časa preživijo v zaprtih prostorih.

Številni starejši ljudje se zdravijo zaradi ledvičnih bolezni, kar zmanjša ledvično produkcijo vitamina D (Jankowska idr., 2017). Pomemben dejavnik je tudi prehrana, ki lahko postane manj raznolika, z nižjo vsebnostjo naravnega vitamina D. Vse to lahko privede do hudih posledic, ki se kažejo na delovanju vseh organskih sistemov (Holick, 2007).

## 7 IZGLEDI ZA PRIHODNOST

Kakovostno življenje v starosti omogočata – poleg socialne vključenosti – tudi ustrezna prehrana in primerna telesna aktivnost. Svetovna zdravstvena organizacija je v strategiji za enega izmed ciljev postavila tudi prizadevanje za zdravo staranje. Cilj je povečanje deleža starejših, ki so sposobni ostati čim dlje samostojni in živeti v domačem okolju, ter povečati delež starejših, ki imajo dejavno družbeno vlogo in uživajo poln zdravstveni potencial (Maurice, 2016; WHO, 2004).

Poleg aktivnosti posameznika, ki je pri tem glavno gonilo, lahko na tem področju pomaga tudi družba z vzdrževanjem zdravja, preventivnim delovanjem in preprečevanjem razvoja bolezni v vseh življenjskih obdobjih (Maurice, 2016). Eno od rešitev za prihodnost vidimo tudi v bolj intenzivnem vključevanju socialnih gerontologov v to problematiko in tesnejše povezovanje z zdravstvenim sistemom na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva, kar bi izboljšalo oskrbo starejših ljudi. Socialni gerontologi lahko na tem področju s poznavanjem in razumevanjem problematike starejšega prebivalstva pomagajo k izboljšanju življenjskega sloga, psihofizične kondicije in sodelujejo pri spodbujanju zdrave in kakovostne starosti (Schmidt in sod., 2016).

### LITERATURA

- Afzal S, Bojesen SE, Nordestgaard BG. Reduced 25-hydroxyvitamin D and risk of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Alzheimers Dement.* 2014;10(3):296-302.
- Annweiler C, Beauchet O. Questioning vitamin D status of elderly fallers and nonfallers: a meta-analysis to address a 'forgotten step'. *J Intern Med.* 2015;277(1):16-44.
- Artaza JN, Mehrotra R, Norris KC. Vitamin D and the Cardiovascular System. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology.* 2009;4(9):1515-22.
- Bauer SR, Hankinson SE, Bertone-Johnson ER, Ding EL. Plasma vitamin D levels, menopause, and risk of breast cancer: dose-response meta-analysis of prospective studies. *Medicine* (Baltimore). 2013;92(3):123-31.

- Benhamou CL. Effects of osteoporosis medications on bone quality. *Joint Bone Spine*. 2007;74(1):39-47.
- Berry DJ, Hesketh K, Power C, Hyppönen E. Vitamin D status has a linear association with seasonal infections and lung function in British adults. *Br J Nutr*. 2011;106(9):1433-40.
- Bouxsein ML, Karasik D. Bone geometry and skeletal fragility. *Curr Osteoporos Rep*. 2006;4(2):49-56.
- Eggersdorfer M, Laudert D, Létinois U, McClymont T, Medlock J, Netscher T, Bonrath W. One hundred years of vitamins-a success story of the natural sciences. *Angew Chem Int Ed Engl*. 2012;51(52):12960-90.
- Harrison EH, Curley RW Jr. Carotenoids and Retinoids: Nomenclature, Chemistry, and Analysis. *Subcell Biochem*. 2016;81:1-19.
- Hayes A, Cashman KD. Food-based solutions for vitamin D deficiency: putting policy into practice and the key role for research. *Proc Nutr Soc*. 2016;1-10.
- Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med*. 2007;357(3):266-81.
- Jankowska M, Rutkowski B, Dębska-Ślizień A. Vitamins and microelement bioavailability in different stages of cronic kidney Ddisease. *Nutrients*. 2017;9(3):e282. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Jankowska+M%2C+Rutkowski+B%2C+D%C4%99bska-%C5%9Ali zie%C5%84+A.+Vitamins+and+Microelement+Bioavailability+in+Different+Stages+of+Ch ronic+Kidney+Disease> (18. 4. 2017).
- Jovanova O, Aarts N, Noordam R, Carola-Zillikens M, Hofman A, Tiemeier H. Vitamin D serum levels are cross-sectionally but not prospectively associated with late-life depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(3):185-94.
- Katrinaki M, Kampa M, Margioris A, Castanas E, Malliaraki N. Vitamin D levels in a large Mediterranean cohort: reconsidering normal cut-off values. *Hormones (Athens)*. 2016;15(2):205-23.
- Keller HH, Carrier N, Slaughter S, Lengyel C, Steele CM, Duizer L, Brown KS, Chaudhury H, Yoon MN, Duncan AM, Boscart VM, Heckman G, Villalon L. Making the most of mealtimes (M3): protocol of a multi-centre cross-sectional study of food intake and its determinants in older adults living in long term care homes. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):15.
- Kunutsor SK, Burgess S, Munroe PB, Khan H. Vitamin D and high blood pressure: causal association or epiphenomenon? *Eur J Epidemiol*. 2014;29(1):1-14.
- Maurice J. WHO puts healthy ageing on the front burner. *Lancet*. 2016 Jan 9;387(10014):109-10.
- NIH- National institutes of health. Vitamin D fact sheet for health professionals, 2009. Dostopno na: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-HealthProfessional/> (3. 5. 2017).
- Norval M, Björn LO, de Gruijl FR. Is the action spectrum for the UV-induced production of previtamin D3 in human skin correct? *Photochem Photobiol Sci*. 2010;9(1):11-7.
- Resmini G, Tarantino U, Iolascon G. Vitamin D: role and opportunity to prescribe. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25(1):125-7.
- Rincon-Kohli L, Zysset PK. Multy-axial mechanical properties of human trabecular bone. *Biomech Model Mechanobiol*. 2009;8(3):195-208.
- Rosenfeld L. Vitamine-vitamin. The early years of discovery. *Clin Chem*. 1997;43(4):680-5.
- Seals DR, Justice JN, LaRocca TJ. Physiological geroscience: targeting function to increase healthspan and achieve optimal longevity. *J Physiol*. 2016;594(8):2001-24.
- Semba RD. The discovery of the vitamins. *Int J Vitam Nutr Res*. 2012;82(5):310-5.
- Schmidt L, Rempel G, Murray TC, McHugh TL, Vallance JK. Exploring beliefs around physical activity among older adults in rural Canada. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016;11(1):32914. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28169777> (19. 4. 2017).
- Shaheen SO, Jameson KA, Robinson SM, Boucher BJ, Syddall HE, Sayer AA, Cooper C, Holloway JW, Dennison EM. Relationship of vitamin D status to adult lung function and COPD. *Thorax*. 2011;66(8):692-8.
- Shlisky J, Bloom DE, Beaudreault AR, Tucker KL, Keller HH, Freund-Levi Y, Fielding RA, Cheng FW, Jensen GL, Wu D, Meydani SN. Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. *Adv Nutr*. 2017;8(1):17-26.
- Velmar T, Bunc G, Gradišnik L. Fractures and Biomechanical Characteristics of the Bone. *Surgical Science*. 2015;6(6):255-63.
- Zapleni J, Rucker BR, McCormic BD, Suttie WJ. *Handbook of vitamins*. Florida: Taylor&Francis; 2007.
- Žofková I. Hypercalcemia. Pathophysiological aspects. *Physiol Res*. 2016;65(1):1-10.

- Watanabe R, Okazaki R. Secondary osteoporosis or secondary contributors to bone loss in fracture. Vitamin D deficiency and fracture. *Clin Calcium*. 2013;23(9):1313-9.
- WHO. World Health Organization launches new initiative to address the health needs of a rapidly ageing population. *Cent Eur J Public Health*. 2004 Dec;12(4):210,216.
- Wintermeyer E, Ihle C, Ehnert S, Stöckle U, Ochs G, de Zwart P, Flesch I, Bahrs C, Nussler AK. Crucial Role of Vitamin D in the Musculoskeletal System. *Nutrients*. 2016;8(6):e391. Dostopno na: [\(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wintermeyer+E%2C+Ihle+C%2C+Ehnert+S%2C+St%C3%B6ckle+U%2C+Ochs+G%2C+de+Zwart+P%2C+Flesch+I%2C+Bahrs+C%2C+Nussler+AK.+Crucial+Role+of+Vitamin+D+in+the+Musculoskeletal+System.+Nutrients.+2016%3B8\(6\)\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wintermeyer+E%2C+Ihle+C%2C+Ehnert+S%2C+St%C3%B6ckle+U%2C+Ochs+G%2C+de+Zwart+P%2C+Flesch+I%2C+Bahrs+C%2C+Nussler+AK.+Crucial+Role+of+Vitamin+D+in+the+Musculoskeletal+System.+Nutrients.+2016%3B8(6)) (3. 1. 2017).
- Wyskida M, Wieczorowska-Tobis K, Chudek J. Prevalence and factors promoting the occurrence of vitamin D deficiency in the elderly. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2017;71(0):198-204.

**Naslovi avtorjev:**

**Lidija Gradišnik**, Inštitut za biomedicinske vede, Medicinska fakulteta Maribor, Taborska 8, 2000 Maribor in AMEU-ECM, Slovenska 17, 2000 Maribor.

E-naslov: [lidija.gradisnik@um.si](mailto:lidija.gradisnik@um.si)

**Danica Železnik**, Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec, Glavni trg 1, 2380 Slovenj Gradec.

E-naslov: [danica.zeleznik@gmail.com](mailto:danica.zeleznik@gmail.com)

**Uroš Maver**, Inštitut za biomedicinske vede, Medicinska fakulteta Maribor, Taborska 8, 2000 Maribor.

E-naslov: [uros.maver@um.si](mailto:uros.maver@um.si)

**Tomaž Velnar**, Klinični oddelek za nevrokirurgijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana.

E-naslov: [tvelnar@hotmail.com](mailto:tvelnar@hotmail.com)

---

## Robert Potisek in Branko Gabrovec

---

### Ekonomsko breme krhkosti

---

#### POVZETEK

V kontekstu starajoče se populacije in naraščajočih izdatkov zdravstvenih storitev nastaja nov pojem krhkost, ki je povezan s posledicami staranja tako z vidika zdravstvene stroke kakor političnih odločevalcev. Krhkost vpliva na paciente, njihove bližnje in družbo. Glede na to, da politični odločevalci najboljše razumejo ekonomski jezik, je cilj našega prispevka ugotoviti povezanost krhkosti s povečanjem opravljenih zdravstvenih storitev in posledično višjimi stroški. Za to raziskavo smo uporabili deskriptivno raziskovalno metodologijo, s katero smo pregledali recenzirano medicinsko literaturo. Uporabili smo pripovedni pregled, ker omogoča pridobivanje literature iz različnih virov in holističen pregled obravnavane problematike. Ugotovili smo, da rezultati zbranih raziskav potrjujejo povezavo med stopnjo krhkosti in višino izdatkov za zdravstvene storitve starejših posameznikov. Pred-krhki posamezniki porabijo od 17 do 151 odstotkov več sredstev kakor njihovi čvrsti kolegi, krhki pa od 45 do 469 odstotkov več. Rezultati so različni in so odvisni od okolja, vzorca in od tega, katere zdravstvene storitve in stroški so zajeti v obravnavo. Iz pregleda literature in dobljenih rezultatov lahko zaključimo, da je krhkost povezana z več opravljenimi zdravstvenimi storitvami ne glede na vrsto storitev; posledica so višji izdatki. Naše ugotovitve potrjujejo potrebo po celostnem in multidisciplinarnem preventivnem pristopu.

**Ključne besede:** krhkost, starejše odrasle osebe, poraba zdravstvenih storitev, stroški zdravstvenih storitev, strošek krhkosti, breme krhkosti, zdravstvena ekonomika

#### AVTORJA

**Robert Potisek**, univ. dipl. ekon., je strokovni sodelavec v Centru za Zdravstveno varstvo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Ukvarja se s postopkom ocenjevanja učinkovitosti zdravstvenega sistema, kazalniki kakovosti in tobačno ekonomiko. Poleg tega sodeluje na projektu JA ADVANTAGE, katerega cilj je raziskovanje krhkosti.

**Doc. dr. Branko Gabrovec** je raziskovalec v Centru za zdravstveno varstvo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Svoje 23 letno delovno pot v zdravstvenem sistemu je pričel v psihiatrični bolnišnici, nadaljeval v osnovnem zdravstvenem varstvu in na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Njegova raziskovalna področja so staranje, zdravo staranje, kakovost in varnost v zdravstvenem sistemu. Je avtor več znanstvenih del.

## ABSTRACT

### **Economic Burden of Frailty**

In the context of population ageing and increase of health care expenditures, frailty is emerging as a new concept associated with ageing, relevant for both health professionals as well as political decision makers. The negative health outcomes associated with frailty have been recognized to have impact on patients, their relatives and society at large. Considering that political decision makers understand economic language best, the aim of our paper is to find a correlation between frailty and higher use of medical services, consequently higher medical expenses. For this research descriptive research methodology was used to review peer-reviewed medical literature. A narrative literature review was conducted as it enables the obtainment of data from various sources and ensures a holistic understanding of the research subject. Results from reviewed studies confirm the association between the degree of frailty and level of health services costs for the elderly. Pre-frail and frail individuals use 17-151 % and 45-469 % more resources, respectively, than their non-frail counterparts. Results differ and depend on the environment, the sample and the health services and costs included in patient management. Based on the results of the literature review, we can conclude that frailty is associated with greater use of health services, regardless of the type of services, and consequently, higher total expenditure. Our findings confirm the need for comprehensive and multidisciplinary prevention approach.

**Keywords:** frailty, older people, health services costs, health services utilization, frailty cost, frailty burden, health economics

## AUTHORS

**Robert Potisek**, graduated in economics and works as researcher at the Centre for Health Care at the National Institute of Public Health. He is working on health system performance assessment, quality indicators and tobacco economics. Additionally, he is involved in JA ADVANTAGE project, which is researching frailty.

**Branko Gabrovec**, PhD, MSc, Asst. Prof. is a researcher at the Department of Health Care at the National Institute of Public Health. With 23 years of working experience at health care system, he started his carrier in a psychiatric hospital, continued at community health care centre and in National Institute of Public Health. His research interests are in ageing, healthy ageing, frailty, quality and safety in health care. He is author of many scientific publications.

## 1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je izdala svetovno poročilo o staranju in zdravju »World report on aging and health 2015« (WHO, 2015). Poročilo obravnava staranje z vidika poteka življenja, a se osredotoči na drugo polovico življenja (Beard, et al., 2016). Danes lahko večina ljudi pričakuje, da bo živel v svoja 60-ta leta ali dlje. V kombinaciji z zmanjševanjem števila rojstev vodi podaljšanje življenjske dobe k hitremu staranju po vsem svetu. Te spremembe so dramatične in posledice so velike (UN, 2017). Hitrost staranja prebivalstva se je zelo povečala in je danes veliko večja, kot je bila v preteklosti (WHO, 2015).

Ob tem je potrebno posebej poudariti, da bodo priložnosti, ki izhajajo iz podaljšane življenjske dobe, odvisne predvsem od enega ključnega faktorja, to je zdravje. Če bi dodatna leta življenja zaznamoval upad fizičnih in duševnih sposobnosti, bi to pomenilo veliko breme tako za starejše kakor za družbeno skupnost. Žal rezultati raziskav ne potrjujejo pogosto domnevo, da podaljšanje življenjske dobe spremlja tudi podaljšana doba dobrega zdravja. Dokazov, da starejši danes živijo ob boljšem zdravju in sposobnostih, kakor so njihovi starši v istih letih, ni (Gabrovec & Eržen, 2016).

Pogosto breme kvalitete življenja in zdravstvenega sistema je tudi krhkost. Krhkost opredeljujemo kot sindrom, ki je povezan z visokim tveganjem za neugodne zdravstvene izide, in je po eni izmed številnih definicij, zdravstveno stanje, ko so zaradi številnih vzrokov in dejavnikov zmanjšani mišična moč, vzdržljivost in fiziološke funkcije, posledično pa je zvečano tveganje za razvoj oz. povečanje nezmožnosti ali za smrt (Morley, et al., 2013). Gre za stanje pred nezmožnostjo z neustrezno homeostatsko rezervo zaradi kritično zmanjšanih fizioloških rezerv (Clegg, et al., 2013).

Krhkost je progresiven, s starostjo povezan upad fizioloških sistemov, ki se kaže kot zmanjšanje rezerv intrističnih kapacitet, ki povečuje ranljivost stresorjev in tveganje za negativne zdravstvene izide (WHO, 2015). Krhkost, ki jo lahko opredelimo tudi kot »večdimenzionalni sindrom, za katerega je značilno zmanjšanje rezerve in odpornosti na stresorje« (Rodríguez-Mañas, et al, 2012), je skoraj neizogibna posledica demografskih sprememb v družbi (Kelaiditi, et. al, 2016)

Starostna krhkost je zelo razširjena med starejšimi osebami, pri čemer se prevalenca starostne krhkosti giblje med 5 % in več kot 45 %, odvisno od opredelitve in starostne skupine (Veninšek & Gabrovec, 2018; Gabrovec, et al., 2018). Starostniki vseh starostnih skupin so izpostavljeni največjemu tveganju za pojav krhkosti in funkcionalne nezmožnosti (Rodríguez-Mañas, et al, 2018).

Splošna prevalenca krhkosti je med 9,9 % in 13,6 % in ni omejena zgolj na starejše ljudi (Collard, et al., 2012; Kehler, et al., 2017). V starostni skupini 18

do 34 let je krhke okoli 5 % populacije, v starosti 85 let pa že dobrih 40 % in več. Med starejšimi ljudmi je krhkost eden najpogostejših vzrokov za smrt in je v zadnjem letu pred smrtjo povezana s hudo persistentno ali napredujočo nezmožnostjo za osnovna dnevna opravila, podobno kakor pri posameznikih z odpovedovanjem enega organa (Gill, et al., 2011).

Krhkost je torej stanje visokega tveganja za neugodne zdravstvene izide. Povezana je s staranjem in ni zanemarljivo redka, ni pa niti neizogibna posledica staranja. Stanji krhkosti predvsem pa pred-krhkosti se prepoznata relativno enostavno in sta v določeni meri reverzibilni (Fried, et al., 2001).

Cilj naše raziskave je ugotoviti povezanost krhkosti s povečanimi opravljenimi zdravstvenimi storitvami in posledično višjimi stroški.

## 2 METODE

Za pregled znanstvene medicinske in ekonomske literature je bila uporabljena pripovedna deskriptivna raziskovalna metodologija. Pregled literature omogoča pridobitev podatkov iz različnih virov in s tem zagotavlja celovito razumevanje področja, ki ga raziskujemo. Pri delu smo uporabljali podatkovne baze PubMed in Embase v skladu s prednostnimi poročili za sistematične preglede in meta analizo (PRISMA-P) 2015 (Moher, et al., 2015). Iskanje je potekalo s številnimi kombinacijami ključnih besed v angleškem jeziku in njihovih sopomenk. Pri izbiri literature je bil upoštevan časovni kriterij. Izbrani so bili članki objavljeni v obdobju zadnjih 10 let in sicer od leta 2009 do leta 2018. Izbrane so bile različne kombinacije angleških besed z logičnimi vrednostmi AND ali OR: Frailty\*() OR Cost \*() OR Economic \*() OR Frailty Cost \*() OR Frailty Economic \*(), ki so bile iskane v naslovu, ključnih besedah in povzetku. Informacije iz uredništev, pisma, intervjuji, posterji in članki brez dostopa do celotnega besedila niso bili vključeni v študijo.

V študijo so bili vključeni tudi sivi dokumenti. Za pridobitev teh dokumentov smo uporabili oportunistično, to je usmerjeno ali osredotočeno iskanje. Med sivo literaturo smo vključili publikacije, ki niso bile objavljene ali jih je sicer težko najti, vključno z raznimi poročili, doktorati, itd. Skupno je bilo najdenih rezultatov 941.793. Po upoštevanju izključitvenih kriterijev in odstranjevanju duplikatov je ostalo 12 virov za analizo. Z našim pristopom smo našli vire z različno stopnjo raziskovalnih dokazov. Med izbranimi viri smo vključili v raziskavo 5 kvalitativnih in 7 kvantitativnih študij.

### 3 REZULTATI

Raziskave, ki so bile vključene prikazujemo v tabeli 1.

**Tabela 1: Opis raziskav, ki so bile vključene v pregled literature**

| Avtor                           | Namen raziskave                                                                                                                                          | Tipologija raziskave                       | Ključne ugotovitve                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sirven & Rapp (2017)            | Raziskati dodatne stroške ambulantne obravnave kot posledica krhkosti v Franciji v populaciji 65+ starostnikov, ki živijo samostojno.                    | Med sektorska multivariantna analiza.      | Krhkost je pomembna pojasnjevalna spremenljivka, ki dodatno pojasni napredujoče stanje, ki ima za posledico višanje stroškov za ambulantno zdravljenje za okoli 750 EUR za predkrhke osebe in 1500 EUR za krhke osebe.                                                                             |
| Garcia-Nogueras, et al., (2017) | Primerjava izdatkov za bolnišnično oskrbo krhkih starejših oseb in primerjava le teh z izdatki za čvrste osebe.                                          | FRADEA study. Kohortna raziskava           | Povprečen strošek je znašal 1.922 EUR/leto. Za krhke posameznike je povprečna vrednost 2.476 EUR/leto, za predkrhke 2.056 EUR/leto in za čvrste 1.217 EUR/leto. 67 % celotnih stroškov je bilo povezanih s sprejemi v bolnišnico, 29 % z obiski pri specialistu in 4 % z obiski urgentne ambulate. |
| Comans, et al., (2016)          | Kvantificirati učinek krhkosti na višino zdravstvenih izdatkov za paciente glede na krhkost in mesto post-akutne obravnave.                              | Prospektivna opazovalna kohortna raziskava | Stanje predkrhkosti in krhkosti osebe (povprečna starost 79) poveča verjetnost ponovne hospitalizacije. Ocenjen strošek je višji za 22 % (za predkrhke osebe) in za 43 % (za krhke osebe).                                                                                                         |
| Bock, et al., (2016)            | Raziskati povezavo stopnje krhkosti z uporabo zdravstvenih storitev in izdatki za zdravstveno oskrbo.                                                    | Kohortna raziskava                         | Skupni povprečni stroški krhkih (4–5 simptomov po Friedu) posameznikov so znašali 3.659 EUR, 1.616 za posameznike s tremi simptomi in 642 EUR pri posameznikih ki so bili čvrsti. Najbolj sta na višino povprečnih stroškov vplivala nenadna izguba telesne teže in izčrpanost.                    |
| Robinson, et al., (2011)        | Določitev povezave med krhkostjo in šestmesečnimi stroški zdravstvenih storitev po opravljenem kolorektalnem posegu pri starejših.                       | Prospektivna opazovalna raziskava          | Z naraščajočo stopnjo krhkosti so bili višji bolnišnični stroški in stroški v šestih mesecih po odpustu.                                                                                                                                                                                           |
| Peters, et al., (2015)          | Raziskati moč napovedovanja prihodnjih stroškov s pomočjo GFI, Groninigen Frailty Indicator in zapletenosti primerov (INTERMED for the Elderly, IM-E-SA) | Multivariantni modeli linearne regresije   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Avtor                      | Namen raziskave                                                                                                   | Tipologija raziskave                             | Ključne ugotovitve                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ilinca & Calciolrdi (2015) | Raziskati vzorce porabe in testirati vpliv funkcionalnega upada telesnih zmožnosti.                               | Raziskava SHARE<br>Opazovalna kohortna raziskava | Poraba zdravstvenih storitev in s tem stroškov pri krhkih starejših posameznikih.                                                                                                                                                                                                                     |
| Mclsaac, et al., (2016)    | Oceniti vpliv krhkosti na izide po opravljeni menjavi sklepa.                                                     | Kohortna raziskava                               | Krhkost je pomemben rizični faktor smrti po izvedbi operacije zamenjave sklepa, ki hkrati zvišuje po-operativne stroške in uporabo zdravstvenih storitev.                                                                                                                                             |
| Ensrud, et al., (2018)     | Določitev povezave fenotipa krhkosti s posledično višjimi zdravstvenimi stroški in uporabo zdravstvenih storitev. | Prospektivna kohortna raziskava                  | Predkrhke in krhke starejše ženske, ki živijo v domovih za stare ljudi, so imele višje skupne stroške in porabo zdravstvenih storitev kot čvrste ženske. Povprečni letni stroški za zdravstvene storitve so znašali 3.781 USD za čvrste ženske, 6.632 USD za predkrhke in 10.755 USD za krhke ženske. |
| Dent, et al., (2016)       | Povezava krhkosti s porabo zdravstvenih storitev na podeželju Južne Avstralije.                                   | Medsektorska analiza                             | Krhki posamezniki so v primerjavi s čvrstimi v povprečju pogosteje koristili zdravstvene storitve. Hkrati pa so imeli več nezadovoljenih zdravstvenih potreb.                                                                                                                                         |
| Yanagawa, et al., (2017)   | Primerjava stroškov srčnih operacij med skupinama čvrstih in krhkih posameznikov.                                 | Prospektivna opazovalna raziskava                | Mediana stroškov znaša 23.370 USD za čvrste posameznike in 32.742 USD (+40,1 %) za krhke.                                                                                                                                                                                                             |
| Rochat, et al., (2010)     | Raziskati povezanost med krhkostjo in uporabo specifičnih zdravstvenih storitev.                                  | Medsektorska kohortna raziskava.                 | Krhkost je visoko povezana z uporabo zdravstvenih storitev v skupnosti. Rezultati kažejo, da imajo zdravniki in medicinske sestre velik preventivni vpliv.                                                                                                                                            |

Koncept krhkosti kot sindroma naglo pridobiva pozornost zlasti zaradi visoke prevalence med starostniki. Dokazana je povezava krhkosti z višjo stopnjo smrtnosti, povečevanjem nezmožnosti za opravljanje dnevnih opravil in multimorbidnostjo (Bock, et al., 2016). Neugodna posledica krhkosti je zato povečana uporaba zdravstvenih storitev in s tem povečanje bremena za zdravstveno blagajno. Ne glede na vse, pa je bilo do sedaj opravljenih samo nekaj raziskav, ki so preučevale vpliv krhkosti na porabo zdravstvenega sistema in s tem povezano porabo sredstev.

V raziskavi smo opravili pregled literature, ki obravnava povezavo med sindromom krhkosti in stroški zdravstvenega sistema. Celotno število najdenih rezultatov je bilo 2.447.857. V končno analizo je bilo na podlagi ustreznosti izbranih 12 člankov oziroma virov. Po pregledu literature s tega področja ugotavljamo, da

ni bilo izdelane in uveljavljene enotne analize, ki bi pokazala vpliv krhkosti na zdravstveni sistem kot celoto, skozi celotno obdobje in faze krhkosti. Tako smo priča fragmentirani analizi posameznih delov zdravstvenega sistema in stroškov ter opravljene postopke.

J. O. Bock, et al. (2016) so v svoji študiji *Associations of frailty with health care costs – results of the ESTHER cohort study* preverjali vpliv povezave med krhkostjo in porabo zdravstvenih storitev in s tem povezanih stroškov. Uporabili so podatke 2.598 udeležencev raziskave (starih med 57 in 84 let) na Saškem v Nemčiji med leti 2008 in 2010. Udeleženci so opravili geriatrično oceno po Friedovih kriterijih. Hkrati je bila zabeležena poraba zdravstvenih storitev, primarne obravnave, bolnišnične obravnave, poraba zdravil in zdravstvene nege. Prevalenca krhkosti (3 in več simptomov) je bila 8,0 %. Povprečni skupni trimesečni stroški krhkih posameznikov (4 ali 5 simptomov) v obravnavani skupini so bili 3.659 EUR (+469,5 %) in 1.616 EUR (+151,7 %) (v skupini z tremi simptomi) v primerjavi z 642 EUR pri čvrstih posameznikih (brez simptomov). Po kontroli za komorbidnost in splošne socio-demografske karakteristike z regresijsko metodo je znašala razlika v povprečnih skupnih stroških med krhkimi in čvrstimi posamezniki 1.917 EUR,  $p < ,05$  (4 ali 5 simptomov) in 680 EUR;  $p < ,05$  (med krhkimi osebami s tremi simptomi). Med vsemi simptomi krhkosti je bila nenadna izguba teže in izčrpanost najbolj značilno povezana s povečanimi skupnimi stroški po kontroli za multimorbidnost.

Raziskava *Predictive validity of frailty measure (GFI) and case complexity measure (IM-E-SA) on health care costs* avtorice Peters in sod. (2015) je raziskovala moč napovedovanja prihodnjih stroškov s pomočjo GFI, Groningen Frailty Indicator in zapletenosti primerov (INTERMED for the Elderly, IM-E-SA). Razvili so multivariantne regresijske modele, s katerimi so ocenili povezavo med GFI, IM-E-SA in izdatki za zdravstvo. Ugotovili so, da so v letu 2011 znašali povprečni letni izdatki za zdravstvo 23.297 EUR na osebo. Starejše osebe, ki so se opredelile kot zapleten primer, so generirale največ stroškov. Povprečni zdravstveni stroški so tako za non-case complex znašali 19.623 EUR, za case complex pa 33.860 EUR. Čvrste osebe so v primerjavi s krhkimi imele statistično značilno nižje skupne stroške (razlika v bolnišničnih izdatkih ni bila statistično različna). Tako so znašali stroški čvrstih posameznikov v povprečju 15.611 EUR, krhkih pa 30.792 EUR (+ 97,2 %). Študija je potrdila obstoj povezave GFI in IM-E-SA pri starejših posameznikih z višino skupnih zdravstvenih izdatkov in napovedno moč za naslednje leto. Dodatno so ugotovili, da krhkost (po GFI) značilno vpliva na porabo zdravstvenih storitev za dolgotrajno oskrbo, medtem ko zapletenost bolezni vpliva na stroške za kurativo.

Ilinca in Calciolari (2015) sta si v svoji raziskavi *The Patterns of Health Care Utilization by Elderly Europeans: Frailty and Its Implications for Health Systems* zastavila vprašanje: ali je krhkost značilno povezana s povečano porabo zdravstvenih storitev pri starejših odraslih osebah tudi po vključitvi spremenljivk kot

so ovire/nezmožnost dnevnega življenja (ADL) in multimorbidnost. V raziskavi sta uporabila podatke raziskave SHARE za obdobja 2004–2005, 2006–2007 in 2011–2012, za 10 evropski držav, ki so sodelovale v vseh treh ponovitvah raziskave. V vzorcu je 83.019 opazovanj za 50.967 posameznikov, od tega 10.159 takih, ki so bili vključeni v treh in 11.734, ki so bili vključeni v dveh raziskavah. Prišli so do rezultata, da je bila prevalenca krhkosti v vzorcu 10,3 odstotka. Približno polovica je bilo čvrstih, 40 odstotkov pa je bilo pred-krhkih. Krhki posamezniki so porabili približno trikrat več zdravstvenih storitev kot čvrsti posamezniki. Prevalenca multimorbidnosti in ADL omejitev pa se je zviševala s krhkostjo. Krhkost močno vpliva na število obiskov pri zdravniku: pred-krhki predvidoma 17 odstotkov več in krhki za 45 odstotkov večkrat kot čvrsti. Vpliv krhkosti na porabo bolnišničnih storitev je znatno višja: pred-krhkost poveča verjetnost za bolnišnično obravnavo za 1,24 krat (v primerjavi s čvrstimi posamezniki), pri krhkih posameznikih pa za dvakrat več.

Raziskava *Frailty Phenotype and Healthcare Costs and Utilization in Older Women*, ki so jo izvedli Ensrud in sod. (2018), je želela povezati fenotip krhkosti s posledično višjimi zdravstvenimi stroški in višjo porabo zdravstvenih storitev. Za določitev krhkosti so uporabili kriterije podobne »CHS faulty phenotype«. Študija je bila opravljena na vzorcu udeležencev študije SOF (Study of Osteoporotic Fractures), le-te pa so povezali s podatki o izdatkih Medicare (za 12 mesecev po pregledu za določitev stopnje krhkosti). Podatki so bili zbrani za 2.150 žensk. Za izračun stroškov so zbrali podatke o stroških akutne bolnišnične oskrbe, stroških rehabilitacije, izvenbolnišnične in domače oskrbe. Povprečni letni stroški za vse obravnavane osebe v vzorcu so znašali 6.680 USD. Povprečni stroški čvrstih žensk so znašali 3.781 USD, 6.632 USD (+75,4 %) za pred-krhke ženske in 10.755 USD (+184,4 %) za krhke ženske. Višja stopnja krhkosti je bila tudi povezana z višjo verjetnostjo zelo visokih zdravstvenih stroškov.

Dent in sod. (2016) so v raziskavi *Frailty and health service use in rural South Australia* raziskovali vpliv krhkosti na porabo zdravstvenih storitev na ruralnih področjih v Južni Avstraliji. Osebe, vključene v opazovanje, so bile stare 65 let in več, za določitev krhkosti so uporabili Frailty Index (FI) score, za beleženje porabe storitev je bil uporabljen anketni vprašalnik. Ugotovljena prevalenca krhkosti je bila 25 %. Krhki posamezniki so v primerjavi s čvrstimi kolegi v povprečju pogostejše koristili zdravstvene storitve, kot so: obiski primarnega zdravnika (razmerje obetov je 2,09), obiski fizioterapevta (razmerje obetov je 2,42), obiskali ambulantno za duševno zdravje (razmerje obetov je 2,88), patронаžna oskrba (razmerje obetov je 2,57), obiskali dietetika (razmerje obetov je 2,77). Prav tako je bila višja verjetnost, da so bile krhke osebe hospitalizirane v preteklih 12 mesecih (razmerje obetov je 2,39). Kljub temu, da so krhke osebe koristile več zdravstvenih storitev, so na podlagi vprašalnikov ugotovili, da so potrebe po zdravstvenih storitvah krhkih oseb pogosto ostale nezadovoljene.

Rochat in sod. (2010) so v raziskavi *Frailty and use of health and community services by community-dwelling older man: the Concord Health and Ageing in Men Project* preverjali povezavo med krhkostjo in uporabo zdravstvenih in javnih storitev starejših moških, ki živijo v lokalnih stanovanjskih skupnostih. V ta namen so pregledali porabo zdravstvenih storitev v obdobju 12 mesecev za moške stare 70 let in več na območju mesta Sydney v Avstraliji. Ugotovili so, da krhkost značilno vpliva na porabo zdravstvenih in javnih storitev v obdobju zadnjih 12 mesecev. Tako so se krhki posamezniki večkrat posvetovali z zdravnikom (razmerje obetov je 1,89), večkrat so obiskali fizioterapevta (razmerje obetov je 2,6), večkrat so potrebovali pomoč pri hranjenju in hišnih opravilih (razmerje obetov je 4,82), preživeli so najmanj eno noč v bolnišnici (razmerje obetov je 3,29) ali drugi negovalni ustanovi (razmerje obetov je 3,42).

Poleg raziskav na podlagi vzorca za določene kohortne skupine so narejene tudi raziskave, ki so opazovale vse posameznike, ki so prestali operacijo, z namenom ugotoviti, kaj je glavni vzrok za višje skupne stroške določenih posameznikov; s tem imajo v mislih stroške operacije in po-operativnih stroške. Študija *The Impact of frailty on outcomes and healthcare usage after total joint arthroplasty, a population-based cohort study* (McIsaac, et al., 2016) je analizirala pred-operativno krhkost, smrtnost in porabo zdravstvenih storitev po elektivni operaciji zamenjave sklepa na populaciji v provinci Ontario v Kanadi. Pri krhkih pacientih (po John Hopkins ACG frailty-defining diagnosis indicator) so odkrili višjo stopnjo smrtnosti (izračunana stopnja nevarnosti 3,03), višje stopnje ponovnega sprejema na oddelk intenzivne nege (razmerje obetov 2,52 v primerjavi s čvrstimi posamezniki), daljšo ležalno dobo (razmerje obetov je 1,62), več odpustov v institucionalno oskrbo (razmerje obetov 2,09), višje stopnje ponovnega sprejema v bolnišnico (30, 90 in 365 dnevno; razmerje obetov 1,33). Poleg tega so ugotovili, da na negativne izide bolj vpliva menjava kolka kot menjava kolena.

Robinson in sod. (2011) so v raziskavi *Frailty Predicts increased hospital and six month healthcare cost following colorectal surgery in older adults* analizirali povezavo krhkosti s 6 mesečnimi po-operativnimi izdatki. Raziskava je bila opravljena na vzorcu 60 oseb starejših od 65 let v bolnišnici Denver VA Medical center, ki so imele opravljen kolorektalni poseg v obdobju od januarja do aprila 2010. Osebe so bile ocenjene s stopnjo krhkosti in razdeljene v tri skupine: čvrste, pred-krhke in krhke glede na število prisotnih omejitev. Pred, med in po-operativni stroški so bili primerjani po skupinah čvrstih, pred-krhkih in krhkih. Z naraščajočo stopnjo krhkosti so bili višji bolnišnični stroški in stroški v šestih mesecih po odpustu. Skupni 6 mesečni po-operativni stroški so na osebo znašali 33.454 USD za čvrste posameznike, 51.650 USD (+54,4 %) za pred-krhke posameznike in 110.702 USD (+230,9 %) za krhke. Z višjo stopnjo krhkosti se je povešala tudi stopnja institucionalizacije po odpustu in stopnja tridesetdnevne ponovne obravnave.

Raziskava *The increase in healthcare costs associated with frailty in older people discharged to a post-acute transition care program* (Comans, et al., 2016) obravnava stroške zdravstvenih storitev pri starejših osebah, ki so bile odpuščene iz bolnice v poakutno prehodno oskrbo ter jih povezuje s krhkostjo. Indeks krhkosti je bil določen na podlagi interRAI Home Care Assessment System in je vsakega posameznika določil v enega od treh stopenj. Stroški in storitve (zdravila, obiski bolnišnične in zunaj bolnišnične ter urgentne obravnave) za obdobje 6 mesecev po odpustu so bili zbrani s prospektivno kohortno študijo 272 pacientov. Na podlagi podatkov so naredili splošni linearni model ocene dodatnih stroškov krhkosti glede na stopnjo krhkosti. Skupni stroški za zdravstvene storitve so se višali s stopnjo krhkosti. Pacienti s srednjo stopnjo krhkosti so akumulirali za 4.000 AUD višje stroške zdravstvenih storitev (+22 %) od tistih z nizko stopnjo krhkosti (ki so imeli v povprečju za 19.905 AUD stroškov), tisti z visoko stopnjo krhkosti pa za 9.000 AUD višje stroške (+43 %).

Glede na fragmentiranost raziskav in pregled vseh raziskav ugotovitev ne moremo posploševati na celoten sistem, ampak se nanašajo le na ambulantno ali bolnišnično dejavnost. Skupaj in v povezavi pa gotovo prispevajo k obremenitvi zdravstvenega sistema. Naslednji podpoglavji sta namenjeni predstavitvi rezultatov na ambulantnem področju in v porabi bolnišničnih zdravstvenih storitev.

### 3.1 VPLIV KRHKOSTI NA STROŠKE OZIROMA PORABO AMBULANTNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV

Sirven in Rapp sta v študiji *The cost of frailty in France* raziskovala dodatne stroške ambulantne oskrbe povezane s krhkostjo v letu 2012 med francoskimi starejšimi osebami, ki živijo v stanovanjskih skupnostih in so stari 65 let in več (Sirven & Rapp, 2017). Pri raziskavi sta uporabila nacionalno raziskavo o zdravju prebivalstva in jo povezala s podatki o zdravstvenih izdatkih za ambulantno obravnavo. V raziskavi sta uporabila Friedove kriterije krhkosti (Fried, et al., 2001). Ker gre pri krhkosti za posebno zdravstveno stanje, sta rezultate testirala še za druge zdravstvene spremenljivke, kot je prisotnost kroničnih bolezni, funkcionalne omejitve, čas do smrti in večdimenzionalni kompozitni indeks zdravja. Rezultat jasno kaže, da ima krhkost znatno pojasnjevalno moč ne glede na to, katere zdravstvene spremenljivke vključimo v model. Prikaže progresivno poslabševanje zdravstvenega stanja, katerega posledice so naraščajoči stroški za ambulantno zdravstveno oskrbo v višini 759 EUR dodatnih stroškov za pred-krhke osebe in 1.500 EUR za krhke osebe. Mediana letnih stroškov ambulantne zdravstvene storitve znaša za čvrste posameznike 1.254 EUR, 1.962 EUR (+56,5 %) za pred-krhke osebe in 3.192 EUR (+154,5 %) za krhke osebe. Višji stroški so značilni za vse kategorije po starosti, spolu, vrsti zavarovanja, prisotnosti ene ali več kroničnih bolezni in za prisotnost omejitev ADL. Pri multivariantni analizi

pa sta ugotovila, da je krhkost statistično značilna spremenljivka, neodvisna od učinkov kroničnih bolezni, funkcionalnih omejitev in ostalih zdravstvenih spremenljivk.

### 3.2 VPLIV KRHKOSTI NA STROŠKE OZIROMA PORABO BOLNIŠNIČNIH ZDRAVSTVENIH STORITEV

V prispevku *Use of health resources and healthcare costs associated with frailty: the FRADEA study* (Garcia-Noguera, et al. 2017) so analizirali krhkost kot razlog za različne zdravstvene izide in jo povezali s stroški bolnišničnih obravnav. Cilj je bil oceniti letne stroške uporabe bolnišničnih storitev za krhke posameznike in le te primerjati s čvrstimi. V vzorcu je bilo 830 oseb, starih 70 let in več. Primerjali so jih po starosti, spolu, multimorbidnosti, Charlsonovem indeksu in po Friedovem fenotipu krhkosti kot neodvisne spremenljivke ter uporabo bolnišničnih storitev (bolnišnični sprejemi, obiski urgence in specialistični obiski) in stroški bolnišničnih storitev kot odvisne spremenljivke. Podatki so bili zbrani za leto 2013. Ugotovili so, da so povprečni stroški bolnišničnih storitev v obdobju znašali 1.922 EUR/leto. Stroški krhkih posameznikov so v povprečju znašali 2.476 EUR, pred-krhkih 2.056 EUR in čvrstih 1.217 EUR na leto. 67 % vseh stroškov se je nanašalo na bolnišnične sprejeme, 29 % stroškov je bilo povezanih s specialističnimi pregledi in 4 % zneska je bilo potrošenega za urgentne obravnave. Krhkost in multimorbidnost sta bili najpomembnejši spremenljivki povezani s stroški uporabe bolnišničnih storitev.

Yanagawa in sod. (2017) so v prispevku *The Cost of Frailty in Cardiac Surgery* primerjali stroške srčnih operacij med skupinama čvrstih in krhkih posameznikov v dveh centrih za srčne operacije v Kanadi med leti 2013 in 2015. Avtorji poročajo mediano stroškov, ki so znašali 23.370 USD za čvrste posameznike in 32.742 USD (+40,1 %) za krhke. Krhki pacienti ostanejo dlje na intenzivni negi, imajo več zapletov, porabijo več krvnih preparatov, kar povečuje porabo.

## 4 RAZPRAVA

V kontekstu starajoče se populacije in naraščajočih izdatkov zdravstvenih storitev je krhkost nastajajoč nov pojem povezan s posledicami staranja; pomemben je tako za zdravstvene strokovnjake kot politične odločevalce. Zaradi spremljajočih negativnih zdravstvenih izidov krhkost vpliva na paciente, njihove bližnje in družbo. Inovativni značaj fenotipa krhkosti temelji na skupni uporabi relativno enostavnih zdravstvenih kriterijev, ki so pogosto uporabljeni posamično. Vsak zase nima napovedne moči, pač pa če jih povežemo v celoto. Kljub temu, da je krhkost v medicinski stroki poznana že nekaj časa, v raziskovanje ni bilo vključeno vprašanje, od kod razlike v izdatkih za zdravstvene storitve na ravni posameznika. Ko torej govorimo o povečevanju izdatkov in pri tem ne

upoštevamo krhkosti, le-to pripišemo starosti, ker je krhkost pogostejša med starejšimi ljudmi. Glavni cilj našega prispevka je bil, ugotoviti ali je krhkost ena od determinant višine izdatkov za zdravstvene storitve na osebni ravni za starejše ljudi. Naša teza je bila potrjena.

Pri iskanju literature se je izkazalo, da je na to temo napisnih malo prispevkov. Tema ni bila obširneje raziskana in posledično ni splošne enotne in uveljavljene metodologije. V grobem bi lahko raziskave razdelili v skupine po uporabljeni metodi za določanje krhkosti, vendar cilj tega pregleda ni bilo ugotavljanje, katera metoda daje boljše rezultate, zato smo raziskave razdelili v skupine po vrsti zajetih zdravstvenih (in drugih) stroškov. Glede na razpoložljive podatke smo oblikovali naslednje skupine stroškov z vidika stopnje krhkosti: a. stroški oz. poraba ambulantnih zdravstvenih storitev; b. stroški oziroma poraba vseh zdravstvenih storitev s podskupino stroški oziroma poraba vseh zdravstvenih storitev po akutni obravnavi; c. stroški oz. poraba bolnišničnih zdravstvenih storitev s podskupino stroški oziroma poraba bolnišničnih storitev po akutni obravnavi.

Opazovana obdobja se nanašajo na tri mesece, pol leta in eno leto po dogodku. Po vzorcu zajetja podatkov lahko raziskave klasificiramo na populacijske (na določene območju, več držav, ena država, regija, bolnišnica) in na vzorčne (običajno anketne).

Sirven in Rapp (2017) sta v svoji študiji prišla do zaključka, da letni zdravstveni izdatki za ambulantne storitve naraščajo s stopnjo krhkosti. Tako sta izračunala, da so ambulantni stroški za pred-krhke osebe višji od stroškov čvrstih oseb za 56 %, za krhke pa 154 %.

Vse raziskave, ki so v opazovanju skušale zajeti najširše možne zdravstvene, javne in socialne storitve, so potrdile pozitivno povezavo med številom opravljenih storitev (in skupnimi izdatki za le-te) ter naraščajočo stopnjo krhkosti. Tako so ocenili, da so zdravstveni stroški višji za 17 (Ilinca & Calciolari, 2015) do 151 (Bock, et al., 2016) odstotkov v skupini pred-krhkih posameznikov in 45 (Ilinca & Calciolari, 2015) do 469 (Bock, et al., 2016) odstotkov za krhke posameznike. Če so opazovali razmerje porabe storitev med čvrstimi in krhkimi posamezniki, izražene v razmerju obetov, znašajo le-ti od 1,89 (Rochat, et al., 2010) do 2,09 (Dent, et al., 2016) za obiske splošnega zdravnika, pa vse do 2,88 (Dent, et al., 2016) za obiske ambulant za duševno zdravje. Izračunano razmerje obetov za hospitalizacije znaša od 2,39 (Dent, et al., 2016) do 3,29 (Rochat, et al., 2010).

V primerih, ko so opazovali paciente, pri katerih je bila potrebna akutna obravnava, so ugotovili, da so stroški pri pred-krhkih od 22 (Comans, et al., 2016) do 62 (McIsaac, et al., 2016) odstotkov višji od tistih, ki so čvrsti, ter v primeru krhkih posameznikov višji za 43 (Comans, et al., 2016) do 231 (Robinson, et al., 2011) odstotkov.

V analizi, ki je primerjala bolnišnične izdatke, so ugotovili, da so stroški za pred-krhke posameznike višji za približno 69 odstotkov in za krhke posameznike

za 163 odstotkov (García-Nogueras, et al., 2017). Yanagawa pa je ugotovil, da so skupni povprečni stroški srčnih operacij skupaj s šest mesečnimi zdravstvenimi stroški po odpustu pri krhkih osebah za 40,1 odstotkov višji od primerljivih stroškov njihovih čvrstih kolegov (Yanagawa, et al., 2017).

## 5 ZAKLJUČEK

Na podlagi pregledane literature in dobljenih rezultatov lahko zaključimo, da je krhkost povezana z več opravljenimi zdravstvenimi storitvami ne glede na vrsto storitev in posledično so za le-te skupno višji izdatki. Prav tako lahko navedemo, da krhkost znatno vpliva na višino stroškov in je neodvisna od starosti in multimorbidnosti (Sirven & Rapp, 2017).

Analiza zdravstvenih izdatkov in njihovo modeliranje so pomembna orodja za razumevanje, nadzor in reguliranje posledic staranja na zdravstveni sistem. Strošek bremena fenotipa krhkosti bi moral biti vsebina pogovora o stroških zdravstva in njegove vzdržnosti (z vidika starajočega se prebivalstva). Vendar pa vidimo, da na temo povezave krhkosti in bremena, ki ga krhkost predstavlja za porabo zdravstvenih storitev in posledično stroškov zdravstvene oskrbe, ni bilo opravljenih veliko raziskav. Eden od razlogov je, da je obravnava fenotipa krhkosti relativno mlada tema in da so v preteklosti bolj pogosto uporabljali preostali čas do smrti (TTD) in starost kot pojasnjevalni spremenljivki. Drugi pa je, da ni enotne, standardizirane prakse in s tem metodologije za izračunavanje vpliva krhkosti na višino izdatkov. To je lahko posledica dejstva, da do sedaj še nimamo uveljavljene definicije krhkosti in so zato raziskave narejene po različnih metodoloških pristopih. Hkrati pa so raziskave narejene iz različnih motivov in razpoložljivih podatkov. Zato ugotavljamo, da je za zdravstveno ekonomiko pomembno spremljanje in analiziranje krhkosti, zato krhkost potrebuje več pozornosti, zlasti v deželah s starajočim se prebivalstvom, in da bo njeno obvladovanje velika naloga za zdravstvene sisteme.

Vsi ekonomski podatki kažejo na povečano rabo resursov zaradi krhkosti kot sestavnega dela staranja. V času intenzivnih demografskih sprememb so zaradi omogočanja samostojne in zdrave starosti na mestu premisleki o ukrepanju. Pomemben primer je krhkost, kjer znanost ugotavlja, da smiselne celostne in multidisciplinarnе intervencije ne le izboljšujejo stanje krhkosti, ampak ga lahko celo v popolnosti zavrejo (Rodríguez Mañas, et al., 2018; Gabrovec, et al., 2018). Vložek v takšne preventivne in terapevtske programe je upravičen tudi ekonomsko. Intervencije ne zadevajo le klinične obravnave, ampak predvsem preventivo na področju prehrane, telesne aktivnosti, uporabe sodobnih informacijsko komunikacijskih tehnologij ter izziv polifarmacije.

## LITERATURA

- Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*, 387(Suppl 10033):2145-2154. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
- Bock JO, König HH, Brenner H, Haefeli WA, Quinzler R, Matschinger H, et al. (2016) Associations of frailty with health care costs – results of the ESTHER cohort study. *BMC Health Serv Res*. 16:128. doi: 10.1186/s12913-016-1360-3.
- Comans TA, Peel NM, Hubbard RE, Mulligan AD, Gray LC, Scuffham PA. (2016). The increase in healthcare costs associated with frailty in older people discharged to a post-acute transition care program. *Age Ageing*, 45(Suppl 2):317-20. doi: 10.1093/ageing/afv196.
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(Suppl 9868):752–762. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
- Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(Suppl 8):1487–1492. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x.
- Dent E, Hoon E, Karnon J, Newbury J, Kitson A, Beilby J. (2016). Frailty and health service use in rural South Australia. *Arch Gerontol Geriatr*, 62:53-8. doi: 10.1016/j.archger.2015.09.012.
- Ensrud KE, Kats AM, Schousboe JT, Taylor BC, Cawthon PM, Hillier TA, et al. (2018). Frailty Phenotype and Healthcare Costs and Utilization in Older Women. *J Am Geriatr Soc*, 66(Suppl 7):1276-1283. doi: 10.1111/jgs.15381.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(Suppl 3):M146-156.
- Gabrovec B, Eržen I. (2016). Svetovno poročilo o staranju in zdravju. *ISIS*, 25(Suppl 2):52-53.
- Gabrovec B, Veninšek G, Samaniego LL, Carriazo AM, Antoniadou E, Jelenc M. (2018). The role of nutrition in ageing: A narrative review from the perspective of the European joint action on frailty – Advantage JA. *Eur J Intern Med*, 56:26–32. doi: 10.1016/j.ejim.2018.07.021.
- García-Nogueras I, Aranda-Reneo I, Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Abizanda P. (2017). Use of Health Resources and Healthcare Costs associated with Frailty: The FRADEA Study. *J Nutr Health Aging*, 21(Suppl 2):207-214. doi: 10.1007/s12603-016-0727-9.
- Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. (2011). The relationship between intervening hospitalizations and transitions between frailty states. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 66:1238–43. doi:10.1093/gerona/ glr142.
- Ilinca S, Calciolari S. (2015). The patterns of health care utilization by elderly Europeans: frailty and its implications for health systems. *Health Serv Res*, 50(Suppl 1):305-20. doi: 10.1111/1475-6773.12211.
- Kehler DS, Ferguson T, Stammers AN, Bohm C, Arora RC, Duhamel TA, et al. (2017). Prevalence of frailty in Canadians 18-79 years old in the Canadian Health Measures Survey. *BMC Geriatr*, 17(Suppl 1):28. doi: 10.1186/s12877-017-0423-6.
- Kelaiditi E. Frailty and Novel Technologies - A Step Ahead. (2016). V: Vellas B, editor. White Book on Frailty. Chengdu, China: Center of Gerontology and Geriatrics, West China Hospital, Sichuan University, 2016:140–142. Pridobljeno: 28. 8. 2018 na naslovu: <http://www.garn-network.org/documents/WHITEBOOKONFRAILITY-USVERSION.pdf>.
- McIsaac DI, Beaulé PE, Bryson GL, Van Walraven C. (2016). The impact of frailty on outcomes and healthcare resource usage after total joint arthroplasty: a population-based cohort study. *Bone Joint J*, 98-B(Suppl 6):799-805. doi: 10.1302/0301-620X.98B6.37124.
- Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. (2015). PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*, 4:1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1.
- Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. (2013). Frailty Consensus: A Call to Action. *J Am Med Dir Assoc*, 14(Suppl 6):392–397. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022.
- Peters LL, Burgerhof JG, Boter H, Wild B, Buskens E, Slaets JP. (2015). Predictive validity of a frailty measure (GFI) and a case complexity measure (IM-E-SA) on healthcare costs in an elderly population. *J Psychosom Res*, 79(Suppl 5):404-11. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.09.015.
- Robinson TN, Wu DS, Stigmann GV, Moss M. (2011). Frailty predicts increased hospital and six-month healthcare cost following colorectal surgery in older adults. *Am J Surg*, 202(Suppl 5):511-4. doi:

- 10.1016/j.amjsurg.2011.06.017.
- Rochat S, Cumming RG, Blyth F, Creasey H, Handelsman D, Le Couteur DG, et al. (2010). Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men: the Concord Health and Ageing in Men Project. *Age Ageing*, 39(Suppl 2):228-33. doi: 10.1093/ageing/afp257.
- Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. (2012). Searching for an operational definition of frailty: A Delphi method based consensus statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 68(Suppl 1):62-67. doi:10.1093/gerona/gls119.
- Rodríguez Mañas L, García-Sánchez I, Hendry A, Bernabei R, Roller-Wirnsberger R, Gabrovec B, et al. (2018). Key Messages for a Frailty Prevention and Management Policy in Europe from the Advantage Joint Action Consortium. *J Nutr Health Aging*, 22(Suppl 8):892-897.
- Sirven N, Rapp T. (2017). The cost of frailty in France. *Eur J Health Econ*, 18(Suppl 2):243-253. doi: 10.1007/s10198-016-0772-7.
- UN (2007). Department of economic and social affairs. World economic and social survey 2007: Development in an aging world. New York: United Nations. Pridobljeno 28. 8. 2018: [http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess\\_archive/2007wess.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf).
- Veninšek G, Gabrovec B. (2018). Management of frailty at individual level - clinical management: systematic literature review. *Zdr Varst*, 57(Suppl 2):110-118.
- WHO (2015). World report on ageing and health. Pridobljeno 28. 8. 2018 na naslovu: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1).
- Yanagawa B, Latter DA, Fedak PWM, Cutrara C, Verma S. (2017). The Cost of Frailty in Cardiac Surgery. *Can J Cardiol*, 33(Suppl 8):959-960. doi: 10.1016/j.cjca.2017.05.015.

### Naslovi avtorjev:

**Robert Potisek**, univ. dipl. ekon., Nacionalni inštitut za javno zdravje,  
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana,  
E-naslov: robert.potisek@nijz.si

**doc. dr. Branko Gabrovec**, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva  
2, 1000 Ljubljana (korespondenčni avtor)  
E-naslov: branko.gabrovec@nijz.si

---

**Sunčica Stankov**

---

---

## **Povezanost procesa staranja z ravniyo kognicije pri starejših osebah**

---

### **POVZETEK**

Sodobna medicina raziskuje, kako možgani s svojimi strukturami in nevrološkim povezavami vplivajo na obnašanje in kontrolirajo mentalne procese, vključno z emocijami in kognicijo. Predmet raziskav so tudi razlike in spremembe izvršilnih in spominskih funkcij ter razlike med spoloma. Naša raziskava izhaja iz domneve, da se v procesu staranja spremenijo nekateri neurofiziološki parametri, med njimi raven kognicije, kar smo raziskovali. Raziskavo smo opravili v skupini 60 udeležencev, od tega 30 moških in 30 žensk v starosti od 65 do 95 let, živečih v domu za starejše ljudi. Uporabljen je bil standardni geronto-kognitivni vprašalnik (SAGE) za ugotavljanje ravni kognicije – normalnega statusa kognicije ali blagega kognitivnega upada; pri anketiranih starostnikih sta bila na enaki ravni, kar kaže na to, da proces staranja ni povezan z ravniyo kognicije pri anketiranih starostnikih.

**Gljučne besede:** neurofiziologija, kognicija, starostniki

### **AVTORICA**

**Sunčica Stankov** je zdravnica splošne medicine in doktorica medicinskih znanosti. Njena doktorska disertacija (2013) je s področja neurofiziologije starejših oseb, magistririj (2008) s področja neurofiziologije in epidemiologije raka dojke. Dela v zdravstvenem domu Novi Sad (Vojvodina, Srbija) in specializira splošno medicino. Poleg tega raziskuje na področju geriatrije, epidemiologije in genetike. Je avtorica 24 znanstvenih in strokovnih člankov, objavljenih v mednarodnih in domačih znanstvenih revijah in na strokovnih kongresih s področja medicine. Je članica Srbskega zdravniškega združenja in Zdravniške zbornice Srbije.

### **ABSTRACT**

**Association between the process of ageing and the level of cognition among older people**

Current medical research results in discoveries of structural and functional brain networks that control human behaviour and mental processes, emotions and cognition. These studies show important age-related changes of executive and memory functions as well as their gender differences. The main aim of this study was to determine the level of cognition of aged individuals and to determine whether the process of ageing influences the level of cognition. We performed the survey using the Standard geronto-cognitive examination (SAGE), among

the aged individuals with common chronic diseases. We analysed answers from 30 men and 30 women, aged 65-95, living in Gerontology centre of Novi Sad. Mild cognitive deficit and normal level of cognition are equally presented in aged population. Ageing did not correlate with either mild cognitive deficit and normal level of cognition. Process of "active ageing" may improve the level of cognition as well as the overall health status.

**Key words:** neurophysiology, older people, cognition

#### AUTHOR

**Sunčica Stankov**, MD, PhD received her PhD in 2013 in the field of neurophysiology of elderly and her master degree of medical sciences in 2008, in the field of neurophysiology and epidemiology of breast cancer. She is working as medical doctor in Health centre Novi Sad, currently on specialisation in general medicine. Her scientific work is in research domains of geriatrics, epidemiology and genetics. She is the author of 24 scientific articles, published in international and national scientific journals and presented at medical conferences. Dr. Sunčica Stankov is a member of Serbian Medical Society and Serbian Medical Chamber.

## 1 UVOD

Delež starejše populacije se večja po vsem svetu. V razvitih deželah je staranje populacije potekalo progresivno v relativno dolgem obdobju po industrijski revoluciji kot posledica upada stopnje rodnosti in daljšanja življenja zaradi napredka življenjskega standarda pri večini populacije. Ta proces je pospešil razvoj medicine ter odkritje novih zdravil in cepiv. Promocija medicinske tehnologije, pospeševanje in napredek postopkov in odkritje novih zdravil zagotavljajo uspešno zdravljenje in preventivo številnih bolezni, ki so v preteklosti povzročile zgodnjo umrljivost (Bobrie, 2002).

## 2 BLAG KOGNITIVNI UPAD IN ZGODNJA DIAGNOZA DEMENCE

Funkcioniranje mentalnih procesov pri zdravih osebah se lahko definira kot odsotnost kroničnih mentalnih motenj, visoka stopnja kognitivnega funkcioniranja in raven aktivne udeležbe v vsakodnevem življenju (Flicker, 2010). Pričakovana življenjska doba naj bi korelirala z incidenco kognitivnih motenj, posebej pri osebah, starejših od 80 let (Bobrie, 2002). Blag kognitivni upad je sindrom, definiran kot kognitivni upad, večji od pričakovanega glede na starost osebe in raven izobrazbe, ki osebe ne ovira pri opravljanju vsakodnevih opravil (Gauthier, 2006). Blag kognitivni upad izhaja iz poskusa opisa mentalnih kapacitet pri ljudeh, pri katerih izguba spomina ni neposredno povezana z diagnozo demence (Burns, 2003). Pojem demence se nanaša na pridobljeni deficit

kognitivnih funkcij, ki lahko obsega deficit pozornosti, izvršilnih sposobnosti, učenja, pomnjenja, jezikovnega izražanja, vizualno-prostorske orientacije ter socialne kognicije. Ti deficiti so lahko tolikšni, da ovirajo osebo pri vsakdanjih opravilih (Sorbi, 2012).

Alzheimerjeva bolezen je najpogostejša oblika demence; zajema okoli dve tretjini vseh demenc pri starejših ljudeh. To bolezen ima več kot 40 milijonov ljudi po vsem svetu. Incidenca Alzheimerjeve bolezni se povečuje v kasnejši življenjski dobi, s prevalenco pri ljudeh starejših od 65 let (Gibas, 2017; Wu et al, 2017; Kuyumcu, 2012; Vukadinov, 2008). Histopatološke spremembe pri Alzheimerjevi bolezni so tipične, pri čemer pride do izgube nevronov v več možganskih predelih z nastankom senilnih plakov in nevrofibrilarnih pentelj. Vendar specifični patofiziološki mehanizem izgube nevronov v Alzheimerjevi bolezni še ni dovolj raziskan, saj takšne spremembe nastajajo tudi pri mlajših osebah, čeprav v manjši stopnji kot pri ljudeh z Alzheimerjevo boleznijo. Ena od najpogostejših oblik demenc je vaskularna demenca (okoli 1/3 vseh demenc), ki je drugi najpogostejši vzrok za nastanek demence. Vaskularna demenca je klinični sindrom intelektualnega upada, ki ga povzroča cerebrovaskularna bolezen, najpogostejši vzrok je ishemični cerebrovaskularni infarkt. Vaskularna demenca lahko nastane pri ljudeh s številnimi dejavniki tveganja. Bolniki z visokim krvnim tlakom, s sladkorno boleznijo, s koronarno ali s periferno arterijsko okluzivno boleznijo, z boleznimi srca in z zvišanim holesterolom imajo večjo možnost za nastanek možganske kapi, pri čemer so pomembni faktorji za nastanek vaskularne demence prehodna ishemična motnja (TIA) ali nenadni nevrološki deficit – možganska kap (Vukadinov, 2008; Sorbi, 2012).

Za zdravljenje Alzheimerjeve bolezni je pomembna pravočasna diagnoza demence in identificiranje posameznikov z blagim kognitivnim upadom. Razvoj senzitivnih »screening« instrumentov za zgodnjo identifikacijo blagega kognitivnega upada in demence je pomemben člen pri identificiranju oseb z blažjim kognitivnim upadom v zelo zgodnjem stadiju bolezni. Večina bolnikov s kognitivnim deficitom ne prejme dovolj medicinske pozornosti; povprečno obdobje, v katerem bolniki pridejo na pregled k svojemu zdravniku po začetku pojava prvih znakov bolezni, so tri do štiri leta. V tem obdobju se bolniki v vsakdanjem življenju lahko napačno odločajo in presojujejo, pri čemer se napačne presoje lahko nanašajo tudi na jemanje zdravil in tolmačenje zdravstvenih težav (Scharre, 2010).

Blažji kognitivni upadi lahko ostanejo neopaženi kljub rednim obiskom splošnega zdravnika. Kljub temu, da je na voljo precej testov za odkrivanje kognitivnega upada, se le-ti ne uporabljajo dovolj pogosto.

Raziskovanje na področju kognitivnih funkcij kaže, da imajo osebe, ki se aktivno starajo in se ukvarjajo z različnimi dejavnostmi, boljše izide kognitivnih testov in manjši padec kognitivnih funkcij kakor osebe, ki so manj duševno in telesno aktivne (Salthouse, 2006).

### 3 CILJ IN METODA

Cilj raziskave je ugotoviti, ali je proces staranja povezan s kognitivnimi upadi. Predpostavili smo, da bodo rezultati potrdili to povezanost.

V raziskavi je bilo udeleženih 60 starejših oseb, stanovalcev Doma za stare ljudi v Novem Sadu v letu 2011. Med njimi je bilo 30 moških in 30 žensk v starosti od 65 do 95 let. Populacija in metoda analize podatkov sta bili podrobno opisana v članku Stankov (2015).

Udeleženci so izpolnjevali standardiziran vprašalnik SAGE (Self administered gerocognitive examination) za ugotavljanje statusa kognicije. Vprašalnik se uporablja za odkrivanje širokega spektra kognitivnih motenj in blagega kognitivnega upada, ni pa primeren za odkrivanje Alzheimerjeve bolezni. S pomočjo tega vprašalnika se ocenjuje konstruktivna apraksija za trodimenzionalne figure, verbalna fluentnost in reševanje nalog za odkrivanje zgodnjih znakov blagega kognitivnega upada. Odgovori na vprašanja odkrivajo blag kognitivni upad in demenco z začetnimi spremembami; normalen status kognicije kažejo rezultati testa od 17 do 22, blag kognitivni upad pa 15 in 16. Pridobljene podatke smo analizirali z vidika statusa kognicije in procesa staranja, upoštevajoč starostne in spolne razlike. Statistična obdelava je obsegala  $\chi^2$  preizkus, t-test, aritmetično sredino, standardni odklon in relativne deleže po skupinah.

### 4 REZULTATI

Povprečna starost udeležencev je bila  $79 \pm 6,7$  let, pri moških  $70,7 \pm 7,3$  let in ženskah  $78,6 \pm 6,1$  let. Tabela 1 prikazuje starostno strukturo anketirancev. Med moškimi in ženskami razlika v povprečni starosti ni bila statistično pomembna (t-test=0,62,  $p > 0,05$ ). Največ je bilo oseb srednje starosti. Število žensk srednje starosti je bilo statistično pomembno večje ( $p < 0,05$ ) od števila mlajših žensk. Največ je bilo moških srednjih let, vendar razlike v zastopanosti različnih starostnih skupin pri moških niso bile statistično pomembne.

**Tabela 1. Starostna struktura anketirancev**

| Starostne skupine              | Skupine udeležencev glede na spol |             |       |             |        |             |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------|-------|-------------|--------|-------------|
|                                | Skupno                            |             | Moški |             | ženske |             |
|                                | N                                 | %           | n     | %           | n      | %           |
| Zgodnja starost (65-74 let)    | 17                                | <b>28,3</b> | 9     | <b>30</b>   | 8      | <b>26,7</b> |
| Srednja starost (75-84 let)    | 27                                | <b>45</b>   | 11    | <b>36,7</b> | 16     | <b>53,3</b> |
| Pozna starost ( $\geq 85$ let) | 16                                | <b>26,7</b> | 10    | <b>33,3</b> | 6      | <b>20</b>   |
| <b>Skupaj</b>                  | 60                                | <b>100</b>  | 30    | <b>100</b>  | 30     | <b>100</b>  |

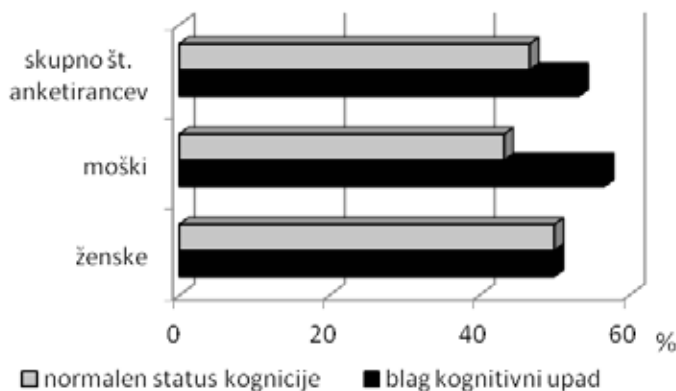
Tabela 2 prikazuje parametre, ki so pomembni za status kognicije. Vidimo, da ni bilo pomembnih povezav med temi parametri in statusom kognicije pri naših udeležencih.

**Tabela 2. Prikaz povezanosti različnih parametrov s statusom kognicije**

| Parametri                                           | Udeleženci po spolu |      |              |    |              |    |              |
|-----------------------------------------------------|---------------------|------|--------------|----|--------------|----|--------------|
|                                                     | Skupaj              |      | Moški        |    | Ženske       |    |              |
|                                                     | n                   | %    | n            | %  | n            | %  |              |
| Stopnja izobrazbe                                   | osnovna šola        | 6    | <b>10</b>    | 3  | <b>10</b>    | 3  | <b>10</b>    |
|                                                     | srednja šola        | 25   | <b>41,67</b> | 10 | <b>33,3</b>  | 15 | <b>50</b>    |
|                                                     | višja šola          | 12   | <b>20</b>    | 5  | <b>16,7</b>  | 7  | <b>23,3</b>  |
|                                                     | fakulteta           | 17   | <b>28,33</b> | 12 | <b>16,7</b>  | 5  | <b>16,7</b>  |
|                                                     | skupno              | 60   | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   |
| Prisotnost težav s spominom in mišljenjem           | Da                  | 28   | <b>46,7</b>  | 12 | <b>40</b>    | 16 | <b>53,3</b>  |
|                                                     | Ne                  | 32   | <b>53,3</b>  | 18 | <b>60</b>    | 14 | <b>46,7</b>  |
|                                                     | skupno              | 60   | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   |
| Prisotnost težav s spominom in mišljenjem v družini | Da                  | 14   | <b>23,3</b>  | 3  | <b>10</b>    | 11 | <b>36,</b>   |
|                                                     | Ne                  | 46   | <b>76,7</b>  | 27 | <b>90</b>    | 19 | <b>63,3</b>  |
|                                                     | skupno              | 60   | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   |
| Prisotnost težav z ravnotežjem                      | Da                  | 33   | <b>55</b>    | 13 | <b>43,3</b>  | 20 | <b>66,7</b>  |
|                                                     | Ne                  | 27   | <b>45</b>    | 17 | <b>56,7</b>  | 10 | <b>33,3</b>  |
|                                                     | skupno              | 60   | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   |
| Diagnosticiran vzrok težav z ravnotežjem            | Da                  | 72,2 | <b>24</b>    | 8  | <b>61,5</b>  | 16 | <b>80</b>    |
|                                                     | Ne                  | 27,3 | <b>9</b>     | 5  | <b>38,5</b>  | 4  | <b>20</b>    |
|                                                     | skupno              | 100  | <b>33</b>    | 13 | <b>100</b>   | 20 | <b>100</b>   |
| Možganska kap v preteklosti                         | večja               | 1    | <b>1,7</b>   | 1  | <b>3,3</b>   | 0  | <b>0</b>     |
|                                                     | manjša              | 12   | <b>20</b>    | 6  | <b>20</b>    | 6  | <b>20</b>    |
|                                                     | niso imeli          | 47   | <b>78,3</b>  | 23 | <b>76,7</b>  | 24 | <b>80</b>    |
|                                                     | skupno              | 60   | <b>100</b>   | 30 | <b>30</b>    | 30 | <b>100</b>   |
| Prisotnost depresivnih občutkov v zadnjem obdobju   | Da                  | 11   | <b>18,33</b> | 6  | <b>20</b>    | 5  | <b>16,67</b> |
|                                                     | le občasno          | 27   | <b>45</b>    | 10 | <b>33,33</b> | 17 | <b>56,67</b> |
|                                                     | Ne                  | 22   | <b>36,67</b> | 14 | <b>46,67</b> | 8  | <b>26,66</b> |
|                                                     | skupno              | 60   | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   |
| Diagnosticirana osebnostna motnja                   | Da                  | 4    | <b>6,7</b>   | 3  | <b>10</b>    | 1  | <b>3,3</b>   |
|                                                     | Ne                  | 56   | <b>93,3</b>  | 27 | <b>90</b>    | 29 | <b>96,7</b>  |
|                                                     | skupno              | 60   | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   |
| Ovire pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti       | Da                  | 9    | <b>15</b>    | 4  | <b>13,3</b>  | 5  | <b>16,7</b>  |
|                                                     | Ne                  | 51   | <b>85</b>    | 26 | <b>86,7</b>  | 25 | <b>83,3</b>  |
|                                                     | skupno              | 60   | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   | 30 | <b>100</b>   |

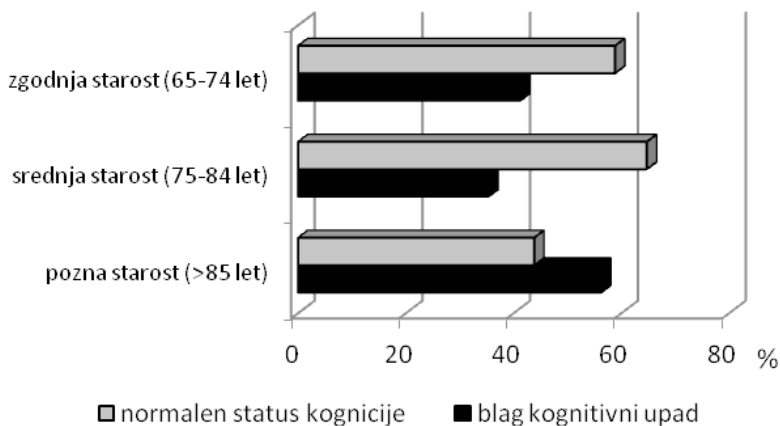
Slika 1 prikazuje delež oseb z normalnim statusom kognicije in delež oseb z blagim kognitivnim upadom. V skupini moških je bilo več oseb z blagim kognitivnim upadom, vendar razlika v številu moških z normalnim statusom kognicije in številu moških z blagim kognitivnim upadom ni bila statistično pomembna ( $p>0,05$ ). Pri ženskah je bil odstotek tistih z normalnim statusom enak odstotku tistih z blagim kognitivnim upadom.

**Slika 1: Deleži normalnega kognitivnega statusa in blagega kognitivnega upada**

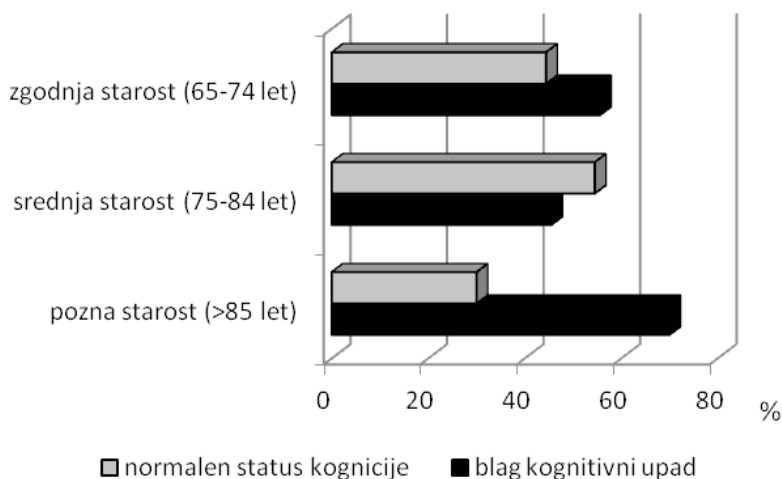


Povezanost procesa staranja in statusa kognicije je prikazana na Slikah 2, 3 in 4. Pri vseh starostnih in spolnih skupinah ni bilo statistično pomembnih razlik v kognitivnem statusu ( $p>0,05$ ) ali pa statistične pomembnosti ni bilo mogoče izračunati.

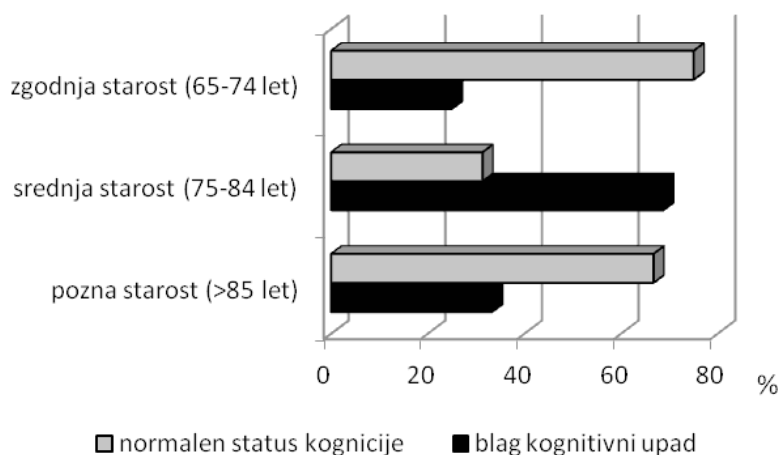
**Slika 2: Povezanost procesa staranja in statusa kognicije**



**Slika 3: Povezanost procesa staranja s statusom kognicije pri moških**



**Slika 4: Povezanost procesa staranja s statusom kognicije pri ženskah**



## 5 RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

Kljub dejstvu, da je staranje populacije svetovni fenomen, avtorji raziskav starostno mejo za določitev poznega življenjskega obdobja opredeljujejo različno. Raziskava Yao in sod. (2009) je kot starostnike zajemala osebe s povprečno starostjo 70,1 let, medtem ko je raziskava Chin in sod. (2008) zajemala kot starostnike osebe v starosti  $75,45 \pm 6,06$  let. V raziskavi Ramovša in sod. (2014) je bil odstotek oseb zgodnje in srednje starosti večji kot odstotek oseb pozne starosti. V naši raziskavi je bilo največ udeležencev starih med 75 in 84 let. Starost anketiranih oseb je v povprečju znašala  $79,17 \pm 6,7$  let pri skupnem številu oseb,  $79,7 \pm 7,3$  let v

skupini moških in  $78,63 \pm 6,07$  let v skupini žensk; med anketiranimi skupinami ni bilo statistično pomembne razlike.

Stopnja izobrazbe, starost in drugi faktorji lahko vplivajo na kognitivni upad, kar so raziskovali Petersen in sod (2010). Stopnja izobrazbe predstavlja enega od demografskih dejavnikov, ki lahko vplivajo na večje tveganje za nastanek arterijske koronarne bolezni in na potrebo po zdravljenju in kontrolo bolezni. Framinghamska študija je pokazala, da imajo ženske z nižjo stopnjo izobrazbe (samo osnovna šola) štirikrat večje tveganje za nastanek arterijske koronarne bolezni od žensk z več kot 12 let šolanja (Denić, 2002). Pri naši raziskavi je bila zastopanost različnih stopenj izobrazbe enakovredna. Rezultati niso pokazali povezanosti stopnje izobrazbe s statusom kognicije.

Delež oseb s težavami v spominu in mišljenju je bil pri moških in ženskah enak. V naši raziskavi se ni pokazala morebitna povezanost težav s spominom in mišljenjem ter statusom kognicije. Menimo, da je potrebno nadaljnje raziskovanje potencialnih dejavnikov statusa kognicije.

Med dejavniki, ki bi lahko vplivali na status kognicije, je tudi prisotnost motenj spominjanja in mišljenja pri družinskih članih. Naši rezultati kažejo, da imajo ženske večjo družinsko obremenitev s temi motnjami v primerjavi z moškimi (možnost navzočnosti Alzheimerjeve bolezni). Statistično pomembno več oseb v svoji družini nima oseb z motnjami spominjanja ali mišljenja.

Faktor, ki bi lahko bil povezan s statusom kognicije, je tudi težava pri vzdrževanju ravnotežja. Vertiginozne motnje pri starejših osebah se pojavijo pri okoli 30 % oseb, povzročajo pa jih različni faktorji in pogosto vplivajo na padce v starosti (Fernández in sod, 2015). Med osebami s problemom ravnotežja je bil pomemben odstotek teh oseb informiran, da so vzroki verjetno vaskularnega izvora. V okviru našega raziskovanja nismo ugotovili povezanosti težav na področju ohranjanja ravnotežja in statusa kognicije.

Eden glavnih dejavnikov tveganja za nastanek cerebrovaskularnega infarkta – možganske kapi (poleg ishemične bolezni srca, bolezni perifernih arterij in kardi-ovaskularnih dogodkov) je cerebrovaskularna bolezen (Nacionalni vodič, 2011). Večina anketiranih oseb v naši raziskavi ni imelo možganske kapi, analiza podatkov ni pokazala povezave med možgansko kapjo in statusom kognicije.

Depresijo ima okoli 10 % oseb starejših od 65 let. Najpogosteje se pojavlja pri ženskah, pri osebah s kroničnimi psihiatričnimi boleznimi, z nespečnostjo ter pri osebah, ki so doživele stresne življenjske dogodke in kot njihovo posledico upad psiho-fizičnih funkcij in socialno osamljenost (Lynes, 1999; Katon, 2003; Casey, 2012). V raziskavi Argyropoulos in sod. (2012) je bilo ugotovljeno, da depresivni simptomi pogosteje nastanejo pri ženskah v primerjavi z moškimi (54,6 % : 37,4 %), brez statistično pomembne razlike. V naši raziskavi pa večjih razlik med spoloma ni: rezultati kažejo, da se 50 % oseb občasno počuti žalostno in depresivno, rezultati v moški skupini so podobni.

Ni veliko podatkov o motnjah osebnosti pri starejših osebah. To je lahko posledica mnenja večjega števila raziskovalcev, da motnje osebnosti v procesu staranja nastajajo postopoma in v zmernem obsegu. V nekaterih študijah pa so nasprotno ugotovili, da motnje osebnosti obstajajo tudi v starejšemu življenjskem obdobju in da imajo škodljiv vpliv na starejše osebe (Balsis, 2011). V naši raziskavi anketirane osebe niso imele motenj osebnosti, ki bi lahko vplivale na status kognicije.

Pozabljanje in motnje mišljenja niso bile povezane z izvajanjem vsakdanjih opravil pri večini anketiranih oseb in v skupini žensk, kar predstavlja dejavnik vpliva na status kognicije. V skupini moških ni bilo povezanosti teh parametrov. V odsotnosti literature, ki bi lahko pojasnjevala pridobljene rezultate, lahko zaključimo, da so rezultati v skupini žensk in pri skupnem številu oseb pričakovani. Povezanost težav pri opravljanju vsakdanjih opravil s statusom kognicije se ni pokazala.

Ugotavljanje blagega kognitivnega upada in normalnega statusa kognicije lahko pokaže spremembe te zmožnosti v procesu staranja. Blag kognitivni upada je pri različnih populacijah starejšega življenjskega obdobja različen. Raziskovanje Malhotra in sod. je pokazalo, da je med osebami v starejšem življenjskem obdobju statistično pomembno večje število oseb z normalnim statusom kognicije kakor z blagim kognitivnim upadom (Malhotra et al., 2010). Rezultati naše raziskave kažejo večji odstotek anketiranih starejših oseb z blagim kognitivnim upadom kakor raziskave drugih avtorjev. Razlogi za to so lahko specifičnost naše raziskane populacije in uporaba Standardnega geronto-kognitivnega vprašalnika (rezultati drugih avtorjev so bili pridobljeni z drugimi vprašalniki za določanje statusa kognicije, najpogosteje s kratkim preizkusom spoznavnih sposobnosti – MMSE=Mini mental score examination).

Petersen in sod. so ugotovili, da je prevalenca blagega kognitivnega upada višja pri moških kakor pri ženskah (Petersen, 2010), medtem ko v raziskavi Scharra in sod. ni bilo razlik med spoloma (Scharre, 2010). Za ugotavljanje statusa kognicije se še vedno ne uporablja dovolj Standardni geronto-kognitivni vprašalnik, zato raziskovalnih podatkov, ki bi bili pridobljeni s to metodo ni veliko. Status kognicije pri starejših osebah v naši raziskavi je podoben rezultatom Scharra in sod. Ker na status kognicije vplivajo številni dejavniki, je v naši raziskavi verjetna vzajemna povezanost med statusom kognicije in večjim številom kroničnih bolezni starejših ljudi.

Z našo raziskavo nismo dokazali korelacije in vpliva, ki ga ima proces staranja na nastanek kognitivnih motenj, ne na ravni skupnega števila anketiranih oseb, ne pri skupini moških in žensk. Med anketiranimi skupinami starejših moških in žensk ni bilo razlik v statusu kognicije v okviru vseh starostnih skupin anketiranih starejših oseb. Takšen rezultat ni pričakovan, zato usmerja v nadaljnje raziskovanje dejavnikov, ki vplivajo na nastanek kognitivnega upada.

Zgodnje odkrivanje blagega kognitivnega upada in zgodnje demence s pomočjo Standardiziranega geronto-kognitivnega vprašalnika lahko vpliva na zgodnje zdravljenje demence, kar lahko prispeva k izboljšanju kakovosti življenja (Scharre, 2010). Sodobni pristop k procesu staranja in psihološko-sociološki vidiki kažejo na pomembnost destigmatizacije oseb z demenco in pomembnost ozaveščanja družbe, kot tudi na pomembnost čim bolj zgodnje pomoči ter podpore svojcem in skrbnikom oseb z demenco. Za zagotavljanje dostojanstva in spoštovanja človekovih pravic, pravočasnega zdravljenja oseb z demenco ter vpliva na kakovostno življenje oseb z blagim kognitivnim upadom in demenco, je pomembna vloga tako zdravstveno-socialnih strokovnjakov kot celotne družbe.

## LITERATURA

- Argyropoulos K, Gourzis P, Jelastopulu E. (2012). Prevalence of depression among the elderly. V: *Psychiatrike*, 23 (1), str. 39-45.
- Balsis S, Eaton NR, Cooper LD, Oltmans TF. (2011). The presentation of Narcistic Personality Disorder in an Octogenarian: Converting Evidence from Multiple Sources. V: *Clin Gerontol*, 34 (1), str. 71-87.
- Bobrie G, Potter JF. (2002). The elderly hypertensive population: what lies ahead of us? V: *JRAAS*, 3, str. S4-9.
- Burns A, Zaudig M. (2003). Mild cognitive impairment in older people. V: *Lancet*, Apr 5, 361(9364) str. 1227-8.
- Casey DA. (2012). Depression in the elderly: A review and update. V: *Asia-Pacific Psychiatry*, 3(4), str. 160-7.
- Chin AV, Robinson DJ, O'Connel H, Hamilton F, Bruce I, Coen R, Walsh B, Coakley D, Molloy A, Scott J, Lawlor BA, Cunningha CJ. (2008). Vascular biomarkers of cognitive performance in a community-based lderly population: the Dublin Healthy Ageing study. V: *Age an Ageing*, 37, str. 559-64.
- Denić LJ (2002). *Psychosocial and socioeconomic factors. National committee for the creation of guidelines for clinical practice in Serbia. Prevention of ishaemic heart disease. National guideline for clinical practice*. Beograd: Grafika Jovšić, str. 151-2.
- Fernández L., Breinbauer HA, Delano PH (2015). Vertigo and Dizziness in the Elderly. V: *Frontiers in Neurology*, 6, 144. <http://doi.org/10.3389/fneur.2015.00144>.
- Flicker L. (2010). Cardiovascular Risk Factors, cerebrovascular Disease burden, and Healthy Brain Aging. V: *Clin Geriatr Med*, 26, str 17-27.
- Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, Belleville S, Brodaty H, Bennett D, Chertkow H, Cummings JL, de Leon M, Feldman H, Ganguli M, Hampel H, Scheltens P, Tierney MC, Whitehouse P, Winblad B. (2006). Mild cognitive impairment, V: *Lancet*, 367(9518), str. 1262-70.
- Gibas K.J (2017). The starving brain: Overfed meets indernourished in the pathology of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's disease (AD). V: *Neurochemistry nternational* 110, str 57-68.
- Katon WJ. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. V: *Byol Psychiatry*, 59, str. 216-26.
- Kuyumcu ME, Yesil Y, Oztürk ZA, Halil M, Ulger Z, Yavuz BB, Cankurtaran M, Cinar E, Arioğul S. (2012). Alzheimer's Disease Is Associated with a Low Prevalence of Hypertension. V: *Dement Geriatr Cogn Disord*, 33, str. 6-10.
- Lyness JM; Calne ED, King DA, Cox C, Yoedion Z. (1999). Psychiatric disorders in older primary care patients. V: *J Gen Int Med*, 14, str. 249-54.
- 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. 1223-31.
- Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje arterijske hipertenzije. (2011). Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
- Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Geda YE, Cha RH, Pankratz NS, Boeve BF, Tangalos EG, Ivnik

- RJ, Rocca WA. (2010). Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men. V: *Neurology*, 10 (75), str. 889-97.
- Ramovš J. (2014). Staranje in sožitje med generacijami. *Kakovostna starost*, 17 (3): str 3-28
- Salthouse TA. (2006). Mental exercise and mental aging. V: *Perspect Psychol Sci*, 1, str. 68-87.
- Scharre DW, Chang S-I, Murden RA, Lamb J, Beversdorf DQ, Kataki M, Nagaraja HN, Bornstein RA. (2010). Self-administered Gerocognitive Examination (SAGE). A Brief Cognitive Assessment Instrument for Mild Cognitive Impairment (MCI) and Early Dementia. V: *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 24, str. 64-71.
- Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvit H, Nacmias B, Pasquier F, Popescu BO, Rektorova I, Religa D, Rusina R, Rossor M, Schmidt R, Stefanova E, Warren JD, Scheltens P. (2012). EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. V: *European Journal of Neurology*, 19, str. 1159–1179.
- Stankov S. (2015). Korelacija med procesom staranja in tipom osebnosti v geriatrični populaciji. *Kakovostna starost*, 18 (3): str 26-35.
- Vukadinov J. (2008). *Gerijatrija za studente medicine*. Novi Sad: Medicinski fakultet, Udžbenici / Medicinski fakultet, Novi Sad.
- Wu J, Wang Y, Wang Z (2017). The effectiveness of massage and touch on behavioural and psychological symptoms of dementia: A quantitative systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 73(10): str 2283-2295.
- 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: *Hypertenion Research*, 32, str. 586-590.

**Naslov avtorice:**

**Dr. Sunčica Stankov**

Zdravstveni dom Novi Sad

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

e-naslov: suncicastankov@yahoo.com

## IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Yang, F., Gu, D. in Mitnitski, A. (2016). *Frailty and life satisfaction in Shanghai older adults: The roles of age and social vulnerability. Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 68–73 (sprejem 24. 8. 2018).

### KRHKOST IN ZADOVOLJSTVO Z ŽIVLJENJEM PRI STAREJŠIH PREBIVALCIH ŠANGHAJA

Življenjsko zadovoljstvo pomeni oceno, kako smo v splošnem zadovoljni s svojim življenjem in je pomemben sestavni del doživljanja lastnega blagostanja. Raziskave so pokazale, da imajo pri tem pri starejših pomembno vlogo zdravstveni dejavniki. Krhkost se od posameznih zdravstvenih dejavnikov razlikuje v tem, da je to telesno stanje, ki ga sestavljajo zdravstveni primanjkljaji na različnih področjih. Pojav krhkosti lahko privede do nepravilnega telesnega delovanja in poveča ranljivost, ki lahko sproži neželene učinke. Za merjenje krhkosti se pogosto uporablja *indeks krhkosti*. Indeks krhkosti vključuje širši nabor psiholoških, telesnih in funkcionalnih dejavnikov in lahko služi kot dobra ocena biološke starosti. Z njim lahko napovemo večjo verjetnost za padce, hospitalizacijo in smrtnost.

Starejšo populacijo lahko razdelimo po starostnih obdobjih. Starostniki med 65 in 79 leti večinoma telesno in kognitivno dobro funkcionirajo, v obdobju po 80. letu pa se pojavlja več kroničnih bolezni in zdravstvenih omejitev njihove samostojnosti. Kljub razlikam med starejšimi se s starostjo na splošno povečujejo omejitve

pri opravljanju osnovnih in podpornih vsakdanjih opravil, povečujeta se tudi kognitivni upad in krhkost. Zdravstveni vzroki za krhkost so bolj običajni po 80. letu.

Starejši ljudje imajo na splošno več telesnih zdravstvenih omejitev kakor mlajši, vendar to ne vpliva nujno na njihovo subjektivno dožemanje življenja. Raziskave kažejo, da kljub telesnemu in kognitivnemu funkcionalnemu upadu ostajajo kazalci subjektivnega počutja v starosti stabilni. Mnogi dokazi kažejo, da imajo starejši po 80. letu starosti pri zdravstvenih omejitvah boljše prilagoditvene strategije kakor oni med 65. in 79. letom. To lahko zmanjša negativni vpliv krhkosti na subjektivno doživljanje dobrega počutja. Krhkost narašča s starostjo, vendar je bolj sprejemljiva in manj stresna med starejšimi v poznem obdobju starosti kakor prej.

Na subjektivno počutje starih ljudi poleg krhkosti vplivajo drugi dejavniki, kot je socialno-ekonomski status, socialna podpora, socialno vključevanje in socialni kapital. Na počutje vpliva tudi socialna ranljivost. Nanaša se na občutljivost na izide socialnih okoliščin in lahko nudi vpogled v kompleksne socialne situacije, v katerih živijo starejši, v njihovo zdravje in dobro počutje. Raziskave kažejo, da lahko socialna ranljivost napove kognitivni upad in smrtnost pri starejših. Prav tako lahko nižja stopnja socialne ranljivosti ali boljše socialne razmere omogočijo posameznikom, da se bolje soočajo s stresom.

Yang in Mitnitski sta v študiji o krhkosti, ki jo prikazujemo, raziskovala stare ljudi v Šanghaju. Staranje prebivalstva je svetovni družbeni pojav, na Kitajskem pa živi največja populacija starejših na svetu.

Avtorja sta se osredotočila na razmerje med krhkostjo in zadovoljstvom z življenjem ter z vprašanjem, kako se spreminja ta odnos med različnimi starostnimi skupinami in različnimi skupinami socialne ranljivosti. Anketiranje je izvedel šanghajski raziskovalni center za staranje leta 2013. Vključili so naključne starejše od 50 let iz 35 mestnih in podeželskih lokalnih skupnosti. V vsakem okolju je bilo naključno izbranih 100 oseb, skupaj 3500, ki so na dan intervjuja živeli v domačem gospodinjstvu; anketiranje je potekalo pri njih doma. Končna raziskana populacija je štela 3418 starejših. V članku, ki ga prikazujemo, sta avtorja upoštevala podatke udeležencev, starih 65 let in več; teh je bilo 1970.

Zadovoljstvo z življenjem so raziskovalci merili z vprašalnikom s trinajstimi postavkami. Krhkost so merili z indeksom krhkosti, ki je obsegal 52 kazalnikov, med njimi samo-ocenjeno zdravstveno stanje, kognitivno funkcioniranje, nezmožnost opravljanja vsakdanjih življenjskih opravil in kronične bolezni. Za merjenje socialne ranljivosti so raziskovalci uporabili indeks socialne ranljivosti; vključeval je 35 postavk, od tega socialno podporo, zakonski status, izobrazbo, stanovanjsko ureditev in prostočasne dejavnosti.

Članek se osredotoča na razmerje med krhkostjo in zadovoljstvom z življenjem. Rezultati so pokazali, da je krhkost negativno povezana z življenjskim zadovoljstvom. Ta negativna povezava je bila močnejša pri tistih, ki so mlajši od 80 let, kakor pri tistih,

ki so stari nad 80 let. Poleg tega je bila interakcija med krhkostjo in zadovoljstvom z življenjem pomembna le pri socialno bolj ranljivih skupinah.

Različne raziskovalne ugotovitve kažejo, da se krhkost povezuje s slabšim zadovoljstvom z življenjem: ljudje s slabšim zdravjem ali tisti, ki svoje zdravje zaznavajo kot slabše, so manj zadovoljni z življenjem. Čeprav obstajajo tudi drugi dejavniki, ki vplivajo na to, kako starejši zaznavajo zadovoljstvo z življenjem, ima zdravje pomemben vpliv, še zlasti na starejše, ki doživljajo splošen upad svojega zdravja.

V raziskavi so ugotovili, da se v različnih starostnih skupinah starostnikov razlikuje vpliv dejavnikov krhkosti na zadovoljstvo z življenjem. To so ugotovljale tudi druge raziskave pred tem, ki so pokazale, da ima zdravje večji vpliv na oceno zadovoljstva z življenjem v srednji starosti kakor pri tistih, ki so stari 80 in več let. Zdravje in zadovoljstvo z življenjem vplivata na posameznikovo doživljanje starosti. Te raziskave nakazujejo, da se spremembe v subjektivnem počutju in funkcionalnem delovanju večinoma zgodijo v zgodnjem procesu staranja in z leti oslabijo. Možna razlaga je, da ljudje po upokojitvi iščejo nov smisel in imajo te spremembe nanje večji vpliv, medtem ko v pozni starosti jemljejo krhkost kot nekaj samoumevnega in se nanjo prilagodijo.

Raziskava kaže, da so pomemben dejavnik v zaznavanju krhkosti tudi slabše socialne okoliščine. To pomeni, da dobre socialne okoliščine ublažijo močne učinke, ki jih ima krhkost na zadovoljstvo z življenjem. Ta povezava je močnejša pri starostnikih pred 80. letom starosti. Ugotovitve kažejo, kako pomembno je v raziskavah

upoštevati socialne okoliščine starejših; še posebej, ko se preiskujejo subjektivne ocene o procesu staranja. Socialna ranljivost je večdimenzionalni koncept, ki vključuje posameznika, ožjo družino, socialne mreže in skupnost.

Študija ima nekaj omejitev. Prvič, med spremenljivkami ne moremo določiti vzročne povezave. Prihodnje raziskave bi bile lahko usmerjene v longitudinalni pristop. Drugič, študija se je osredotočala na starejše prebivalce Šanghaja na Kitajskem. Rezultati zato ne morejo biti posplošeni na druga kitajska mesta ali na druga kulturna okolja. Tretjič, indeks socialne ranljivosti vključuje majhen nabor spremenljivk. Nabor spremenljivk bi bil lahko večji in bolj raznolik.

Tjaša Grebenšek

Milan Pavliha (2017). *Za vedrejšo starost – za novo kulturo starosti in staranja*. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije in Milan Pavliha, 111 strani.

## ZA VEDREJŠO STAROST

Knjiga Milana Pavlihe, profesorja pedagogike, *Za vedrejšo starost ali Za novo kulturo starosti in staranja* je sestavljena iz več poglavij z zanimivimi temami, ki so kontinuirano, brez nejasnih prehodov povezane med seboj: *Srečna okoliščina za mojo pot, Pravice in soodgovornosti življenja v starosti, Brez ta starga mlad ne zraste, Možnosti starejših v razvoju družbe, Dostop do kulture in ustvarjalne dejavnosti starejših, Diskriminacija starejših ter spoštovanje njihovih pravic v mednarodnih dokumentih, Aktivno staranje, Prostovoljstvo v kulturi je način življenja, Mlad orkester po srcu, Starosti prijazna Ljubljana in Varno s kolesom po Ljubljani za aktivno starost.*

V branje nas popelje topla spremna beseda dr. Božidarja Voljča in citat Vida Pečjaka: »*Ni toliko pomembno, koliko si star. Pomembneje je, kako si star.*« Tudi zaključno besedilo dr. Valerieje Bužan o dejavnih letih avtorja človeka ne pusti ravnodušnega.

Knjiga je plod življenjskih vrednot in duhovnega bogastva avtorja, ki sta mu jih vcepila starša v otroštvu, in njegovih življenjskih izkušenj, katerim sta botrovala avtorjeva vzornika, pokojna Franc Pediček in Anton Trstenjak.

Avtor skozi svoje besedilo ves čas poudarja in postavlja v ospredje pomembnost predajanja življenjskih izkušenj in bogatih spoznanj starejših mlajšim, saj na ta način stari ljudje dvigajo kakovost svojega življenja in koristijo drugim. Rdeča nit posameznih poglavij je festival za tretje življenjsko obdobje, na katerem je avtor glasnik vključevanja intelektualnega potenciala sedanjih in bodočih upokojencev, aktivnega prostovoljskega dela starejših, medgeneracijske solidarnosti, družbene kontinuitete, enakopravne politike zaposlovanja za vse generacije, nacionalnega programa za aktivno staranje in izvedbenega programa za zaposlovanje starejših oseb. V knjigi poziva medije, da se vključijo v ozaveščanje širše javnosti o nujnosti medsebojnega spoštovanja in sožitja vseh generacij, tako da nobena ne bo imela občutka, da ena živi od druge. V naših glavah prevladuje socialni stereotip o starih ljudeh, češ da so pozabljivi, sitni, nesamostojni, nerodni, gluhi in staromodni. Avtor želi opozoriti, da nam na področju raziskovanja starejših manjkajo aplikativne raziskave, ki naj bi jih spodbujala pristojna ministrstva, in

ustrezen študij o dejavni starosti, ki naj bi ga izvajale družboslovne fakultete. V nadaljevanju opozarja na okrnjene programe za socialno in zdravstveno oskrbo tistih, ki so potrebni pomoči, in poziva državo, da ustvari zdravo okolje, kjer bi vsi starejši lahko skrbeli za preventivno razvijanje in ohranjanje svojih zmožnosti v lastnem okolju. Zaradi nezanimanja širše družbe za starejše njihova samopodoba pada, na drugi strani pa ta družba gradi domove za starejše. Začarani krog, ki se vse bolj krepi in pogloblja. Avtor tako kliče po pomoči.

V poglavju *Možnost za starejše v razvoju družbe* se avtor dotakne starih ljudi na podeželju. Mnogi od njih so nosilci znanj na številnih področjih, kot so zdrava prehrana, sušenje sadja in zdravilnih zelišč, domača obrt, zelena kozmetika in podobno, pa nimajo za to javno veljavnih spričeval. Tega njihovega bogastva, ki ga imamo na dlani, ne znamo ali ne zmoremo izkoristiti, država pa izgublja pomembna znanja in veščine. Tukaj avtor potegne vzporednico z diskriminacijsko zakonodajo o občasnem honorarnem strokovnem delu in raziskovalni dejavnosti upokojencev v Sloveniji.

Poleg znanj, izkušenj in veščin, ki jih premorejo starejši, svoje življenje bogatijo tudi s petjem v upokojenskih pevskih zborih, s plesom v folklornih skupinah, z igranjem na pihala v seniorskih pihalnih orkestrih, s soustvarjanjem novih kolesarskih in sprehajalnih poti v domačem kraju, z udeleževanjem na likovnih in lutkovnih delavnicah ter na športnih igrah. Nase poskušajo opozoriti s seniorsko ljubiteljsko kulturo in družbi sporočiti, da niso za »staro šaro«, ampak si želijo dejavne starosti z aktivnim staranjem na vseh področjih življenja. Avtor doda predstavitev

zadovoljnega in uspešnega življenja našega slovenskega športnega veterana v triatlonu Franceta Cokana, ki svoje modrosti z valom navdušenja predaja mlajši generaciji. France, Milan in mnogi drugi starejši ustvarjalno razmišljajo o tem, kaj bodo počeli jutri in pojutrišnjem, saj upokojitev zanje ni frustracija, ampak izziv.

Zdi se, da so starejši potisnjeni na rob družbe, zato ni presenetljivo, da osemdesetletni gospod trdi, da še ni dovolj star, da *bi mu ortopedska delavnica šivala čevlje*. Star pregovor pravi *Brez muje se še čevljev ne obuje*. Knjiga Milana Pavlihe je primer prizadevanja starejših, da nočejo pasivnega in v kotu pozabljenega življenja.

Razmišljujoče popotovanje skozi knjigo z avtorjem da bralcu vedeti, koliko nam ima sporočiti. Bralca vodijo skozi knjigo misli avtorja, drugih slovenskih ter tujih strokovnjakov in izzivalno zastavljena vprašanja, na katera avtor ne odgovarja, oziroma ne ponuja odgovorov. Bralec upa, da sledi odgovor na vprašanje v naslednjem poglavju – tako ga avtor sili k lastnemu razmišljanju in ne na način kot razmišlja avtor. Tudi ne ponuja rešitev v praksi. Imenuje različne projekte, ki jih podkrepi z barvnimi slikami, vendar se o njih ne razgovori – bralec dejansko namena in vsebine projekta ne spozna (npr. projekt *My story*). Vire in literaturo navaja med posameznimi poglavji in ne na koncu knjige.

Knjiga Milana Pavliha *Za vedrejšo starost – za novo kulturo starosti in staranja* spodbuja raziskovalce, strokovnjake in ljubiteljske bralce, naj se spustijo v vode zanimive in aktualne tematike dejavnega staranja, saj je v Sloveniji na tem področju premalo zanimanja in raziskovanja.

*Petra Boštjančič*

Jana Goriup, Danijela Lahe (2018). *Poglavja iz socialne gerontologije*. Maribor: AMEU-ECM, Alma Mater Press. 177 strani.

## POGLAVJA IZ SOCIALNE GERONTOLOGIJE

Avtorici znanstvene monografije sta Jana Goriup in Danijela Lahe. Prva je aktivna na znanstvenoraziskovalnem in pedagoškem področju sociologije staranja in socialne gerontologije, raziskovalno in strokovno delo druge avtorice pa se nanaša na področje družine in socialne gerontologije ter na problem nasilja in zlorabe nad starejšimi in odnosom mladih do staranja.

Avtorici pravita, da je starost predmet raznoraznih študij in razmišljanj že tisoče let, vendar jo različne kulture v različnih obdobjih dojemajo različno (str. 26). Opozarjata, da se od 20. stoletja dalje delež starejših ljudi med prebivalci povečuje. Monografija nas seznana z začetki in uveljavljanjem gerontologije kot vede ter z njeno interdisciplinarno raznolikostjo, saj vključuje naravoslovne vede (biologijo, medicino), družboslovne vede (sociologijo, psihologijo, ekonomijo, politologijo) in humanistiko. Nazorno razložita pojma starost in staranje ter različne delitve starosti glede po različnih avtorjih.

Po poglavju o opredelitvi staranja, starosti in gerontologije kot vede sledi poglavje o teorijah staranja in starosti, ki so se razvile v različnih socioloških smereh; avtorici predstavita tudi njihove zagovornike. Na koncu poudarjata, da je *poznavanje teh socioloških teorij bistvenega pomena pri zagotavljanju skladnih in veljavnih osnov za oblikovanje politike, programov in dejavnosti v zvezi s staranjem* (str. 60).

S pojavom četrte industrijske revolucije se je podaljšala življenjska doba, uveljavilo

se je bolj zdravo in aktivno življenje (str. 67). Avtorici izpostavljata, da se stari ljudje težko prilagajajo na vplive četrte industrijske revolucije, ki temelji na uporabi tehnoloških dobrin, kot so splet, pametni telefoni, tablice in podobno.

Starost in staranje ne prizadeneta le psihičnega področja, temveč se spremembe poznajo tudi na človekovem telesu. V poglavju *Starost in staranje z vidika fenomena telesa* je opisano dožemanje telesa v raznih družbenih obdobjih in skozi oči zagovornikov različnih teorij. Po podatkih avtorjev, na katere se opirata avtorici, so starejši ljudje vedno bolj zdravi in vitalni, zato je kakovost življenja visoka tudi v poznih letih. Vendar opozarjata, da dolgoživost in velik delež starega prebivalstva na eni strani in odklonilen odnos do starosti in starostnikov na drugi strani ne sodita skupaj ter povzemata besede slovenskega strokovnjaka na tem področju, ki je dejal, da dandanes o starosti govori le tisti, ki mora, in tisti, ki se je za to sam odločil zaradi jasnih razlogov. Obenem pa poudarja, da mora biti cilj politike poiskati rešitve, ki bodo omogočale vključevanje starostnikov v socialne mreže in preprečile izključevanje iz njih.

Kot osnovno celico socialne skupnosti opisujeta avtorici družino; ta ima za starostnika največji in najgloblji pomen. Vloga družine se je skozi čas nenehno spreminjala in prilagajala potrebam družbe, zato odpadajo tudi stari vzorci in pojmovanje tradicionalne družine. Kadar ni družine, ki bi prevzela skrb za starostnika, za to poskrbijo prijatelji in sosedje, obstajajo pa tudi druge vrste socialnih mrež, ki prevzamejo to nalogo.

V poglavju o medgeneracijskem sodelovanju je govor o tem, da imajo starostniki

ne glede na to, kje in kako živijo, različno bogate izkušnje in znanje, ki lahko koristijo tudi mlajšim generacijam. S tem, ko starostnik svoje znanje in izkušnje predaja drugim, dviga občutek samozavesti, koristnosti in veljave, kar vodi v pozitivno smer. Z druge strani pa opisujeta, da se v družbi pojavlja nasilje nad starimi ljudmi, pred katerim si še vedno preveč zatiskamo oči in premalo govorimo.

Ob koncu monografije se avtorici dotakneta še pojma smrti, ki je neizbežen del življenja vsakega človeka. Pomembno je, da se o tem pogovarjamo in upoštevamo želje posameznika. Dotakneta se tudi današnjega perečega problema ob prehodu v *dolgoživo družbo* in o starejših ljudeh na trgu dela, kjer so za delodajalca vse manj zaželeni.

*Zastarele, napačne in preživete predstave o starosti so škodljive za sodobno družbo, zato bo potrebno na novo definirati problem staranja, umiranja in smrti*, pravita avtorici.

*Nataša Simunič*

Anselm Grün (2017). *Ne zamudi svojega življenja*. Maribor: Ognjišče, Slomškova založba, 144 strani.

## NE ZAMUDI SVOJEGA ŽIVLJENJA

Pater benediktinec Anselm Grün iz Münsterschwarzacha v Nemčiji je eden najbolj branih katoliških avtorjev v današnji Evropi. V knjigi *Ne zamudi svojega življenja* (*Versäume nicht dein Leben*) obravnava na dovolj preprost način vzroke za po njegovem prepogosto prakso, da ljudje zamujamo svoje življenje.

Zamujanje življenja obravnava v vseh življenjskih obdobjih, predvsem pa v srednjih letih in starosti. Avtor pravi, da velikokrat ljudje že v mladih letih zavarujejo svoje življenje za primer smrti in

na ta način preskočijo svoje življenje, še preden so ga začeli živeti, ter da namesto uresničevanja svojih sanj postajajo »generacija opazovalcev«. Pri mladih opaža tudi napačno razumevanje kontemplacije, saj jo danes večinoma vidijo v smislu »časa zase« in počasnega življenja, cilj pa je ravno obraten, namreč izpuščanje samega sebe. Pri nekaterih mladih opaža, da po njihovih besedah zamudijo »nekaj pomembnega«, kar se pojavlja znova in znova tudi v srednjih letih in v starosti, na primer ob smrti ljubljenega človeka. Poglobljeno obravnava »egocentrično kroženje ljudi okoli samega sebe«, ki ne vodi k odkrivanju smisla v življenju, ter kroženje okoli lastnega zdravja, ki ljudi dela še bolj bolne.

V obravnavi prilagajanja srednjim letom avtor opaža, da v srednjih letih nekateri ljudje nimajo upanja, da bi se zgodilo še kaj novega, »končana je živost, obstaja le še funkcioniranje«. V visoki starosti pa nekateri ljudje ugotovijo, da nikoli niso zares živeli, »obtičijo v zamujenem in neizživetem življenju«. Mnogi zamujeno življenje skrijejo za zunanjo aktivnostjo, drugi pa »se pokopljejo v svojo osamelost«. Glede uporabe psihofarmakov pravi, da so »danes zelo razširjen način za izmikanje življenju«. Obravnava tudi zamujanje ljubezni zaradi kariere in lastnega samouresničevanja.

Velika dodana vrednost knjige so vsakemu poglavju dodani Jezusovi odgovori. Avtor namreč s pomočjo citatov iz evangelija in z njihovo interpretacijo išče in tudi najde Jezusove odgovore, ki niso nasveti ali rešitve, pač pa nam »odpirajo oči«, da probleme rešujemo sami. Knjigo sklene s sedmimi koraki k upanju; naniza jih kot »odgovor na trend zamujanja lastnega življenja«.

Menim, da je knjiga Anselma Grūna *Ne zamudi svojega življenja* koristno orodje za potovanje v svoje »sebstvo«, za raziskovanje sebe in za razumevanje drugih. V pomoč je lahko različnim strokovnjakom in terapevtom za delo z ljudmi. Jezik in slog pisanja sta privlačna in razumljiva. Potencialni bralci so vsi ljudje, tako katoličani kakor vsi ostali, ki se sprašujejo, kako ravnati, da ne bi zamudili svojega življenja; knjiga jim lahko pomaga ovrednotiti in obvladati svoje življenje. Modrosti, ki so v knjigi citirane iz evangelija, so zimzelene in univerzalne. Avtor v tej knjigi postavlja ogledalo, v katerem se bralci prepoznamo.

Mitja Slapar

Palmer J. Parker (2018). *ON the BRINK of EVERYTHING. Grace, Gravity and Getting old*. Oakland: Berrett-Koehler Publisher, 240 strani.

## STAROST NI NEKAJ OBROBNEGA V ŽIVLJENJU

Palmer J. Parker (roj. 1939) je avtor že več prodajnih uspešnic na temo izobraževanja, skupnosti, vodenja, duhovnosti in družbenih sprememb. V svoji zadnji monografiji (2018) se posveča vprašanju, ki se človeku porajajo ob približevanju koncu življenja. Delo sestavlja sedem poglavij, ki obravnavajo teme življenjskega smisla in vprašanja minljivosti. Avtor v pisanje vključuje lastne zgodbe, spomine, dnevniške vpise in refleksije ter bogato zbirko odlomkov, govorov in citatov drugih del, ki se nanašajo na obravnavane vsebine, na primer dela Thomasa Mertona, Williama Sloaneja Coffina, Mary Oliver, Rumija, Mayja Sartona, Dylana Thomasa in Williama B. Yeatsa. Mark Nepo (2018) delo zaradi tega označi kot najbolj integralno in odprto refleksijo

o staranju, ki bralca pozitivno pretrese in mu pomaga vzpostaviti bližino s seboj, drugimi, svetom in življenjem. Čeprav gre za poljudno branje, je delo z gerontološkega vidika pomembno, saj prinaša uporabne ideje za delo v praksi ter nudi pripomoček za obravnavo številnih vprašanj, s katerimi se soočamo v interakciji s starejšimi.

Velik pomen knjig pri čustveni podpori starejših je bil v gerontologiji ekspliciran že ob koncu 80. let, biblioterapija pa že več desetletij kaže dobre rezultate pri delu s starejšo populacijo (Adegun, Oke in Fashina, 2018; Mieskowski in Scogin, 2015; Scogin, Hamblin in Beutler, 1987; Scogin, Jamison in Gochneaur, 1989; Scogin idr., 2014).

V prvem poglavju (*The view from the brink: what I can see from here*) avtor opisuje nekaj svojih življenjskih modrosti, ki se jih je naučil med staranjem. Predvsem poudarja, kako je pomembno hoditi skozi življenje z odprtimi očmi in odprtim srcem za nove izkušnje. Bralca spodbuja, naj življenje v vseh starostih obdobjih sprejema na podoben način, kakor ga sprejemajo otroci, tj. s čudenjem. Ugotavlja, kako pomembno je pri iskanju odgovorov zastavljati prava vprašanja, ravno to pa omogoča stalna odprtost za nove perspektive.

Drugo poglavje (*Young and old: the dance of the generations*) se osredotoča na kreativno sodelovanje in interakcijo med generacijami. Avtor starejšo generacijo spodbuja, da se povezuje z mlajšimi, saj medgeneracijsko povezovanje vse generacije napaja z življenjsko energijo in širi obzorje pri dožemanju življenja.

V tretjem poglavju (*Getting real: from illusion to reality*) se avtor ukvarja z vprašanjem duhovnega življenja ter ga na osnovi lastne življenjske izkušnje opredeljuje kot

stalno prizadevanje za razblinjanje iluzij in za stopanje v stik z resničnostjo. Čeprav smiselnost tega prizadevanja povezuje z vsemi življenjskimi obdobji, ga kot nepogrešljivega postavlja v obdobje staranja.

Četrto poglavje z naslovom (*Work and vocation: writing a life*) je namenjeno vprašanju iskanja smisla življenja s poklicanostjo, a ne nujno s poklicem. Avtor piše, da delo pogosto daje smisel človeku, vendar je potrebno razlikovati med plačanim delom, ki ni nujno in vedno izpolnjujoče, ter dejavnostmi, ki človekovemu življenju navdahnjejo doživljanje smisla. Starost po upokojitvi pri tem praviloma ponudi nove priložnosti za prej zamujene dejavnosti, hkrati pa izpolnjujoče delo odločilno doprinese h kakovostnemu staranju. Avtor poudarja, kako je pomembno svojemu (po)klicu slediti v visoko starost ter s tem postaviti v novo perspektivo že preživeta leta ter ohranjati uresničevanje smisla tudi v zadnjem življenjskem obdobju.

Peto poglavje (*Keep reaching out: staying engaged with the world*) je namenjeno pomenu povezovanja in vključevanja starega človeka v njegovo življenjsko okolico. Vsebina poglavja je povezana z vsebino prejšnjega, saj poudarja pomen aktivnega sodelovanja v družbenem dogajanju in prizadevanju pri nastajanju in ohranjanju življenjskega smisla. Če človek tudi v starosti ohranja občutek skrbi in željo doprinesati k ustvarjanju boljšega sveta za druge, ostaja v stiku z občutkom pomembne vloge svojega obstoja tudi v starosti.

Predzadnje poglavje (*Keep reaching in: staying engaged with your soul*) predstavlja pomen interakcije z lastnim notranjim svetom. Avtor poudarja, kako pomembno je v starosti vzpostaviti aktivni notranji dialog

in doseči visoko stopnjo samospoznanja, ki pomeni osnovni pogoj za doseganje notranjega miru in pomirjenosti z življenjem ter samim seboj.

Zadnje poglavje (*Over the edge: where we go when we die*) avtor posveča vprašanju, kaj se zgodi po smrti. Avtor pri tem najprej poudari, kako pomembno je zavedanje minljivosti tekom življenja, saj stalno odprti dialog z lastno smrtjo življenje postavlja v perspektivo dragocenosti in pomembnosti. Vprašanje smrti avtor poveže zlasti s telesnim vidikom in pojasni, da se snovna materija stalno zgolj pretvarja iz ene v drugo obliko, zato se tudi človeška telesa po smrti vključujejo v nove oblike življenja. Zadnje poglavje na ta način bralca pomiri z mislijo o minljivosti zlasti ob predpostavki, da upošteva preostala načela, ki jih avtor predstavlja v prejšnjih poglavjih. S tem knjiga zaobjame celotno izkušnjo starejšega človeka ter mu lahko ponudi vodenje v soočanju s težkimi življenjskimi in osebnimi vprašanji (Degroot, 2018).

Palmerjevo knjigo lahko uporabljamo kot pripomoček pri praktičnem delu, kot izhodišče za raziskovanje doživljanja starejših ali kot biblioterapevtski instrument za samopomoč ali vodeno terapevtsko izkušnjo. Tippet (2018) avtorja označi kot enega najmodrejših mislecev sodobnega časa, delo pa kot ključno oporo pri prebijanju skozi današnji konfuzni in na več mestih »polomljeni« svet. V družbi, ki ima izrazito odklonilni odnos do staranja ter smrt vse bolj izriva iz družbenih običajev in družbene stvarnosti, s tem pa tudi iz družbene zavesti, so knjižna dela eden od kritičnih faktorjev, ki pripomorejo k lažšanju eksistencialne tesnobe ob vstopanju v zadnje življenjsko obdobje (Worden, 2018).

## LITERATURA

- Adegun, A. O., Oke, D. I. in Fashina, A. Y. (2018). An Empirical analysis of bibliotherapy and self-management technique as a tool for life satisfaction. *KIU Journal of humanities*, 3(3), 197–210.
- Degroot, J. (2018). On the brink of everything: grace, gravity, and getting old by Parker J. Palmer. *Mixed media books*, 18(8), 21.
- Mieskowski, L., & Scogin, F. (2015). Bibliotherapy and Other Self-Administered Treatment. V: Pachana, A. N. (ured.), *Encyclopedia of geropsychology*, 51–57. New York: Philpapers.
- Nepo, M. (2018). *On the brink of everything: grace, gravity, and getting old by Parker J. Palmer*. Pridobljeno: <https://onthebrinkofeverything.com/wp-content/uploads/2018/03/samplechapter.pdf> (10. 12. 2018).
- Scogin, F., Fairchild, J. K., Yon, A., Welsh, D. L. in Presnell, A. (2014). Cognitive bibliotherapy and memory training for older adults with depressive symptoms. *Aging & mental health*, 18(5), 554–560.
- Scogin, F., Hamblin, D. in Beutler, L. (1987). Bibliotherapy for depressed older adults: A self-help alternative. *The gerontologist*, 27(3), 383–387.
- Scogin, F., Jamison, C. in Gochneaur, K. (1989). Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 403–415.
- Tipper, K. (2018). *On the brink of everything: grace, gravity, and getting old by Parker J. Palmer*. Pridobljeno: <https://onthebrinkofeverything.com/wp-content/uploads/2018/03/samplechapter.pdf> (10. 12. 2018).
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company.

Maja Velički

Tilo Strobach, Julia Karbach, Edit. (2016). *Cognitive Training: An Overview of Features and Applications*. Springer International Switzerland, 201 stran.

## KOGNITIVNI TRENING KREPI ZMOŽNOSTI MOŽGANOV V STAROSTI

Ohranjanje kognitivnih sposobnosti postaja vse bolj zanimiva vsebina tako za znanost kakor za širšo javnost. Zavedanje, da se posameznik v celotni življenjski dobi prilagaja številnim zahtevam okolja, je

sporožilo zanimanje za dogajanje v njegovem kognitivnem in nevronskega sistemu. Raziskovalci so z različnimi intervencijami potrdili, da prilagajanje na spremembe omogoča kognitivna in nevronska plastičnost možganov. Zadnja leta postaja to področje vse bolj zanimivo za raziskovalce na področju psihologije in nevroznanosti. Z ugotovitvami, da možgani niso statičen organ, ki se v starosti ne spreminja več, so spremenili dosedanje stališče, da so možgani le v zgodnjem otroštvu plastični, oziroma sposobni prilagajanja. Ohranjanje nevronske povezave in spodbujanje nastajanja novih je postalo pomembno zlasti v povezavi z upadanjem možganskih funkcij v starosti ali zaradi okvar možganov.

Knjigo *Cognitive Training: An Overview of Features and Applications*, ki sta jo uredila Tilo Strobach in Julia Karbach, sestavlja šest poglavij, v katerih mednarodni strokovnjaki različnih raziskovalnih področij kognitivne in nevroznanosti obravnavajo različne pristope, predstavijo empirične raziskave, vrste kognitivnih intervencij ter pojasnjujejo mehanizme kognitivnih in nevroloških sprememb. Urednika se profesionalno ukvarjata z raziskovanjem kognitivne plastičnosti skozi celotno življenjsko obdobje.

Prvo vprašanje, ki je v knjigi sistematično analizirano, so koncepti različnih strokovnjakov s področja psihologije in nevroznanosti, ki na podlagi opravljenih raziskav potrjujejo učinke kognitivnega treninga. Urednika sta dodala tudi modele, ki pojasnjujejo klasične učinke prenosa in usposabljanja možganov, omejitve pri strokovnem znanju in potencialne vidike kognitivnega razvoja. Izpostavljeno je nekaj

pomembnih, analitično podprtih modelov o pozitivnih učinkih kognitivnega treninga v vseh življenjskih obdobjih.

Med najpomembnejšimi vprašanji je vpliv intervencij na možgansko strukturo pri starejših ljudeh. Ugotovitve o pozitivnih vplivih intervencij, ki jih predstavijo avtorji v knjigi, so skladne z ugotovitvami nevroznanosti o kognitivnih in nevronskih spremembah na različnih domenah kognitivnega delovanja. Postavlja se vprašanje, kako delujejo posamezne kognitivne domene in kako se prilagajajo na intervencije. Izpostavljeno je tudi spoznanje, kako prilagoditev posamezne domene omogoča izboljšanje funkcioniranja in posledično dvig kvalitete življenja.

Vsebina knjige bralca osvešča, da tudi vsakdanja raba posameznih aktivnosti (npr. video igre, čuječnost, meditacija, glasbena terapija, fizična aktivnost), ki so bolj ali manj poznane in uporabne, vplivajo na ohranjanje kognitivne svežine. Bralec je skozi vso knjigo usmerjen v razmišljanje o vplivu različnih dejavnikov na intervencije – starosti, različnih nivojev zmogljivosti posameznika, socialno-ekonomskega statusa, motivacije, osebnosti, spola, kulturnih dejavnikov ipd. Avtorji nas spodbujajo k razmišljanju, da kognitivnega treninga ne smemo razumeti le kot psihološko intervencijo, ampak upoštevati, kako pomembno se dotika tudi socialnih in etičnih vprašanj posameznika.

Izpostavljene teme in vprašanja niso specifična le za starejšo populacijo, ampak se osredotočijo tudi na skupine, ki v družbi potrebujejo posebno vrsto obravnave. Avtorji s svojim pristopom spodbujajo k zavedanju, da obstaja način za ohranjanje vitalnosti možganov.

Knjiga je poljudnoznanstveni prikaz delovanja možganske strukture. Zajema vse pomembne informacije o razvoju, stimulaciji in intervencijah nevrološkega sistema. Zagotovo je dobra osnova za nadaljnji korak v preučevanju dejstva, da se s krčenjem možganov ne moremo kar sprijazniti. Prispeva k spodbujanju družbene zavesti o pomembnosti tega vprašanja, ki se dotika tudi teoretičnih, tehnoloških in socialnih dejavnikov. Pomemben vidik, ki se ga avtorji skoraj nevidno dotaknejo, je etično vprašanje, da ni vseeno, kako živimo in delamo; nudijo nam odgovore na vprašanja, kako naj človek deluje v družbi in v odgovornosti do sebe ter spodbujajo k moralni zavesti. Usmerjajo tudi k zavedanju o dilemah upravljanja z genetiko in življenjem.

Pomemben teoretičen in praktičen prispevek knjigi sta tudi poglavji o blagi kognitivni motnji in predstavitev posameznih kognitivnih domen. Teoretično sta pomembni, ker bralca seznani z najpomembnejšimi podatki o blagi kognitivni motnji, delovanju kognitivnih domen in učinkih intervencij, praktično pa predstavi modele treninga in njihovo uporabo za aktiviranje posamezne kognitivne domene.

Knjiga je dragocen prispevek k vse bolj aktualni temi. Napisana je razumljivo in na visoki strokovni ravni za vse, ki se s področjem kognitivnega staranja ukvarjajo poklicno ali iz osebnih interesov. Skrbno izbrane in znanstveno podprte vsebine bralcu omogočajo spoznavanje in razumevanje celotnega kognitivnega delovanja. Rdeča nit knjige, ki je izražena v njenem naslovu, se pomembno izrazi v vsakem poglavju.

*Marjeta Maruša Kerč*

# DROBCI IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

Zbrala Alenka Ogrin

## ALI JE LAHKO UČENJE V ŠPORTU VSEŽIVLJENJSKO?

Susanne Wolmesjö je nevroznanstvenica, izobraževalka odraslih, nekdanja športnica in trenerka. Vodi lastno izobraževalno in svetovalno podjetje ter poučuje odrasle na ljudski univerzi Bosön Sports Institute v Stockholmu. Ob njenem delu in pisanju se poraja aktualno vprašanje: *Ali je lahko učenje v športu vseživljenjsko, glede na to, da se naše telesne sposobnosti skozi čas zmanjšujejo?*

Zanjo je vprašanje vseživljenjskega učenja v športu večplastno, odvisno od ciljev športnika. Vendar zagovarja stališče, da učenje sploh ne bi smelo temeljiti na fizični razsežnosti.

Splošno mnenje je, da se lahko vsakdo nauči praktično vsega pri katerikoli starosti. Ko pa učenje vključuje telesno razsežnost, kot je to v športu, je drugače – začnejo se pojavljati omejitve. Tako profesionalni kot amaterski športnik pri določeni starosti doseže vrh, po katerem uspešnost neizogibno upada, profesionalni športniki pa se morajo takrat začeti pripravljati na upokožitev in prehod v druge dejavnosti.

Ali torej v svetu športa pojmovanje vseživljenjskega učenja ne velja?

Susanne Wolmesjö pravi:

*»Sama verjamem, da lahko v športu nadaljujemo z razvojem vseživljenjskih spretnosti. V okviru vsakega športa se pojavi nova stopnja spretnosti, ki vsebuje nove cilje in učne izzive. Ko nekdo usvaja povsem nov šport, se odpre širok spekter spretnosti, ki jih je treba obvladati. Če k temu dodamo še različne osebne fizične in miselne izzive, se področje učnih izzivov širi.«*

Na drugi strani meni, da moramo v določenih športih na neki točki sprejeti, da ima naša fizična kondicija tudi svoje omejitve. Športniki bodo najtežje zdržali pri športih, ki zahtevajo moč in eksplozivnost. A čeprav lahko moč razvijamo pri katerikoli starosti, morda ta ne bo zadostovala za doseganje visoko zastavljenih ciljev.

*»V tem primeru se moramo začeti ukvarjati z novim športom ali razmisliti o variacijah športa, ki ga že obvladamo. Ukvarjanje z različnimi športi lahko prilagodimo in z njimi nadaljujemo še dolgo v starost. Takšen primer je hodeči nogomet, počasnejša različica nogometa za starejše igralce, ki se soočajo z gibalnimi omejitvami. Poleg svojega športa (tj. odbojka) se ukvarjam tudi z drugimi športi, kot so golf, vožnja s kajakom in kolesarjenje. Vedno se naučim kaj novega in srečujem se z novimi izzivi.«*

Poleg tega obstaja še ena pot za nadaljnje učenje tudi po fizičnem vrhuncu. O tem pravi Wolmesjöva naslednje.

*»Če je doba aktivnega ukvarjanja s športom za vami, obstajajo novi izzivi v trenerstvu, poučevanje drugih. Zato tudi vloga športnega trenerja ali uporaba trenerskega pristopa na področjih, ki niso povezana s športom, ponuja nove izzive za vseživljenjsko učenje. Z mojega vidika je vseživljenjsko učenje v športu mogoče. Veliko bolj kakor s fizično razsežnostjo pa je povezano z miselnostjo, motivacijo in sprejemanjem.«*

Vir: EPAL – ePlatforma za izobraževanje odraslih v Evropi; <https://ec.europa.eu/epale/sl/themes/non-formal-and-informal-learning>

# GERONTOLOŠKI DOGODKI

Zbrala Alenka Ogrin

## V SLOVENIJI

### **Konferenca in razglasitev zmagovalcev natečaja *Starejšim prijazno podjetje* – Z leti še vedno zavzeti**

21. marec 2019, Ljubljana  
organizator: Dnevnik in projekt ASI  
Spletni naslov: <https://www.dnevnik.si/zlatanit/spp>

### **Skupna konferenca omrežja ESREA – Izobraževanje in učenje starejših odraslih ter projekta: *Old Guys Say Yes to Community***

10. in 11. maj 2019, Ljubljana  
organizator: Andragoški center in Filozofska fakulteta  
Spletni naslov: <https://enovicke.acs.si/event/konferenca-omrezja-esrea-izobrazevanje-in-ucenje-starejsih-odraslih-in-projekta-old-guys-say-yes-to-community/>

### **Festival medgeneracijskega sožitja**

14. in 15. maj 2019, Gospodarsko razstavišče, Ljubljana  
organizator: ZDUS, MEKOS in GR  
Spletni naslov: <http://www.medgeneracijsko-sozitie.si/>

## V TUJINI

### **Ageing and Disability: Shaping the Agenda of Tomorrow**

Organizator: European Association of Service Providers for Persons with Disabilities  
21. in 22. marec 2019 Bruselj, Belgija  
Spletni naslov: <http://www.easpd.eu/en/content/ageing-and-disability-conference-shaping-agenda-tomorrow-march-2019>

### **Towards Frailty Prevention – *An innovative digital health solution***

3. april 2019, Bruselj, Belgija  
Zaključna konferenca EU projekta FrailSafe  
Spletni naslov: <http://frailsafe-project.eu/>

### **5th International Conference – *Aging and Cognition*«**

24. do 26. april 2019, Zurich, Švica  
Organizator: Univerza v Zurichu  
Spletni naslov: <http://eucas.org/ac2019/>

## GERONTOLOŠKO IZRAZJE

### NEHOTENO TRPINČENJE STARIH LJUDI

angleško: *unintentional maltreatment of older people*

Nehoteno trpinčenje je tisto, ki ga povzročitelj stori nenamerno ali nehoteno, ker se ne zaveda, da je do žrtve nasilen, jo zlorablja ali zanemarja njene potrebe, ki bi jih bil dolžan zadovoljiti, ali pa se tega zaveda, toda zaradi stresa, svoje izgorelosti ali druge osebnostne omejitve ne zmore ravnati mirno in pravilno.

Po letu 2000 tudi raziskave ugotavljajo, da je zanemarjanje oskrbe svojca lahko namerno ali nenamerno in da nenamerno trpinčenje izhaja iz nezmožnosti družinskega oskrbovalca, iz njegovih kognitivnih motenj, duševnih bolezni ali omejene zdravstvene pristojnosti. Pri delu z družinskimi oskrbovalci se kaže, da se večina besednega in telesnega trpinčenja ne dogaja zavestno ali hote, ampak nenamerno – nehote. Družinski člani občutijo zaradi tega včasih močno krivdo, mnogokrat pa se sploh ne zavedajo, da onemoglemu svojcu povzročajo trpljenje s svojimi besedami, dejanji, z odmikom od njega ali s tem, ko ne opazijo njegovih bistvenih potreb. Tudi v oskrbovalnih ustanovah se zdi, da je velik del trpinčenja starih ljudi nehoten; najpogostejše je zanemarjanje potreb stanovalcev s strani oskrbovalnega osebja in neustrezne razmere pri zastarelih oskrbovalnih konceptih.

Pojem nehoteno trpinčenje je v gerontologiji nov; v luči dosedanjih spoznanj o nasilju nad starimi ljudmi se lahko zdi, da je nepotreben, če ne celo protisloven. Spoznanje, da trpinčenje starih ljudi marsikdaj ni povzročeno vedé in hoté ali iz hudobije, pa je zelo pomembno za dojemanje tega pojava, še posebej zato, ker daje velike možnosti njegovemu preprečevanju. Pojav nehotenega trpinčenja bomo utemeljili in osvetlili najprej širše, iz antropoloških spoznanj, nato pa navedli konkretne gerontološke ugotovitve.

Pogoj za razumevanje nehotenega trpinčenja je stvarno odgovarjanje na vprašanje, koliko je človek v svojem doživljanju in ravnanju svoboden, koliko pa ga usmerja njegova podzavestna duševnost, družba in druge determinante, pa naj se tega zaveda ali ne. Glede tega se praksa in teorija ponavadi nagneta bolj ali manj v eno od obeh skrajnih stališč. Prvo jemlje vsako neustrezno vedenje kot svobodno izbiro, krivdo zanj pa sankcionira s kaznijo; to stališče sprejema nasilje kot redno sredstvo za urejanje sožitja. Po njem bo star človek, ki zaradi demence potoži obiskovalcem, da mu domači ne dajo jesti, zmerjan, da laže, morda bo dobil zaušnico, za kazen bo izoliran v sobi, z njim ne bodo govorili in podobno. Druga skrajnost meni, da človek nima prave svobode v doživljanju in vedenju, njegovo doživljanje in vedenje v celoti usmerjajo biološke zakonitosti, vzgoja iz otroštva in poznejše izkušnje, podzavestni duševni vzgibi, trenutne razmere, družba in okolje. V tem primeru seveda tudi

nima svobode, da nasilja ne bi storil – za preventivo ni človeške osnove, kaznovanje nasilneža je krivično. Obe stališči se v praksi iztekata v ravnanje, kakor da je človek dresirana žival, ki sama ne more doživljati in ravnati tako, kakor bi bilo treba, ampak jo je treba k temu usmerjati s korenčkom prigovarjanja in nagrad ter s palico kazni; obe imata nerešljiv problem z načelom, da ima sleherni človek enako človeško dostojanstvo, obe človeka razvrednotita in razčlovečita, kar je samo po sebi najhujše nasilje nad človekom.

Glede tega je smiselna samo srednja pot: človek ima nekaj svobode, da lahko smiselno usmerja svoje doživljanje in ravnanje, vendar pa nihče nikoli nima popolne svobode. Telesne, duševne, socialne in duhovne bolezni ter okoliščine mu lahko svobodo doživljanja in ravnanja zelo zožijo, vendar zaradi tega ni manjše njegovo človeško dostojanstvo. Vsak človek je drugačen po svojih sposobnostih in značilnostih, vsakdo je vsak trenutek v drugačni situaciji, vsi ljudje pa imamo vedno povsem enako človeško dostojanstvo. To je stvarno gledanje na človeka, ki je edina trdna osnova za humano pomoč ljudem v njihovi trenutni ali kronični nemoči. To stališče je dobra antropološka osnova za razumevanje trpinčenja starih ljudi, zlasti za razvijanje njegovega preprečevanja.

Spoznanje, da trpinčenje starih ljudi marsikdaj ni povzročeno vedé in hoté ali iz hudobije, osvetljujejo tudi nekatera poglobljena spoznanja psihologov in mislecev v desetletjih po drugi svetovni vojni. Hannah Arendt je v začetku 60-ih let poglobljeno spremljala sojenje hudodelcu nacističnih koncentracijskih taborišč Eichmannu in prišla do spoznanja o *banalnosti zla* – ljudje

delajo v določeni družbeni, omamni ali bolezenski situaciji hudo zlo banalno vsakdanje, kakor svoja vsakdanja službena in gospodinjska opravila. Stanley Milgram je v istem času s svojim znanim psihološkim eksperimentom raziskoval dejstvo množičnega nasilja v diktaturah in ugotovil, da dve tretjini ljudi naredi huda dejanja proti svoji vesti in človečnosti, če imajo nad seboj avtoriteto, ki jim to nalaga, za ta dejanja pa jim je odvzeta odgovornost in so jim prikazana kot junaška ali humana. Spoznanja Lawrenzea Kohlberga pa kažejo, da je uspešno zorenje v osebnem moralnem razvoju glavna zaščita pred neetičnimi dejanji in trpinčenjem. Tudi humanist Erich Fromm se je v svojem znanem delu posvetil anatomiji človeške zmožnosti, da uničuje, drugemu škodi, mu povzroča trpljenje, ga muči in ubije. Klasična tisočletna etična izkušnja človeštva, da človek marsikatero zlo stori nehote, je strnjena v zapoved: *Ne sodite, da ne boste sojeni!* in v zlato pravilo: *Kakor želiš, da bi drugi doživljali tvoja slaba dejanja, tako doživljaj ti njihova*. Spoznanje o banalnosti zla v živo izreka eden zadnjih stavkov Jezusa, ko je po krivici obešen umiral na križu: *Oče, odpusti jim, saj ne vedo, kaj delajo* (Sveto pismo, Lk 23,34).

Spoznanja o nehotenem trpinčenju starih ljudi v ničemer ne zanikajo dejstva, da obstaja tudi nasilje, ki je storjeno svobodno in zavestno – takšno je pogosto ekonomsko zlorabljanje starega človeka; človek lahko drugega trpinči tudi z zlobo in hudobijo. Spoznanje o nehotenem trpinčenju tudi ne zanemara kriminološkega spoznanja o *krivdi žrtve* – star človek lahko s svojimi besedami ali ravnanjem (nehote) izziva bližnje ali poklicne oskrbovalce v nasilno besedno ali vedenjsko odzivanje.

Poudariti je treba tudi dejstvo, da pri vsakem trpinčenju, naj je hoteno ali nehoteno, žrtev trpi, storilec pa je kot človek bivanjsko poškodovan, zato je edino etično izhodišče ničelna toleranca do nasilja nad starimi ljudmi. Po nastalem trpinčenju so vedno potrebni trije ukrepi: 1. zaščita žrtve pred nadaljevanjem trpinčenja ali njegovo ponovitvijo, 2. pomoč žrtvi za njeno duševno, socialno in duhovno rehabilitacijo ter 3. pomoč storilcu za njegovo osebnostno preusmeritev v razvoj njegovih zmožnosti za sočutje, empatijo, solidarnost in zavedanje svojih dolžnosti do soljudi.

Največ nehotenega trpinčenja starih ljudi se zgodi v družini s strani družinskih oskrbovalcev. Oskrbovanje onemoglega človeka je ena od zahtevnejših, obenem pa pomembnejših življenjskih nalog. Do nehotenega trpinčenja pri oskrbovanju prihaja pretežno zaradi enega ali več naslednjih razlogov: oskrbovalec je izčrpan in preutrujen od napora; ne pozna starostnih bolezni in motenj, zato si napačno razlaga vedenje starega človeka in nanj spontano reagira z nasiljem; nima razvitih zmožnosti za sočutje in ustrezno komuniciranje s starim ali z bolnim človekom; v vedenjskem vzorcu družine in okolja je utečeno kaznujoče in gospodovalno obvladovanje šibkejših; organizacija oskrbovalnega sistema ima šibke točke, ki omogočajo sistemsko zanemarjanje potreb oskrbovancev ali so že same na sebi nasilje nad njimi. Ugodna tla za nestrpnost do starih ljudi tlakujeta tudi današnji odpor do starostne onemoglosti in zanemarjanje vzgoje za vživljanje v drugega, za sodoživljanje z njim, za sočutje, empatijo in nesebično pomoč drugemu ter za odgovorno prevzemanje solidarne

pomoči drugemu, ki je ena od bistvenih vlog v človeškem sožitju.

Domače nasilje nad starimi ljudmi je najbolj trdovratno za odkrivanje in sankcioniranje; v večini primerov ostane neodkrito. Žrtev zelo težko, morda le v skrajnem primeru, zaupa to svojo težavo drugi osebi ali se obrne po pomoč na ustrezno ustanovo. Za njeno tiho prenašanje trpljenja je vrsta vzrokov: sorodstvena čustva; strah, da bo po prijavi stanje še hujše; sram jo je priznati, ker se čuti krivo, da sorodnik z njo tako dela; onemoglost ali bolezen je tako napredovala, da ne more iskati pomoči ... V luči tega dejstva, da žrtve nemočno in molče trpijo za štirimi stenami svojega doma ali doma za stare ljudi, je preprečevanje trpinčenja starih ljudi nujna družbena in strokovna naloga.

Spoznanja o nehotenem trpinčenju starih ljudi s strani družinskih oskrbovalcev so odločilna osnova za preprečevanje tega tragičnega pojava. Če raziskovalci ugotavljajo, da je med pogostejšimi problemi starih ljudi mogoče v veliki meri preprečiti prav nasilje nad njimi (za razliko od mnogih starostnih bolezni) ter da je boljše poznavanje vzrokov zanj in iskanje možnosti za njegovo preprečevanje mednarodna prioriteta, potem so spoznanja o nehotenem nasilju družinskih oskrbovalcev največje polje za uspešno uresničevanje te prioritete v praksi.

Učinkoviti načini za preprečevanje nehotenega trpinčenja starih ljudi s strani družinskih oskrbovalcev so trije:

1. Njihovo usposabljanje za oskrbovanje onemoglega družinskega člana – da spoznajo starost in njene značilne bolezni, se naučijo negovalnih tehnik, npr. za dviganje in premeščanje bolnika na

voziček, za njegovo obračanje in preoblačenje v postelji, da osvojijo socialne veščine za razumevanje bolnega svojca in njegove slabe volje ter ustrezno komuniciranje z njim.

2. Da se naučijo poskrbeti tudi za lastno (telesno, duševno in socialno) zdravje in kondicijo, ki ju nujno potrebujejo ob naporih oskrbovanja. Osvojiti morajo npr. ustrezne vaje za utrjevanje lastnih trebušnih in hrbtnih mišic ter mišic medeničnega dna, veščine za predelovanje stresa, za vključevanje še drugih družinskih članov v oskrbovanje, iskanje možnosti za razbremenilno pomoč v skupnosti ter se povezati z drugimi družinskimi oskrbovalci za izmenjavo izkušenj, psihosocialno oporo in motivacijo.
3. Razbremenilna pomoč družinskim oskrbovalcem – po letu 2000 jo podpira politika, pospešeno jo razvijajo stroke, uvaja se v nacionalne sisteme in krajevne programe za dolgotrajno oskrbo.

Nehoteno trpinčenje starih ljudi se dogaja tudi v ustanovah, v katerih se stari ljudje zdravijo ali so v oskrbi. Povzroča ga lahko zaposleno osebje ali pa ustanova s svojim neustreznim sistemom.

V domovih za stare ljudi so večinoma najranljivejše skupine starih ljudi. Delo z njimi je zelo zahtevno. Oskrbovalno službo neredko prevzemajo ljudje v socialni stiski, ker drugega dela ne dobijo. Lastniki ustanov jih usposobijo samo za izvajanje oskrbovalnih storitev, ne pa za celostno, kongruentno oskrbo in nego, še tem manj za čuteč človeški odnos in primerno komuniciranje z bolnim ali onemoglim starim človekom. Koncept in metodika oskrbe v množičnih oskrbovalnih ustanovah, ki sta bila oblikovana v preteklem industrijskem

obdobju, izhajata predvsem iz oskrbovalnih storitev, ki so serijsko predvidene po normativih in standardih, ne upoštevajo pa individualnih potreb oskrbovanca in dejstva, da je vsak človek enkraten, v starostni in bolezenski onemoglosti še veliko bolj kakor prej, ko je bil zdrav. Tudi odnos med vodstvom in lastniki ustanove ter med negovalnim osebjem, ki neposredno dela v oskrbi, je v tem konceptu oskrbe hierarhičen, odtujen od potreb in zmožnosti oskrbovalcev in oskrbovancev.

Vse to vodi v institucionalno nasilje in zanemarjanje oskrbovancev, ki se ju mnogokrat ne zavedajo niti konkretni oskrbovalci niti ustanova in njeno vodstvo. Podatki kažejo, da se več institucionalnih zlorab dogaja v tistih ustanovah, v katerih je osebje neustrezno ali pomanjkljivo usposobljeno, ki so slabo vodene in v katerih skušajo lastniki varčevati na osebju ali kakovosti storitev za oskrbovance, ter tam, kjer delujejo po zastarelem konceptu množične oskrbe.

Omenimo tri pogoste primere trpinčenja starih ljudi v ustanovah, ki se večinoma dogajajo nehoteno.

1. **Hranjenje.** Če star človek ne more sam piti, bo kronično dehidriran, kar povzroča infekcije. Če negovalec nima časa, da bi mu mirno narezal meso, krompir, sadje in drugo hrano na koščke, ki jih lahko je, bo večino hrane pustil, češ da je sit.
2. **Gibanje in osnovna higiena.** Če človek po kapi ali zlomu kolka ne bo dovolj vadil gibanja, ampak bo ostajal v postelji, ne bo več shodil, četudi bi lahko. Če polpokretnega ne dajemo vsak dan na voziček, bo postal hitro povsem nepokreten. Če nepokretnega redno

ne obračamo v postelji, bo trpel zaradi preležanin. Če mu ne menjamo plenice, bo gnil v lastnem blatu.

**3. Intimnost in osebni stik** – pereč primer trpinčenja na tem področju je zlasti **večposteljna soba**. Za večino starih ljudi po naših domovih je hudo nasilje, da morajo živeti s tujim človekom, ki ima morda povsem drugačne navade. Izmed dvajset tisoč oskrbovancev v slovenskih domovih za stare ljudi si jih verjetno vsaj dve tretjini zelo želi svoje sobe, pa večini ta upravičena želja ne bo nikoli izpolnjena. V Evropi smo ljudje od malega naprej navajeni na osebno in intimno avtonomijo lastne sobe, v starostni onemoglosti pa morajo ljudje živeti v dvo in več posteljnih sobah z nepoznanimi ljudmi. Glede tega so slovenski standardi za domove zastareli za nekaj desetletij, zaradi njih so gradili domove s tako malo enoposteljnih sob. Enoposteljna soba v ustanovi za oskrbo starih ljudi je osnovni standard in ne nadstandard, ki ga je deležna manjšina in ki ga je treba posebej doplačevati! Seveda gre za enoposteljno sobo v kombinaciji s skupno dnevno sobo – bivalno kuhinjo, ki nudi različne možnosti druženja. Bivanje v večposteljni sobi oskrbovalne ustanove je za večino ljudi huda oblika trajnega trpinčenja. Tudi pri tem so pri nas spodbudne izjeme. Velik državni dom z več kakor tristo posteljami Tabor v Ljubljani ima po obnovi 90 % enoposteljnih sob, kar je v Sloveniji izjemni dosežek pri preprečevanju trpinčenja starih ljudi z nujo, da živijo v dvo ali več posteljni sobi.

Enako pereče nasilje nad onemoglim starim človekom v domu za stare ljudi je

sistemska pozornost zgolj na oskrbovalne storitve po predpisanih normativih in standardih – oskrbovanec potrebuje osebni človeški stik enako kakor storitev, npr. zamenjavo plenice. Osebni stik zagotovijo domači z obiski, za tiste brez svojcev pa organizirani prostovoljci iz okolice. Za večino ljudi je osnovna človeška potreba in pravica vsaj en osebni obisk tedensko iz okolja izven ustanove. Obiski od zunaj seveda ne zmanjšajo potrebe po osebnem odnosu oskrbovalnega osebja. Zato je novi trend v Evropi usposabljanje poklicnih oskrbovalcev za odnosno – kongruentno oskrbo. Pri njej poklicni oskrbovalec istočasno z opravljanjem storitve vzpostavlja z oskrbovancem osnovni človeški stik, ki zagotavlja obema ohranjanje človeškega odnosa, preprečuje nevljudnost in nasilje. Odnosna oskrba ni mogoča pri »industrijski delitvi oskrbovalnega dela«, pri kateri ena oskrbovalka samo pometa in čisti, druga samo streže, tretji samo organizira, četrti kontrolira ... V sodobnem konceptu dolgotrajne oskrbe je vsak zaposleni dvema ali trem oskrbovancem referenčna oseba – nadomestni svojec, ki te ljudi globlje pozna, bedi nad kakovostjo njihovega bivanja v ustanovi in ima z njimi reden človeški stik. Spodbudno je, da posamezni slovenski javni domovi gredo v tej smeri; s tem utirajo pot državi v sodobno dolgotrajno oskrbo, ki z bolj človeškim sistemom prepreči marsikatero nehoteno trpinčenje starih ljudi.

Poleg navedenih usmeritev preprečuje nehoteno nasilje v ustanovah še vrsta novih političnih usmeritev in dobrih praks ustanov. Po letu 1990 se v Evropi širi povsem nov koncept oskrbe, ki ne izhaja iz ustanove in njenih storitev, ampak iz življenjske

izkušnje in potreb starih ljudi in njihovih konkretnih oskrbovalcev; v Nemčiji so to prizadevanje slikovito poimenovali *normalizacija*. V Sloveniji je precej pisnih informacij o sodobnih konceptih institucionalne oskrbe in o tujih dobrih praksah. EU se z dokumenti in s finančnimi spodbudami trudi za humanejšo oskrbo pod geslom *deinstitucionalizacije* ustanov ter s tesnim vključevanjem ustanov v življenje in delovanje *starosti prijazne krajevne skupnosti*. Redno sodelovanje prostovoljcev iz okolja pri individualnem in skupinskem družabništvu s stanovalci v krajevnih mrežah *skupin za kakovostno staranje* prvenstveno preprečuje osamljenost ljudi v ustanovi, obenem pa je odličen mehanizem za preprečevanje nasilja nad starimi ljudmi.

Spoznanje o nehotenem nasilju vsebuje odločilno dobro sporočilo o možnostih za preprečevanje nasilja nad starimi ljudmi. Če se največ trpinčenja starejših zgodi v krogu domačih in če svojci večino tega nasilja storijo nehote, smo v tem odkrili najugodnejše polje za njegovo preprečevanje. In če je večina zanemarjanja in trpinčenja starih ljudi v oskrbovalnih ustanovah posledica zastarele organizacije in oskrbovalnega koncepta, imamo v bodočem slovenskem nacionalnem sistemu dolgotrajne oskrbe velike možnosti, da trpinčenje starih ljudi sistemsko zelo omejimo. Za nasilje nad starimi ljudmi ni opravičila. Za ničelno toleranco je treba delati z odkrivanjem in s kaznovanjem storilcev, zlasti pa nasilje preprečevati z ozaveščanjem, usposabljanjem

in razbremenilno pomočjo oskrbovalcem, posebej družinskim, ter z uvajanjem sodobnih sistemov in programov. Odločilna naloga sodobne gerontologije je razvijanje uspešnih metod za preprečevanje nehotenega nasilja, ki tvori večinski delež vsega trpinčenja starejših ljudi doma in verjetno tudi v oskrbovalnih institucijah; ključ za to je v naglo razvijajočih se metodah učenja za lepo komuniciranje.

Razvijanju programov za preprečevanje nehotenega trpinčenja starih ljudi se prednostno posvečamo na Inštitutu Antona Trstenjaka. Pri tem gremo po dveh poteh. Prva je pomoč družinskim članom z usposabljanjem, da razumejo starega človeka, demenco in druge bolezni, da osvojijo veščine za lažje in boljše oskrbovanje in da odkrijejo človeški smisel oskrbovanja onemoglih ljudi ter njihovo medsebojno povezovanje za razbremenitev in izmenjavo izkušenj. To dosegamo s *tečaji za družinske in poklicne oskrbovalce*. Druga pot pa je usposabljanje nas starih ljudi, da se naučimo sami čim boljše preprečevati nasilje nad sabo in mu uspešno kljubovati, če do njega pride. Ta cilj dosegamo s širiteljskim programom *Varno staranje*, po katerem dela *skupina za kakovostno staranje*. Ena od nujnih lekcij, ki jo mora osvojiti današnji človek, pa naj je še tako težavna, je ustrezno prejemanje pomoči ob lastnem pešanju in hvaležno komuniciranje z ljudmi, ki mu pomagajo.

J. Ramovš

## SIMPOZIJI, DELAVNICE

**STANOVANJA ZA VSE – VZORNA STANOVANJSKA POLITIKA MESTA DUNAJ**

*Mednarodna konferenca »Stanovanja za vse« (Housing for all) na Dunaju, 4. in 5. december 2018*

**DUNAJSKA STOLETNA TRADICIJA SKRBI ZA KVALITETNO BIVANJE SVOJIH MEŠČANOV**

Avstrijska prestolnica ima stoletno tradicijo gradnje socialnih stanovanj iz obdobja tako imenovanega rdečega Dunaja v letih 1918–1934<sup>1</sup>. Po prvi svetovni vojni, ko je večina prebivalstva živela v mizernih življenjskih razmerah, je socialdemokratska stranka prevzela oblast v mestu. Zasnovali so obsežen projekt gradnje dostopnih stanovanj; v nekaj letih so jih zgradili kar 65.000, sredstva pa so pridobili z dodatno obdavčitvijo bogatejših slojev prebivalstva. Še posebej zanimivo je, da so že takrat mislili na kakovost življenja in so gradili svetla, dokaj prostorna stanovanja, ki so imela tudi tekočo vodo in kopalnico, kar so v tistih časih imeli le premožnejši. V stanovanjskih naseljih so zagotovili tudi precej skupnih javnih površin in prostorov, od parkov do knjižnic, skupnih pralnic, vrtcev, šol ipd. To tradicijo najemnih in cenovno dostopnih stanovanj so uspeli ohraniti tudi v kasnejših turbulentnih časih, med drugo svetovno vojno in po njej ter ob koncu 20. stoletja, ko so različne interesne skupine nagovarjale k privatizaciji občinskega premoženja. A mestne oblasti so se – ne

glede na strankarsko pripadnost – uspele upreti kapitalskim pritiskom špekulantov in pridobitnikov. Zato tudi v 21. stoletju na Dunaju ponosno nadaljujejo s tradicijo dostopnih najemnih stanovanj za svoje prebivalce in kljub krepitvi neoliberalnih sil vzdržujejo sistem blaginje.

Poleg 220.000 stanovanj v lasti mesta mestna oblast subvencionira najemnino v še dodatnih 200.000 stanovanjih. Zaradi tega je Dunaj eno redkih mest, kjer »občinska« najemnina narekuje višino tržni najemnini. Mesto Dunaj sicer v zadnjem desetletju ni več gradilo lastnih stanovanj in je začasno prešlo na koncept subvencioniranja najemnin, hkrati pa se posvečajo obnavljanju lastnega fonda stanovanj in izboljševanju stanovanjskega standarda. V starejše objekte vgrajujejo dvigala, jih energijsko sanirajo in izboljšujejo dostopnost za gibalno ovirane, kar je zaradi starosti nekaterih stanovanj (tudi sto let) včasih težavno in ponekod nemogoče. A gradnja novih stanovanj je po številnih pritiskih znova v zagonu.

**KONFERENCA HOUSING FOR ALL**

Dandanes je dunajska mestna uprava ponosna na svoj v evropskem in širšem okolju edinstveni model dostopnih najemnih stanovanj in ga z veseljem razkazuje obiskovalcem z vsega sveta. Med njimi smo bili tudi udeleženci mednarodne konference *Stanovanja za vse (Housing for all)* na Dunaju 4. in 5. decembra 2018.

Udeležencev je bilo preko tristo, pretežno iz Evrope. Med udeleženci so bili urbanisti, arhitekti, politiki, predstavniki

ministrstev, mest, različnih stanovanjskih skladov, novinarji in drugi, ki se ukvarjajo s področjem bivanja, tudi z našega ministrstva za okolje in prostor in Javnega stanovanjskega sklada Slovenije. Našo udeležbo na konferenci je omogočilo predstavništvo mesta Dunaj v Ljubljani. Konferenca je bila eden od dogodkov ob zaključku uspešnega predsedovanja Avstrije Evropski uniji.

## KAKO Z USTREZNIMI STANOVANJSKIMI POLITIKAMI IZBOLJŠATI BIVALNE RAZMERE PREBIVALCEV?

### 1. dan konference

Udeležence je pozdravil dunajski župan Michael Ludwig in poudaril, da dve tretjini prebivalstva Evrope živi v mestih, zato je nujno, da mesta vzpostavijo razmere in pravne okvire, ki bodo omogočali dostopna stanovanja čim širšemu krogu prebivalcev. Urbana naselja se soočajo z izzivi, kot so imigracija, integracija, brezdomstvo, segregacija, nezaposlenost in prav na tem mestu jih je potrebno reševati.

Ena najbolj zanimivih govornic na konferenci je bila kanadska pravnica Leilani Farha, ki je od 2014 specialna poročevalka Združenih narodov za področje stanovanjske politike. Njeno udarno sporočilo lahko strnemo v slogan *Stanovanje je človekova pravica in ne tržno blago* (*Housing is a human right, not a commodity*), zato tega področja ne bi smeli prepustiti trgu. Predstavila je pobudo *Make the shift*, s katero spodbuja mesta in skupnosti, da prebivalcem omogočijo dostojno bivanje in se uprejo nasilnim izselitvam ter finančnim in nepremičninskim špekulantom – trgovcem s »človekovimi pravicami«.

## PREDSTAVITEV STANOVANJSKE POLITIKE MESTA DUNAJ

Kathrin Gaál, svetovalka mesta Dunaj za področje žensk in stanovanj, je poudarila: »Na Dunaju razumemo dostojno bivanje kot človekovo pravico, zato je zagotavljanje dostopnih stanovanj ena glavnih nalog mestne uprave.«

Vsaka družba bi morala imeti interes, da ustvari razmere, v katerih je splošni populaciji zagotovljen varen in dolgoročen sistem reševanja stanovanjskega vprašanja. V ta namen razvite države oz. mesta ustanovljajo stanovanjske sklade in gospodarske družbe, ki rešujejo stanovanjski problem z zagotavljanjem ustreznih bivalnih enot v urejenem okolju.

Wiener Wohnen je stanovanjski sklad, ki ga je ustanovilo mesto Dunaj; upravlja 220.000 stanovanj, ki jih oddaja v najem. Pravico do mestnega najemnega stanovanja ima skoraj vsakdo, saj je cenaz dokaj visok (3.000 EUR mesečni prihodek na osebo in 4.000 EUR na par ali družino). Pogoji, da ima oseba minimalno dve leti stalno bivališče na Dunaju, velja za državljane Avstrije in držav EU, za državljane drugih držav pa pet let. Prednost imajo družine v veliko otroki, gibalno ovirani ljudje in mlajši od 30 let. Povprečna čakalna doba za stanovanje je do dve leti in je precej odvisna od morebitnih specifičnih želja interesenta. Pri izbiri stanovanjske površine upoštevajo število oseb: 45 m<sup>2</sup> za eno osebo, 60 m<sup>2</sup> za dve, 75 m<sup>2</sup> za tri itd. Sicer pa razpolagajo s stanovanji različnih velikosti, od 30 do 125 m<sup>2</sup> površine.

Z najemnino sklad v celoti pokrije vse stroške gradnje, obratovanja, vzdrževanja, amortizacije idr. Za to zadošča višina najemnine 7,99 EUR/m<sup>2</sup>/mesec. Za najemnika so ti zneski relativno nizki glede na odstotek

mesečnega neto dohodka in absolutno ugodnejši kakor nakup stanovanja. Za lažjo predstavo: avstrijska minimalna plača je približno enaka kot slovenska povprečna plača<sup>2</sup>.

Na Dunaju se zavedajo, kakšne so potrebe najemnikov; stanovanje mora biti prilagojeno uporabniku vsebinsko, funkcionalno, glede kakovosti in nenazadnje glede na višino mesečne najemnine. Upoštevajo socialni položaj najemnikov, s koliko sredstev razpolagajo in kje je njihova zgornja meja za najem, da jim ostane dovolj za dostojno življenje.

Če se potrebe najemnikov spremenijo, lahko zamenjajo stanovanje, saj je stanovanjski fond dokaj obširen in pester, kar omogoča, da lahko vse življenje rešujejo svoje stanovanjske probleme v okviru sklada. Na Dunaju živi v stanovanjih, ki so v lasti mesta, 500.000 prebivalcev, to je približno četrtnina prebivalstva.

## **ŠTUDIJSKI OBISKI PRIMEROV DOBRIH PRAKS DOSTOPNE STANOVANJSKE GRADNJE**

### **2. dan konference**

Sonnwieniertel je novejša soseska, zgrajena na lokaciji prej degradiranega območja blizu glavne železniške postaje. S postopno gradnjo so začeli leta 2009 in izvedli so že tri razpise za gradnjo kvalitetnih stanovanj. V letu 2019 bodo dali v uporabo novih 5.000 stanovanj za skoraj 13.000 stanovalcev. Stanovanja so namenjena različnim skupinam stanovalcev: za družine, posebej enostarševske, za starejše, za osebe s posebnimi potrebami itd. Skrbno pazijo, da bo soseska res mešana, dostopna tako bolje situiranim kot revnejšim slojem, migrantom ali mladim, saj na tak način tudi ohranjajo socialni mir in se izognejo problemom, ki nastanejo,

če npr. revnejše prebivalce ali iz drugih kulturnih okolij koncentrirano naseljujejo na določenih lokacijah in s tem ustvarjajo gete. Med stavbami je veliko zelenih površin, urbanih vrtov, ki jih lahko stanovalci obdelujejo, igrišč in sprehajališč. Pritličja stavb so namenjena skupnosti rabi – prostor za druženje sosedov, za delavnice ali rojstne dneve, vrtci, dnevni center za starejše, delavnice za razna popravila, medgeneracijski in kulturni center, knjižnice, skupne pralnice, tržnica za lokalne proizvode ipd. Arhitekt je obiskovalcem razkazal eno zadnje zgrajenih stavb, pokazal načrte in tlorise stanovanj in nas skupaj z enim od stanovalcev popeljal po stanovanjskem bloku. Na odprti terasi s čudovitim razgledom na okolico je skupnostni prostor, namenjen posedanju na soncu ali druženju, tam so tudi visoke grede za urbane vrtičkarje in stanovalec nam je pripovedoval, kako sosedje ta prostor radi uporabljajo.

V stanovanjskem kompleksu Rabenhof, zgrajenem v letih 1925–1928 v tretjem mestnem okrožju, je okoli 1000 stanovanj v več objektih različnih velikosti in oblik, med njimi pa prevladujejo parki, notranja dvorišča, otroška igrišča ter ploščadi v več nivojih. Stanovalka tega naselja nam je razkazala zanimivosti ter slog življenja, ki jim ga zasnova naselja omogoča. Kljub temu, da so to naselje gradili skoraj pred stoletjem, je za tamkajšnja stanovanja še vedno precej zanimanja, saj so na dobri lokaciji, upravnik jih redno vzdržuje, prenavlja, na nekaterih stavbah so naknadno namestili tudi dvigala.

## **KAKO MESTO DUNAJ SKRBI ZA KVALITETNO BIVANJE STAREJŠIH?**

Pred leti smo v okviru mednarodnega projekta HELPS<sup>3</sup> obiskali najemna

stanovanja za starejše v avstrijski prestolnici.

Nevladna organizacija Samaritanbund upravlja z večjo stanovanjsko enoto, ki obsega celotno nadstropje bloka v mirnem predelu ob Donavi, ki so ga preuredili za skupnostno bivanje starejših, ki so še samostojni, mobilni in ne potrebujejo pomoči okolja. Stanovanje je v lasti mestnega stanovanjskega sklada. Na razpolago je osem večjih sob s kopalnico in balkonom, prilagojenih za bivanje starejših. Stanovalci souporabljajo skupne prostore: veliko kuhinjo s tremi kuhalnimi površinami, jedilnico oz. dnevnim prostorom za druženje, TV kotiček s sedežno garnituro, pralnico s pralnim in sušilnim strojem, shrambo in knjižnico. Stanovalci v taki skupnosti živijo samostojno, neodvisno, prihajajo in odhajajo kadar želijo, obroke si kuhajo skupaj ali posamično – po dogovoru, odvisno od samoiniciativnosti stanovalcev, ki imajo svobodo pri odločanju o vsakodnevni dejavnostih. Arhitekturna zasnova stanovalcem omogoča zasebnost znotraj svoje sobe, obenem pa skrbno načrtovani skupni prostori spodbujajo interakcijo med stanovalci. Imajo tudi možnost oskrbe za dodatno plačilo. Najemnina za sobo in souporabo skupnih prostorov s stroški vred je okoli 600 EUR, kar je za avstrijske razmere dokaj zmerna cena. Upravnik poleg oddajanja sob skrbi tudi za socialno in zdravstveno oskrbo najemnikov, saj (so) stanovalce tedensko obiskuje predstavnica Samaritanbunda – socialna delavka, se pozanima o življenju v skupnosti, zdravju stanovalcev, uredi kakšno formalnost, posreduje v morebitnih konfliktih itd.

Z drugo stanovanjsko skupnostjo starejših, ki smo jo obiskali, upravlja Wiener

Hilfswerk, prav tako nevladna humanitarna organizacija s sedemdesetletno tradicijo na področju socialnega varstva. Starejšim osebam poleg sobivanja (upravljajo s sedmimi stanovanjskimi skupnostmi) nudijo tudi pomoč in nego na domu, imajo pa tudi dva centra za dnevno varstvo starejših. Stanovanjska skupnost, ki smo jo obiskali, omogoča bivanje sedmim starejšim, ki ne morejo ali ne želijo več stanovati samostojno in potrebujejo delno pomoč ali pa je njihovo stanovanje neprimerno za bivanje starejših. Vsak stanovalec ima svojo sobo, po dva pa si delita sanitarije. Podnevi se družijo v večji dnevni sobi, ki je obenem tudi jedilnica. Skupna kuhinja sicer omogoča pripravo obrokov, a se stanovalci večinoma odločajo za dostavo obrokov. Cena bivanja je bila okoli 500 EUR s sprotnimi stroški vred, dodatno pa plačujejo še delež za oskrbovalko, ki je ob delovnikih prisotna osem ur tedensko, stroške zanjo pa si delijo vsi stanovalci; stanovalcem pomaga pri osebni higieni, oblačenju, z njimi telovadi, jih animira, bere, skupaj kaj skuhamo ali spečemo in pospravimo po obrokih. Socialna delavka pa jih obišče enkrat tedensko.

Obiskovalci smo imeli občutek, ko da smo v neke vrste dislocirani enoti doma za starejše, a vseeno je bilo bolj neformalno, prijetno, domače. Stanovalci so se ob povečani potrebi po pomoči okolja raje odločili za tovrstno manjšo neinstitucionalizirano obliko bivanja. Prednost tovrstnih bivalnih oblik je tudi, da lahko stanovalci ostanejo v soseski, kjer so živeli že prej in so je navajeni. Vsi stanovalci v tej skupnosti so bili prej najemniki mestnih stanovanj v bližini, zato je bila odločitev za prehod v skupnostno najemno bivanje za starejše

precej lažja, kakor če bi bili lastniki svoje nepremičnine na drugem koncu mesta.

## KAJ SE LAHKO NAUČIMO IZ DUNAJSKE IZKUŠNJE?

Mesto Dunaj ima vzorno stanovanjsko politiko zagotavljanja dostopnih najemnih stanovanj za vse generacije. Za razliko od Slovenije v devetdesetih letih prejšnjega stoletja na Dunaju niso podlegli težnjam za privatizacijo stanovanj v javni lasti; obdržali so in še vedno širijo fond najemnih stanovanj, ki omogoča tudi mobilnost stanovalcev glede na življenjske spremembe in potrebe.

Slovenija ima zaradi zgodovinskih razlogov (razmeroma ugodna gradnja stanovanjskih hiš v času socializma in Jazbinškov zakon v devetdesetih letih) velik delež lastniških stanovanj. Za populacijo nad 65 let velja, da je kar 87 % starejših lastnikov stanovanj, v katerih bivajo, le 4 % pa živi v najemnih stanovanjih. Zato imajo starejši v Sloveniji tudi najvišjo stanovanjsko potrošnjo glede na dohodke v Evropi. Posledica je, da je mnogo lastnikov hiš in stanovanj po premoženju bogatih, po dohodkih pa revnih (asset rich – income poor). To se najpogosteje kaže kot težava, da starejši svojih hiš in stanovanj ne morejo niti vzdrževati niti prodati ali jih »čuvajo« za naslednike, ob nizkih pokojninah pa nimajo niti za osnovne življenjske potrebe. Podatki iz raziskave SHARE<sup>4</sup> kažejo, da je v Sloveniji stanovanjska potrošnja starejših v primerjavi z njihovim dohodkom največja v Evropi, saj znaša kar 54 %; za primerjavo, na Švedskem je ta delež le 29 %.

Slovenija je na prvem mestu tudi po stanovanjski nemobilnosti starejših, saj so starejši pri nas zelo navezani na svoje bivališče, v katerem vztrajajo tudi, če ni

prilagojeno za bivanje, če je v visokem nadstropju brez dvigala ali če ga zaradi nizkih prihodkov ne morejo niti dobro ogrevati, kaj šele vzdrževati. Starejši Slovenci v istem stanovanju živijo okrog 32 let, s čimer so evropski rekorderji. V raziskavi *Staranje v Sloveniji* je kar 76,2% starejših od 50 let odgovorilo, da se v prihodnosti niso pripravljeni preseliti.<sup>5</sup>

Kot ukrepe strokovnjaki priporočajo spodbujanje cenejših vzdrževalnih storitev za stanovanja starejših, spodbujanje mladih naslednikov, da tudi v lastnem interesu prispevajo k stroškom obnove stanovanj starejših, še posebej pa spodbujanje mobilnosti starejših – sobivanja starejših ali medgeneracijskega sobivanja. V ta namen bi morali ponuditi starejšim ali za vsa življenjska obdobja prilagojene stanovanjske enote, ki bi takšno sobivanje omogočale in jih dati v najem po dostopni, subvencionirani ceni. Večji poudarek bi morali dati skupnostnemu vidiku bivanja, ki bi omogočil in spodbujal medsebojno pomoč in solidarnost, tudi med generacijami. Na tak način bi se vsaj na področju bivanja starejših približali dunajskemu modelu skrbi za dostopna stanovanja za vsa življenjska obdobja.

### Viri:

1. [https://www.huduser.gov/portal/pdredge/pdr\\_edge\\_featd\\_article\\_011314.html](https://www.huduser.gov/portal/pdredge/pdr_edge_featd_article_011314.html)
2. Revija Outsider STANOVANJSKE POLITIKE, 15. JUNIJ, 2017.
3. *Da je lažje biti sam*, 2 del, zaključna publikacija projekta HELPS, 2014.
4. Ivo Lavrač. *Kako lahko starejši prilagodijo stanovanjsko potrošnjo svojim padajočim dohodkom*, [www.share-slovenija.si/strani/prvi\\_rezultati\\_slovenija](http://www.share-slovenija.si/strani/prvi_rezultati_slovenija), str. 196-205.
5. J. Ramovš, ured. (2013). *Staranje v Sloveniji*, str. 531.

## GOOD QUALITY OF OLD AGE

### Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 22, Num. 1, 2019

#### INDEX

##### 1. Scientific and expert articles

- 1.1. Tea Primc, Branko Lobnikar: Violence against the elderly in institutional and home environment
- 1.2. Lidija Gradišnik, Danica Železnik, Uroš Maver, Tomaž Velnar: Importance of vitamin D for quality ageing
- 1.3. Robert Potisek in Branko Gabrovec: Economic Burden of Frailty
- 1.4. Sunčica Stankov: Connection between the process of ageing and the level of cognition among older people

##### 2. Review of gerontological literature

- 2.1. Frailty and life-satisfaction in Shanghai older adults (Tjaša Grebenšek)
- 2.2. Staying happy in old age (Petra Boštjančič)
- 2.3. Chapters of socio-gerontology (Nataša Simunič)
- 2.4. Being too late for own living (Mitja Slapar)
- 2.5. Aging should not be left aside (Maja Velički)
- 2.6. Cognitive training for strengthening brain functioning in old age (Marjeta Maruša Kerč)

##### 3. Short contributions from gerontological literature: Alenka Ogrin

##### 4. Gerontology events: Alenka Ogrin

##### 5. Glossary of gerontological and intergenerational terms

- 5.1. Unintentional Maltreatment of Older People (Jože Ramovš)

##### 6. Symposiums and workshops

- 6.1. Housing for All – Exemplary Model of Housing Politics in Vienna (Alenka Ogrin)

In the Editorial introduction to the first issue of 22nd Volume of Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, the question about motivation for present interdisciplinary gerontological journal publishing is raised. Namely, there is a difficulty of scientific origin, associated with publishing such journal that is demanding to overcome – education system is encouraging formalistic research, which is often poor by content. Another drawback for interdisciplinary focus of

journal, which aims to be useful for all the professionals whose work is related to gerontology (psychologists, sociologists, medical doctors, nurses, politicians, architects, etc.) is a narrow specialization of scholars which is reflected in their contributions.

Aspiration of publishing the Good Quality of Old Age is in dissemination of knowledge that could provide potential solutions for overcoming the negative consequences of ever more evident population ageing. Foremost, the motivation for publishing is the positive feed-back of researchers, gerontology related professionals, politicians on one hand and family carers and volunteers on the other. Another major motive is provided by positive experiences with young scientists, who have a great interest in integrating theory with practice. Theory and practice integration is also of great importance for all sciences, gerontology among them.

This issue of the journal is not focused on a specific theme, rather it brings a wide range of gerontological and intergenerational contributions.

One of the ever present theme in journal Good Quality of Old Age is a long-term care. The national and international contributions regarding research and good practices on the field of long-term care are intended to encourage the political decision makers for establishing an efficient long-term care system in Slovenia. Regarding this theme, present issue brings articles about frailty of older people, importance of vitamin D for healthy ageing and the prevalence of older people abuse in institutionalized and home environments. Prevention of abuse among older persons is one of the most disputed topics of long-term care discussion. In addition to original research article on that matter, one can also read about it in extended section of lexical processing of the 'older people unintentional maltreatment' notion. Unintentional maltreatment of older people by their family members could be prevented with extending their knowledge about old age and old age related disabilities. In relation to unintentional maltreatment of older people in institutions, great difference could be done with better accommodation conditions, for example by avoiding the multiple older persons living in a same room.

Hereinafter, one can read research and book reviews on various gerontology and intergenerational relations topics – socio-gerontology, cognitive science and others.

Complete journal together with abstracts in English is published on the Anton Trstenjak Institute's website.

## 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, krajeve 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. Voden 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 priponko v e-pismu na: [info@inst-antonatrstenjaka.si](mailto:info@inst-antonatrstenjaka.si). Objave izvirnih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

# Kakovostna starost

LET. 22, ŠT. 1, 2019

# *Good quality of old age*

VOL. 22, NUM. 1, 2019

## **ZNANSTVENI ČLANKI**

## **SCIENTIFIC ARTICLES**

### **Tea Primc, Branko Lobnikar**

Nasilje nad starejšimi v domovih za starejše  
in v domačem okolju

3

Violence against the older people in institutional and  
home environment

### **Lidija Gradišnik, Danica Železnik, Uroš Maver, Tomaž Velnar**

Pomen vitamina D za kakovostno staranje

21

Importance of vitamin D for quality ageing

### **Robert Potisek in Branko Gabrovec**

Ekonomsko breme krhkosti

30

Economic Burden of Frailty

### **Sunčica Stankov**

Povezanost procesa staranja  
z ravniyo kognicije pri starejših osebah

45

Association between the process of ageing  
and the level of cognition among older people

### **IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE**

56

### **REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE**

### **GERONTOLOŠKO IN MEDGENERACIJSKO IZRAZJE**

68

### **GLOSSARY OF GERONTOLOGICAL AND INTERGENERATIONAL TERMS**

### **SIMPOZIJI, DELAVNICE**

74

### **SYMPOSIUMS, WORKSHOPS**

### **GOOD QUALITY OF OLD AGE**

79

### **KAKOVOSTNA STAROST**



**INŠTITUT  
ANTONA TRSTENJAKA**

RESLJEVA 11, p.p. 4443,  
1000 Ljubljana, Slovenija  
Tel.: + 386 1 433 93 01

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