



GERONTOLOŠKO DRUŠTVO
SLOVENIJE



AKTIVNO STARANJE V MESTNI OBČINI LJUBLJANA – IZZIV ZNANOSTI

AKTIVNO STARANJE V MESTNI OBČINI LJUBLJANA – IZZIV ZNANOSTI

AKTIVNO STARANJE V MESTNI OBČINI LJUBLJANA – IZZIV ZNANOSTI

Znanstvena monografija

<i>Urednik:</i>	dr. Nikolaj Lipič, viš. pred.
<i>Recenzenta:</i>	zasl. red. prof. dr. Jože Zupančič, red. prof. dr. Rok Ovsenik
<i>Slovenski jezikovni pregled:</i>	Breda Tekavec
<i>Angleški jezikovni pregled:</i>	mag. Manca Omahen Majnardi
<i>Oblikovanje:</i>	Žiga Vuk, zzigc.net
<i>Izdajatelj:</i>	Gerontološko društvo Slovenije
<i>Odgovorna oseba izdajatelja:</i>	dr. Nikolaj Lipič, viš. pred., predsednik
<i>Kraj in leto izdaje:</i>	Ljubljana, 2020
<i>Tisk:</i>	Demago d.o.o., Maribor
<i>Naklada:</i>	100

Za vsebino so odgovorni avtorji.

**Izdajo znanstvene monografije sofinancira
Mestna občina Ljubljana.**



Mestna občina
Ljubljana

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

316.346.3-053.9(497.4Ljubljana)(082)

AKTIVNO staranje v Mestni občini Ljubljana - izziv znanosti / [urednik Nikolaj Lipič]. - Ljubljana
: Gerontološko društvo Slovenije, 2020

ISBN 978-961-92650-6-2

1. Lipič, Nikolaj
COBISS.SI-ID 31088899

Kazalo

AKTIVNO STARANJE

- Koncept aktivnega staranja: med opredelitvami, razumevanjem in udejanjanjem** 7
Active ageing concept: between definitions, understanding and implementation
Tomaž Lenart, Nikolaj Lipič

TRG DELA IN IZOBRAŽEVANJE

- Mestna občina Ljubljana – učeča se občina tudi za starejše v konceptu aktivnega staranja** 15
The City of Ljubljana – a learning municipality also for the elderly in the concept of active ageing
Nikolaj Lipič, Barbara Grintal
- Problematika primanjkljaja kadrov, časa in financ v okolju socialnega dela** 29
Challenge of Shortages in Personnel, Time and Finances in Environment of Social Work
Simon Colnar, Vlado Dimovski
- Prilagoditve starejšim zaposlenim na trgu dela v Mestni občini Ljubljana** 39
Labour market adjustments for older employees in the City of Ljubljana
Barbara Grintal, Nikolaj Lipič

SAMOSTOJNO, ZDRAVO IN VARNO ŽIVLJENJE VSEH GENERACIJ

- Dostopnost do zdravstvenih storitev: izziv konceptu aktivnega staranja** 52
Access to healthcare: a challenge to active ageing concept in the City of Ljubljana
Nejc Krašovec, Nikolaj Lipič, Marija Ovsenik
- Aktivno staranje športnikov specialne olimpijade v Mestni občini Ljubljana** 63
Active ageing of Special Olympics athletes in the City of Ljubljana
Tine Kovačič
- Skrb za zdravje starejših v Mestni občini Ljubljana kot dejavnik aktivnega staranja** 86
Concern for health of the elderly in the City of Ljubljana as a factor of active ageing
Nejc Krašovec, Nikolaj Lipič, Marija Ovsenik
- Vloga socialnovarstvenih programov na področju aktivnega staranja: primer nevladne organizacije Altra** 99
Role of social welfare programmes in the field of active ageing: the case of NGO Altra
Suzana Oreški
- Dolgotrajna oskrba in aktivno staranje v Mestni občini Ljubljana** 108
Long-term care and active ageing in the City of Ljubljana
Nikolaj Lipič, Vilko Kolbl

Telesna vadba starejših v sklopu Aktivnega dne Zavoda Aktivna starost: pomembnost vadbe v starosti	123
Physical exercise of the elderly as part of Aktiven dan of Zavod Aktivna starost: importance of exercise in old age Miha Kranjc, Urška Dolinšek, Tija Hubej	
VKLJUČENOST V DRUŽBO	
Uporaba IKT za komunikacijo pri starejših ljudeh v Mestni občini Ljubljana	132
Use of ICT in communication with the elderly in the City of Ljubljana Barbara Grintal	
Prostovoljno delo starejših v Mestni občini Ljubljana kot priložnost za aktivno staranje	142
Voluntary work of the elderly in the City of Ljubljana as an opportunity for active ageing Vilko Kolbl, Nikolaj Lipič	
Pomen socialne vključenosti in avtonomije oseb z demenco	162
Importance of social inclusion and autonomy of people with dementia David Krivec, Štefanija Lukič Zlobec, Maša Bastarda, Polona Kečkeš, Patricija Frece, Maša Bizjan, Špela Glišovič Krivec	
Pomen medgeneracijskega sodelovanja pri aktivnem staranju v Mestni občini Ljubljana	169
The importance of intergenerational cooperation in active ageing in the City of Ljubljana Nikolaj Lipič, Eva Križnar	
Demenca med generacijami za večjo kakovost življenja: priložnost za inovativne prakse tudi v Mestni občini Ljubljana	186
Dementia among generations for a better quality of life: an opportunity for innovative practice strategies in the City of Ljubljana Anamarija Kejžar	
OBLIKOVANJE OKOLJA ZA AKTIVNOST V CELOTNEM ŽIVLJENJU	
Bivalne razmere in njihove prilagoditve za starejše ljudi v Mestni občini Ljubljana	194
Living conditions and their adaptations for the elderly in the City of Ljubljana Peter Seljak	

Predgovor

Starostno varstvo je v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju MOL) pred izzivi demografskih sprememb in dolgoživosti njenega prebivalstva. Staranje je izziv znanosti. Interdisciplinarnost tega vprašanja zaobjema različne znanstvene discipline. Prav tako je tudi osrednje družbeno, socialno in zdravstveno vprašanje lokalnega, regionalnega in nacionalnega okolja. Ljubljana je na specifičen način stičišče vseh treh nivojev hkrati, saj gre za simbiozo različnimi dejavniki in vzrokov na različnih nivojih. Znanost staranje identificira kot fenomen sodobne družbe, ki se intenzivira tudi v MOL in kaže že dramatično demografsko sliko. S starostjo so povezane tudi številne starostne omejitve in onemoglosti, ki za družino predstavljajo velik izziv in tudi obremenitev. To zahteva kompetenten znanstveni odziv. Na polju gerontoloških in drugih relevantnih ved se danes v svetu krepi pomen koncepta aktivnega staranja. Ugotavljamo, da v MOL ni relevantne znanstvene monografije, ki bi celostno predstavila razvoj koncepta aktivnega staranja in znanstveno relevantno odgovorila na vprašanje vseh tistih starejših občanov in občanov MOL, ki se soočajo z dilemami in protislovji aktivnega staranja. Znanstvena publikacija predstavlja najsodobnejša znanstvena spoznanja razvoja in prispevka aktivnega staranja k družbenemu blagostanju starejših ter ponuja znanstvena spoznanja o programih in storitvah aktivnega staranja ter njihovih učinkih na starejše občanke in občane iz MOL.

Koncept aktivnega staranja poudarja vse večjo družbeno participativno vlogo starejših v vsakdanjem življenju na individualni in družbeni ravni. MOL se zavzema za udejanjanje slogana »Ljubljana – starejšim prijazno mesto«. Prav zato je razumevanje današnjega stanja na področju dela in skrbi za starejše ljudi v MOL treba postaviti v kontekst razvoja gerontološke znanosti skozi desetletja. Poznavanje razvojnih nastavkov in razvojnih mejnikov koncepta aktivnega staranja v MOL je izhodišče tudi za razumevanje trendov razvoja v prihodnje. S spoznanji v znanstveni monografiji smo postavili koncept aktivnega staranja v MOL na razvojno os nove kulture staranja, usmerjene v lastno percepcijo kakovostnega staranja posameznika. To je bogato spoznanje, ki gerontološki znanosti daje legitimnost, znanstveno relevantnost in krepi njen družbeni ugled v prostoru. To je še posebej ključno ob spoznanju, da je Gerontološko društvo Slovenije novembra 2019 obeležilo 50-letnico delovanja in je ves čas imelo sedež in največji strokovni angažma prav v MOL. Prva izdaja znanstvene monografije, ki jo sofinancira MOL, ob tem polstoletnem jubileju društva še toliko bolj poudarja dolgoletni prispevek Gerontološkega društva Slovenije k blaginji občanov in občanov iz MOL.

Glavni namen znanstvene monografije je prispevati k razumevanju koncepta aktivnega staranja in izpostaviti potrebo po celostni implementaciji koncepta aktivnega staranja v MOL za ohranjanje in izboljševanje kakovosti življenja starejših v MOL, ki se soočajo s starostjo, starostnimi spremembami in drugimi omejitvami. Z znanstveno monografijo ozaveščamo širšo znanstveno, strokovno in laično javnost v MOL o pomembnosti aktivnega staranja in znanstveno preverjenih učinkih na izboljšanje kakovostnega staranja in kakovostnega življenja občanov in občanov iz MOL v sodobni družbi.

Znanstvena monografija je namenjena znanstveni javnosti, študentom, strokovnjakom v institucijah v MOL in ne nazadnje starejšim občanem in občanom v Ljubljani, njihovim svojcem in vsem, ki se soočajo z vprašanji, povezanimi z aktivnim staranjem in razumevanjem učinkov na kakovostno staranje. Predstavljamo jim znanstveno preverjeno prepoznavanje učinkov aktivnega staranja in jih preko relevantnih nacionalnih in mednarodnih raziskav opogumljamo za soočanje z aktivnim staranjem, saj tako razbremenimo sisteme starostnega varstva, osebne zdravnike na primarni ravni in druge strokovnjake zdravstvenega in socialnega varstva v MOL (specialistične medicinske ambulante, svetovalnice, centre za socialno delo ipd.).

Znanstvena monografija ima izobraževalno noto za celotno MOL, saj nas uči o aktivnem staranju, kar bodo lahko izvajalci preventivnih delavnic za prebivalce iz MOL uporabili pri svetovanju, kako se soočiti z aktivnim staranjem kljub starostnim spremembam. Sem lahko uvrščamo tudi prizadevanja Gerontološkega društva Slovenije za aktivnosti na področju krepitve spomina in zbranosti. Preventivne delavnice za krepitev spomina in zbranosti, kar je ena izmed pogostih društvenih aktivnosti v okviru MOL, izvajamo v domovih za starejše, dnevnih centrih, medgeneracijskih centrih, v različnih društvih, interesnih združenjih ipd.

Z znanstveno monografijo želimo tako svojce in javnost v MOL usposobiti za ustrezno obravnavo starejših ljudi ob njihovih specifičnih potrebah pri vključevanju v koncept aktivnega staranja, saj smo uporabili interdisciplinarni pristop in vključili strokovnjake različnih področij. Z znanstveno monografijo želimo izboljšati informiranost in osveščenost o vlogi in pomenu koncepta aktivnega staranja v okviru MOL ter tako izboljšati celotno obravnavo naših občank in občanov iz MOL. Gerontološko društvo Slovenije, ki v MOL deluje že 50 let, je s svojimi uglednimi strokovnjaki – članci in člani našega društva – ključni deležnik v razvoju, raziskovanju in oblikovanju znanstvenih gerontoloških pristopov za kompetentno obravnavo, skrb in delo s starejšimi ljudmi.

Znanstvena monografija je oblikovana v skladu z relevantnimi področji aktivnega staranja, opredeljenimi v Strategiji dolgožive družbe (UMAR 2017). Konceptualno smo vsebino znanstvene monografije razdelili v pet tematskih področij, in sicer:

- I. opredelitev aktivnega staranja in pristopov za udejanjanje koncepta aktivnega staranja na individualni in družbeni ravni;
- II. zaposlenost oziroma delovna aktivnost, kjer smo podrobneje izpostavili prilagoditve na trgu dela, vključno z izobraževanjem in usposabljanjem, ter zagotavljanje zadostnega obsega zaposlenih;
- III. samostojnost, zdravo in varno življenje vseh generacij, kjer smo osvetlili družbeno najbolj izpostavljena področja, in sicer dostopnost do zdravstvenih storitev, dolgotrajno oskrbo, skrb za zdravje, izzive na področju demence in duševnega zdravja ter fizioterapevtsko obravnavo oseb s posebnimi potrebami;
- IV. vključenost v družbo, kjer so raziskave usmerjene v psihosocialne aspekte in so obravnavale tudi medgeneracijsko sodelovanje in prostovoljstvo;
- V. aktivnost posameznika v celotnem življenjskem obdobju oziroma življenjskem ciklu, kjer je nujno potrebno upoštevati tudi prilagoditve v gospodarstvu in bivalnih razmerah.

Ob koncu še zahvale. Zahvaljujemo se MOL za podporo pri sofinanciranju izdaje znanstvene monografije. Kompleksno empirično raziskavo sta izvedla Gerontološko društvo Slovenije in Gerontološki raziskovalni inštitut in Allium – zaposlitveni center, zato se obema raziskovalnima partnerjema iskreno zahvaljujemo. Zahvala je namenjena tudi vsem nevladnim institucijam in društvom, ki so k anketiranju povabili svoje članice in člane, prav tako se zahvaljujemo vsem sodelujočim v anketiranju. Ključna zahvala pa je namenjena vsem avtoricam in avtorjem za sodelovanje in pripravo znanstvenih prispevkov.

Ljubljana, september 2020

dr. Nikolaj Lipič, viš. pred., urednik

Koncept aktivnega staranja: med opredelitvami, razumevanjem in udejanjanjem

Active ageing concept: between definitions, understanding and implementation

Tomaž Lenart, mag. zdr.-soc. manag.

Dom Nine Pokorn Grmovje

dr. Nikolaj Lipič, viš. pred.

Gerontološko društvo Slovenije

Povzetek

Staranje prebivalstva je globalni fenomen. Staranje prebivalstva prinaša številne izzive na področju gospodarstva, socialnega in kulturnega življenja, prav tako pa tudi na ravni individualne perspektive posameznika s prizadevanjem za uspešno, participativno, zdravo in varno življenje v starosti. To je vizija koncepta aktivnega staranja, ki je proces optimiziranja možnosti za zdravje, participacijo v družbi in varnost z namenom povečanja kakovosti življenja starejših ljudi.

Namen prispevka je predstaviti različne opredelitve fenomena aktivnega staranja in razumevanje koncepta aktivnega staranja v okviru različnih znanstvenih doktrin.

Cilj politike aktivnega staranja je vsaj tridimenzionalen. Prvič, starejši naj bodo aktivno vključeni v ohranjanje in izboljšanje njihovih veščin neodvisnega življenja. Drugič, ostanejo naj v plačani zaposlitvi. Tretjič, ostanejo ali postanejo naj družbeno produktivni.

Ključne besede: staranje, aktivno staranje, koncept aktivnega staranja, aktivna starost, kakovostna starost.

Abstract

Ageing population is a global phenomenon. Ageing population brings various challenges in the field of economic, social and cultural life. As well as at the level of one's perspective to ensure a successful, participatory, healthy and safe life in old age. It is a vision of active ageing concept, which is a process of optimizing health opportunities, participation in society and safety to increase the quality of life of the elderly.

The purpose of the paper is to present different definitions of active ageing phenomenon and to understand the active ageing concept within various scientific doctrines.

Active ageing policy goal is at least three-dimensional. Firstly, the elderly should be actively involved in maintaining and improving their independent living skills. Secondly, they should stay employed. Thirdly, they should stay or become socially productive.

Key words: ageing, active ageing, concept of active ageing, active age, quality age.

1. Uvod

Staranje prebivalstva je globalni fenomen. Leta 2013 je bilo približno 10 % svetovne populacije stare 60 let ali več. Projekcije kažejo, da bo ta delež do leta 2050 narasel do približno 20 %. Medtem ko število svetovne populacije narašča za približno 1 % letno, se število ljudi, starih nad 80 let, povečuje za 4 % letno (Sixsmith 2013, 7). Večina držav sveta ima starajoče prebivalstvo; pričakovano število starejših odraslih se bo do leta 2050 iz 617 milijonov povečalo na 1,6 milijarde (Buch 2015, 278). Svetovna populacija se stara zaradi številnih sočasnih dejavnikov. To delno drži za države, za katere velja nizka/padajoča stopnja rodnosti in zviševanje pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu. Takšni demografski trendi postopoma preoblikujejo tradicionalno starostno piramido v drevesno obliko. Ta fenomen na eni strani odraža pozitivne učinke razvoja na področju zdravstva in socioekonomskega napredka in bi ga morali sprejeti. Na drugi strani ne moremo zanikati, da hkrati vodi v vrsto delno povezanih družbenih izzivov za Evropsko unijo v prihodnjih letih, s katerimi bi se morali soočiti načrtovalci politike s pomočjo sinergičnih, sistematičnih strategij (Principi in Lamura 2019, 14). Politični odgovori na staranje globalnega prebivalstva obsegajo tako negativne kot pozitivne poglede. Na eni strani so stara leta pogosto prikazana kot obdobje neaktivnosti in odvisnosti. Na drugi strani so – pogosto hkrati – starejši ljudje obravnavani kot družbeni in ekonomski vir. Tako uspešno staranje kot aktivno staranje izvirata iz iste znanstvene opredelitve aktivne perspektive (Foster in Walker 2014, 83).

Staranje prebivalstva prinaša številne izzive na področju gospodarstva, socialnega in kulturnega življenja. Čeprav so se zelo stari diskurzi o razumevanju staranja in starejših ljudi osredotočali na upadanje sposobnosti in odvisnosti, so v drugi polovici 20. stoletja stopila v ospredje moderna gerontološka razumevanja staranja. Te družbeno oblikovane ideje produktivnega staranja, aktivnega staranja in uspešnega staranja so bile ustvarjene kot odgovor na negativne diskurze o staranju in iz vzgiba po identifikaciji rešitev za ekonomske in socialne probleme zaradi naraščajočega števila ljudi, starih 60 let in več (Buch 2015, 278). Ti koncepti so bili legitimirani in problematizirani na Zahodu in so se nato začeli razširjati po vsem svetu, skupaj z neoliberalizmom in preoblikovanimi idejami o »ustreznih« ali »normalnih« načinih staranja. Stalna skrb za staranje prebivalstva vpliva na pristočasne prakse, izkušnje in storitve (Dionigi in Son 2017, 1). Družbeno in znanstveno razumevanje starosti se je spremenilo. Na starost so nekoč gledali kot na biološko določen status, medtem ko je poznejše življenje vse bolj razumljeno kot življenjsko obdobje, ki je odprto spremembam. V sociologiji je pozna starost opredeljena kot družbeni konstrukt zgodovinskega pojava, ki se razlikuje od družbe do družbe (Wanka in Gallistl 2018, 1).

Staranje ni enoten proces, ampak ga močno oblikujejo lokalna okolja, dostop do virov in družbena razmerja (Buch 2015, 278). Ideja o aktivnem staranju je med gerontologi postala zanimiva leta 2002, ko je izšla publikacija z izvirnim naslovom »Active Aging: A Policy Framework«. Prispevek je v Madridu objavila Svetovna zdravstvena organizacija. Dokument predstavlja mejnik znanstvene pozornosti, usmerjene na posledice staranja, ki rezultira v večanju deleža starejših in dramatičnem znižanju stopnje rodnosti. Staranje populacije je značilno tako za gospodarsko razvite države kot za države v razvoju. Da bi to bila pozitivna izkušnja za države in posameznike, morajo daljšo življenjsko dobo spremljati stalne priložnosti za zdravstveno varstvo, aktivno vključenost v družbo in varnost. Aktivno staranje je bilo identificirano kot proces za doseganje te vizije. Pojem je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija v poznih 90. letih prejšnjega stoletja. Njegovo bistvo je bilo predvsem poudarjanje, da je zdravstvena oskrba le eden od številnih dejavnikov načina staranja ljudi in prebivalstva (Sixsmith 2013, 2; Van Dyk idr. 2014, 85).

Zdravo in aktivno staranje sta medsebojno povezani. Za aktivno staranje potrebujemo zdravje. V starosti, natančneje po upokojitvi, imamo dobre možnosti za socialno, izobraževalno in poklicno

udejstvovanje kot tudi za fizično aktivnost, kar nedvomno izboljšuje zdravje starejših ljudi in njihovo neodvisnost (Horvat 2011, 19).

1.1. Namen in cilj

Namen prispevka je predstaviti različne opredelitve fenomena »aktivno staranje« in razumevanje koncepta aktivnega staranja v okviru različnih znanstvenih doktrin. Cilj je prispevati k razumevanju koncepta aktivnega staranja kot vizije sodobnega načina življenja vseh generacij.

2. Teoretična izhodišča

2.1. Opredelitev aktivnega staranja

V preteklih letih je v Evropski uniji paradigma »aktivnega staranja« postala izrazit koncept načina »dobrega staranja«. Trivialno rečeno, nenehne (in pričakovane) demografske spremembe označujejo ozadje porasta »aktivnega staranja« (Van Dyk idr. 2013, 97).

Aktivno staranje ni ekskluziven evropski politični koncept. Široko je uporabljen v nadnacionalnih agencijah (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, Svetovna zdravstvena organizacija, Združeni narodi) in nacionalnih politikah od Švedske, preko češke, do Singapurja (Mlozniak 2016, 7). Diskurz aktivnega staranja se osredotoča na spodbujanje vključenosti starejših ljudi v družbo in poudarja kompetence in znanje, ki jih posedujejo starejši ljudje (Foster in Walker 2014, 85). Ideja aktivnega staranja temelji na želji in sposobnosti številnih starejših ljudi, da nadaljujejo delo ali druge družbeno produktivne dejavnosti v poznih letih (Pfaller in Schweda 2019, 46).

Aktivno oziroma dejavno staranje Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2015) definira kot »proces optimiziranja možnosti za zdravje, participacije v družbi in varnosti, z namenom povečanja kakovosti življenja in starosti starejših ljudi.« Medtem ko v širšem pomenu lahko aktivno staranje razumemo kot »trajno udejstvovanje na socialnem, gospodarskem, kulturnem in civilnem področju in ne le kot zmožnosti telesne dejavnosti starejših in podaljševanja zaposlenosti« (Goriup in Lahe 2018, 45).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) v konceptu aktivnega staranja prepozna načelo prožnosti v procesu staranja človeka in dve dejstvi, da kljub veliki relevantnosti biografskih vplivov lahko vplivamo na sam potek procesa staranja, da ga je moč spremeniti ali izboljšati z nekaterimi ukrepi in da je možnost vplivanja na potek življenja in spreminjanja življenjskih tokov v pozni starosti precej bolj omejena (Tesch-Roemer 2012).

Na aktivno staranje in njegovo uresničevanje vplivajo različni dejavniki: (1) vedenjski dejavniki (človekovo prispevanje k zdravemu življenjskemu slogu v vseh fazah življenja), (2) človekove osebne lastnosti (vpliv genskih zasnov in psiholoških dejavnikov), (3) fizično okolje (v človeku podpira varnost in (ne)odvisnost), (4) socialni dejavniki (socialna podpora, svoboda in dostop do vseživljenjskega učenja), (5) ekonomski dejavniki (zagotavljanje dohodkovne varnosti in dostop do aktivnosti, dela skozi celotno življenjsko obdobje in socialne varnosti), (6) zdravje in socialne storitve (spodbujanje zdravja in preprečevanje bolezni, pravičen dostop do kakovostne zdravstvene obravnave, ki temeljijo na načelu enakosti, kot tudi zagotavljanje promocije zdravja). Poleg teh dejavnikov vplivata na uresničevanje aktivnega staranja tudi spol in človekova struktura (WHO v Goriup in Lahne 2018, 45; Swift idr. 2017, 2).

Boudiny (2013, 1079) razlikuje med tremi vrstami opredelitev aktivnega staranja, in sicer enodimenzionalnim pristopom, večdimenzionalnim pristopom in pristopom, ki presega vedenjsko raven. Enodimenzionalni pristopi se osredotočajo samo na en vidik, običajno gibalno aktivnost ali zaposlenost. Nasprotno, večdimenzionalni pristopi upoštevajo tudi druge dimenzije življenja, kot so družbene in pristočasne aktivnosti. Pristopi, ki presegajo vedenjsko raven, dodatno razširjajo

področje uporabe, tako da vključujejo dejavnike, kot so avtonomija, socialna podpora, ekonomske okoliščine in še posebej zdravje ter neodvisnost. Uspeh koncepta aktivnega staranja je v tem, da je dober za vse: od državljanov vseh starosti, kot starajočih se posameznikov v smislu maksimiranja njihovega potenciala in kakovosti življenja, do družbe kot celote v smislu pridobivanja človeškega kapitala. Pri tem se je mogoče izogniti medgeneracijskim konfliktom in ustvariti pravičnejšo, bolj inkluzivno družbo (Van Dyk idr. 2013, 97).

Večdimenzionalni koncept aktivnega staranja je bil razvit v okviru poskusa boljšega razumevanja okoliščin, znotraj katerih lahko proces staranja populacije ponudi tudi priložnosti za družbe. S tem v zvezi se morajo oblikovalci politik izogibati pristopu od zgoraj navzdol s tveganjem, ki bi ga lahko občutili starejši posamezniki kot obvezo, in ponuditi nabor priložnosti, ki jih izberemo glede na motivacije, pričakovanja in težnje starejših. Tako bi lahko svobodno izbirali, ali in v kolikšni meri ter kako se bodo aktivno starali. To ima nujno opraviti z ustvarjanjem primerne okolja, ki omogoča in spodbuja aktivno staranje. Empirični dokazi s tem v zvezi kažejo, na primer v odnosu do udeležbe na trgu dela, da ni dovolj samo zvišati upokojitveno starost in omejiti možnosti zgodnjega upokojevanja, da bi dosegli povečane stopnje zaposlenosti v poznejši odrasli dobi (Principi in Lamura 2019, 15–17).

2.2. Izhodišča koncepta aktivnega staranja v Evropski uniji in Sloveniji

Evropska komisija je večjo družbeno prepoznavnost in pomen aktivnega staranja za vsakogar in za vse v Evropski uniji leta 2012 okrepila s poimenovanjem tega leta kot »evropskega leta aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti«. Evropska komisija je s tem krepila ozaveščenost o pomenu in vlogi aktivnosti starejših ljudi v družbi, ki so bile namenjene spodbujanju in ustvarjanju boljših priložnosti za aktivno staranje in krepitvi solidarnosti med generacijami. Evropska komisija je z evropskim letom aktivnega staranja želela poudariti, da lahko ne glede na starost še vedno ohranjamo svojo družbeno vlogo, ostanemo aktivni in polnopravni člani družbe ter živimo kakovostno življenje (Kenda 2018, 22).

Evropska komisija je s poudarjanjem aktivnega staranja želela prispevati k ozaveščenosti, da naj starejši ljudje ostanejo čim dlje aktivni in produktivni tudi v starosti ter da osvajajo in širijo znanje v različnih izobraževalnih programih. Prav tako poudarja, da je na področju udejanjanja aktivnega staranja potrebno interdisciplinarno sodelovanje strokovnjakov s področja zdravstvenega in socialnega varstva, izobraževanja in finančnega poslovanja, različnih informativnih medijev in svetovnega spleta ter vseh drugih relevantnih deležnikov, ki lahko prispevajo k ustvarjanju okoliščin za zdravo, aktivno in kakovostno staranje v družbi (Raissner 2012, 1). Prav tako je Evropska komisija v okviru krepitve koncepta aktivnega staranja v družbi želela omogočiti starejšim ljudem ugodnejše pogoje na trgu dela, večje sodelovanje v družbi in jih tako opolnomočiti za samostojno oziroma neodvisno življenje v starosti (Kenda 2018, 23).

Izhodišča aktivnega staranja evropskega prebivalstva so po mnenju Evropske komisije naslednja: (1) podaljšanje časa življenja starejših ljudi v domačem okolju s povečanjem njihove samostojnosti, samozavesti in mobilnosti, (2) podpora ohranjanju zdravja in funkcionalnih sposobnosti starejših ljudi, (3) promocija boljšega in bolj zdravega načina življenja oseb z različnimi rizičnimi stanji, (4) povečevanje varnosti, (5) preprečevanje socialne izoliranosti, (6) podpora vzdrževanju multifunkcijskega omrežja okrog določenih skupin ljudi, (7) podpora oskrbovalcem, družinam in organizacijam, ki se ukvarjajo z oskrbo starejših in (8) povečevanje produktivnosti in učinkovitosti uporabljenih virov v starajoči se družbi (Raissner 2012, 2).

Tudi v Sloveniji je v letih 2017 in 2018 na področju družbenega razumevanja aktivnega staranja na nacionalni ravni zaznati nekaj premikov. Marca 2018 je bil ustanovljen Svet za aktivno staranje in medgeneracijsko sodelovanje, ki naj bi preučil poročila ministrstev, ki so maja 2018 pripravila

pregled konkretnih aktivnosti in sprememb v zakonodaji za implementacijo Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017). V strategiji so bili izpostavljeni kazalniki za spremljale različnih aktivnosti v okviru koncepta aktivnega staranja, ki je bil jedro strategije. Entiteta strategija je bila spremljanje kriterijev delovne aktivnosti, zmogljivosti za aktivno staranje, vključenosti v družbo ter samostojnega, varnega in zdravega življenja (Kenda 2018).

2.3. Spodbujanje aktivnega staranja v družbi

Aktivno staranje je pozitivno tako za fizično kot tudi duševno zdravje. To kaže, da bi aktivno staranje morali spodbujati na politični ravni, s pozitivnimi učinki na znižanje javnih izdatkov za zdravstvene storitve in programe. Na drugi strani lahko slaba zdravstvena stanja predstavljajo oviro za aktivno staranje, kar kaže na to, da bi morala biti določena politična prizadevanja usmerjena v ustvarjanje pogojev za aktivno staranje med starejšimi ljudmi slabšega zdravja. Aktivno staranje predstavlja široko uporabljen koncept za identifikacijo eksplicitnih, ciljnih dolgoročnih političnih strategij na evropski in mednarodni ravni. Cilj je pomagati spodbujati in implementirati aktivno staranje na regionalni, nacionalni in lokalni ravni. Prizadevanja so šla v smeri zajetja večdimenzionalnosti fenomena, vključno na eni strani z družbenim in ekonomskim prispevkom starejših ljudi v različnih življenjskih domenah in na drugi strani z okoljskimi dejavniki, ki omogočajo pravilni razvoj koncepta aktivnega staranja. Rezultat prizadevanj je viden v Indeksu aktivnega staranja (ang. Active Ageing Index – AAI), ki je bil razvit in predstavljen leta 2012. AAI vključuje 22 indikatorjev, razdeljenih v štiri področne skupine: zaposlenost; družbena participacija; neodvisno, zdravo in varno življenje; zmogljivosti in zagotavljanje okolja za aktivno staranje. Indeks nudi tudi možnost merjenja aktivnega staranja v različnih teritorialnih/administrativnih kontekstih (Mlozniak 2016, 9; Principi in Lamura 2019, 15–17; Walker in Zaidi 2019, 595–597).

Aktivno staranje spodbuja ljudi k zdravju (s tem se zmanjšujejo stroški zdravstvenega in socialnega varstva), daljši zaposlenosti (zmanjševanje pokojninskih stroškov) ter k sodelovanju v političnem življenju in skupnosti. Različni pristopi za izboljšanje življenja starejših so odvisni od družbenih posegov in ukrepov, vključno z vseživljenjskim izobraževanjem, politiko proti diskriminaciji, pomenom aktivnega prostega časa in priložnostmi za prostovoljno delo. Neposredno v praksi dela in življenja starejših je uspešnost aktivnega staranja odvisna od strukturnih priložnosti v šolah, uradih, domovih za starejše, družinah, skupnostih, na družabnih omrežjih in v družbi na splošno (Foster in Walker 2014, 2–3).

Za dvig kakovosti življenja starejših ljudi, izboljšanje počutja, duševnega in telesnega zdravja, podpore starejšim ljudem v aktivnem, neodvisnem in socialno aktivnem življenju so nujno potrebni ukrepi za spodbujanje aktivnega staranja, katerih namen je izboljšanje socialne varnosti, zmanjševanje in preprečevanje osamljenosti in izolacije starejših ljudi. Pomemben ukrep v okviru aktivnega staranja v družbi je tudi spodbujanje mobilnosti starejših ljudi v njim prijaznem (domačem) okolju ter izboljšanje pristopov za vseživljenjsko učenje in možnosti za pristočasne aktivnosti (Roglič in Kobentar 2017, 6).

Paradigma »aktivnega in zdravega staranja« je mogoča le, če je družba sposobna zagotavljati razmere za odpravljanje neenakosti med posamezniki in družbenimi skupinami skozi celotno življenjsko obdobje (Dominkuš 2017, 29). Kenda (2018, 30) opisuje aktivno staranje kot medsektorski in večnivojski koncept ter se zaveda heterogenosti starejše populacije in podaja temelje za pozitiven odnos do staranja in ustvarjanje starejšim prijazne družbe. Poudarja aktivnost in ustvarjalnost v vseh življenjskih obdobjih, skrb za zdravje in medgeneracijsko sodelovanje ter solidarnost.

V sodobni, starajoči se družbi zaradi različnih kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so med starejšo populacijo precej razširjene, narašča pomen primarne preventive. V praksi je ta preventiva tesno povezana z aktivnim in zdravim načinom življenja praktično v vseh obdobjih življenja. Pojem aktiv-

nega in zdravega življenja tudi v starostnem obdobju ne pomeni samo, da smo zdravi in da redno skrbimo za kondicijo, temveč da smo v okolju, v katerem živimo, sposobni spoznati, soustvarjati in uresničevati priložnosti za krepitev zdravja, sodelovanja, varnosti in kakovosti življenja. To se dotika vseh področij naših vsakdanjikov, socialnega, ekonomskega, kulturnega in civilnega. To izhaja iz opredelitve aktivne in zdrave starosti Svetove zdravstvene organizacije (WHO 2015), ki v svojem pomenu predstavlja poglobljanje samouresničevanja, ne glede na starost. Možno pa je aktivno in zdravo živeti tudi z boleznijo. Bolezen ne more zaustaviti priložnosti za osebno uresničevanje tudi na duhovnem področju. V sodobni družbi je zdravo in aktivno življenje ena izmed osnovnih človekovih pravic in mora biti zagotovljeno vsakemu posamezniku (Voljč 2010, 39).

Z Ustavo Republike Slovenije so zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine ne glede na starost ali katero drugo osebno okoliščino. Vsak človek ima do konca svojega življenja pravico aktivno sodelovati na gospodarskem, političnem, socialnem in kulturnem področju. Vendar je ta pravica starejšim ljudem velikokrat okrnjena zaradi družbenih konfliktov in dogajanj, ki starejšim onemogočajo možnosti sodelovanja na različnih področjih. Kljub visoki stopnji zakonodajnega varstva starejših ljudi so ti pogosto diskriminirani in družbi »nevidni« (Pavliha 2009, 8).

Aktivno staranje je spoj individualne perspektive posameznika in družbene perspektive širše družbe, saj omogoča ljudem, da uresničijo svoje možnosti za telesno, socialno in duševno dobro počutje, da se udeležujejo družbenih aktivnosti glede na svoje potrebe, želje in zmožnosti (Hvalič Touzery 2014). Prav tako pa nam aktivno staranje nudi možnosti za zdravo staranje, s katerim pridobimo kakovost življenja in podaljšamo svojo samostojnost, ohranjujemo avtonomijo in neodvisnost ne glede na telesno in duševno upadanje (Goriup in Lahe 2018, 45).

Ljudem mora biti omogočen dostop do življenjsko pomembnih storitev in ustanov, prav tako tudi vključenost v lokalno okolje in družbo. Ne glede na starost želijo ljudje čim dlje živeti svobodno, varno in samostojno, zato so mobilnost, informiranost in vključenost v družbo starejšim ljudem ključne za njihovo zdravje in kakovostno staranje. Različne tehnološke rešitve omogočajo čim daljšo neodvisnost, samostojnost, informiranost in vključenost ljudi v okolje, da lahko kljub starostnemu upadanju še koristno prispevajo k družbi (Voljč 2015, 1).

3. Zaključek

Cilj diskurza aktivnega staranja je usmerjen k pozitivni viziji poznega življenjskega obdobja. Za vsakega izmed nas velja, da je edinstvena osebnost in ga je zato treba spodbujati k negovanju te edinstvenosti. Učimo se vztrajanja in uživanja v svoji drugačnosti, ki intenzivira proces samoindividue. Nihče drug ni takšen kot mi (kot jaz). Vodilo »naredi sam« (ang. do-it-yourself) je tako nenehno izpostavljeno v družbi, da se zdi »skrb zase« politično pomembna (Dean 2017, 3), tudi na področju samoodločanja in udejanjanja aktivnega staranja na individualni dimenziji življenja.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014) omenja neenotnost rabe poimenovanja »aktivno staranje« med strokovnjaki, saj ga nekateri imenujejo tudi kot zdravo, primarno, normalno in običajno staranje. Kot nasprotje pojmu aktivno staranje lahko zasledimo pojem bolno ali sekundarno staranje, kar pomeni, da starejša populacija ni aktivna, temveč je bolna, onemogla in ne more več samostojno skrbeti sama zase in zato potrebuje pomoč drugih ljudi pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti.

Ena od glavnih predpostavk aktivnega staranja je ta, da sta vzdrževanje dobrega fizičnega in duševnega stanja v poznih letih in daljša vključenost na trg delovne sile koristna za gospodarsko rast. Iz te perspektive aktivnega staranja izhaja skrb ne samo glede pokojnin prihodnjih generacij, ampak tudi strah pred neznanim, ki bi se lahko rezultiral kot posledica kriz in (predvidenih) zlomov modernih institucij, kot so socialne determinante in državne pokojnine (Mlozniak 2016, 2).

V strokovnih in znanstvenih krogih obstaja šibko strinjanje z natančnim pomenom aktivnega staranja. Pojem ne sestoji kot diskreten koncept, ampak je pogosto prepleten z idejami o zdravem, produktivnem ali uspešnem staranju. Razprave okrog aktivnega staranja so mlade, njihovo popularnost poganjajo bolj politični in manj gerontološki diskurzi. Neoliberalna oblast od posameznikov zahteva, da so odgovorni zase in da reflektivno upravljajo svoje veščine, sposobnosti in odnose na način, da jih je mogoče razporejati kot tržna premoženja.

Cilje politike aktivnega staranja lahko povzamemo v treh ključnih značilnostih, h katerim bi morali stremeti. Prvič, starejši odrasli naj bodo aktivno vključeni v ohranjanje in izboljšanje veščin za neodvisno življenje. Drugič, ostanejo naj v plačani zaposlitvi. Tretjič, ostanejo ali postanejo naj družbeno produktivni. To pomeni, da naj brez plačila prispevajo svojim družinam in družbi.

Literatura

- Boudiny, Kim. 2013. Active ageing from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society* 33(06), 1077–1098.
- Buch, D. Elana. 2015. Anthropology of Aging and Care. *Annual Review of Anthropology* 44: 277–293.
- Dean, Jodi. 2017. Nothing Personal. V *Rethinking Neoliberalism*, ur. Sanford F. Schram in Marianna Pavlovskaya, 3–22. New York and London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Dionigi, Rylee A. in Julie S. Son. 2017. Introduction to critical perspectives on physical activity, sport, play and leisure in later life. *Annals of Leisure Research* 20(1): 1–6.
- Dominkuš, Davor. 2017. Pogled ljudi na slovensko prihodnost države blaginje. V *Prihodnost slovenske države blaginje*, ur. Maša Filipovič Hrast in Tatjana Rakar, 29–30. FDV: Univerza v Ljubljani. Dostopno na: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-KJDP9U8N/ba368be8-a121-4680-a8db-69cda201101d/PDF> (7. september 2018).
- Foster, Liam in Alan Walker. 2014. Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist* 55(1): 83–90. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24846882> (02. september 2020).
- Goriup, Jana in Danijela Lahe. 2018. *Poglavja iz socialne gerontologije*. Maribor: AMEU – ECM, Alma Mater Press.
- Horvat, Martina. 2011. Obravnava starostnika v domačem okolju. V *Geriatrja in zdravstvena gerontologija v slovenskem prostoru*, ur. Medved Robert, Tičar Zdenka in Ramovš Jože. 15–29. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Hvalič Touzery, Simona. 2014. *Aktivno staranje*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. Dostopno na: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1028.html> (22. avgust 2018).
- Kenda, Aleš. 2018. Usmeritve na področju aktivnega staranja. V *Starejši kot sedanost in prihodnost družbe*, ur. Marjeta Tratnik Volosko, 21–30. Ljubljana: Zbornik referatov in razprav 3/2018, Državni svet Republike Slovenije in varuh človekovih pravic Republike Slovenije.
- Lamura, Giovanni in Andrea Principi. 2019. *2018 Active Ageing Index: Analytical Report*. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe.
- Mlozniak, Iwona. 2016. Active Ageing: The Narratives of Agency and Crisis. *French Journal For Media Research* 5: 1–17.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2014. *Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji*. Dostopno na: <http://www.staranje.si/aktivno-zdravo-staranje#read-more> (13. avgust 2018).
- Pavliha, Milan. 2009. Aktivno staranje. V *Zbornik 8. Festival za tretje življenjsko obdobje*, ur. Uroš Krevl, 6–12. Ljubljana: Inštitut Hevrek.
- Pfaller, Larisa in Mark Schweda. 2019. Excluded from the Good Life? An Ethical Approach to Conceptions of Active Ageing. *Social Inclusion* 7(3): 44–53.
- Raissner, Alenka. 2012. *Nove tehnologije kot pomoč starejšim*. Dostopno na: http://www.zdus-zveza.si/docs/VSEBINE-INFORMATIKA/Nove_tehnologije_kot_pomoc_starejsim.pdf (21. avgust 2018).
- Roljič Slavica in Radojka Kobentar. 2017. *Starost kot izziv: zdravje in oskrba*. Interno gradivo. Ljubljana: Javni zavod Cene Štupar - Center za izobraževanje Ljubljana. Dostopno na: <https://www.zlus.si/wp-content/uploads/2017/11/Starost-kot-izziv-zdravje-in-oskrba-cip.pdf> (10. julij 2018).
- Sixsmith, Andrew. 2013. Technology and the Challenge of Aging. V *Technologies for Active Aging*, ur. Andrew Sixsmith in Gloria Gutman, 7–25. New York: Springer.
- Swift, Hannah J., Abrams, Dominic, Lamont, Ruth A. in Lisbeth Drury. 2017. The Risks of Ageism Model: How Ageism and Negative Attitudes toward Age Can Be a Barrier to Active Aging. *Social Issues and Policy Review* 11(1): 195–231. Dostopno na: https://kar.kent.ac.uk/60369/1/sipr_12031_Rev2.pdf (24. september 2018).

- Tesch-Roemer, Clemens. 2012. *Active ageing and quality of life in old age*. German Centre of Gerontology. United Nations New York and Geneva. Dostopno na: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/2012_Active_Ageing_UNECE.pdf (14. avgust 2018).
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije.
- Van Dyk, Silke, Stephan Lessenich, Tina Denninger in Anna Richter. 2013. The Many Meanings of "Active Ageing". Confronting Public Discourse with Older People's Stories. *Recherches Sociologiques et Anthropologiques* 44(1): 97–115.
- Van Dyk, Silke. 2014. The appraisal of difference: Critical gerontology and the active-ageing-paradigm. *Journal of Aging Studies* 31: 93–103.
- Voljč, Božidar. 2010. *Starosti prijazna Ljubljana. Izsledki raziskave 2008–2009*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. Dostopno na: <http://www.inst-antontrstenjaka.si/izdelki/78.pdf> (15. avgust 2018).
- Voljč, Igor. 2015. *Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji: Staranje v digitalni družbi*. Dostopno na: http://www.staranja.si/sites/www.staranja.si/files/upload/images/m20_ikt.pdf (1. september 2018).
- Wanka, Anna in Vera Gallistl. 2018. Doing Age in a Digitized World – A Material Praxeology of Aging With Technology. *Frontiers in Sociology* 3(6): 1–16.
- Walker, Alan in Asgar Zaidi. 2019. Strategies of Active Ageing in Europe: Making an Asset of Longevity. V *The Cambridge Handbook of Successful Aging*, ur. Rocío Fernández-Ballesteros, Athanase Benetos in Jean-Marie Robine, 594–609. Cambridge University Press.
- WHO. 2015. *Ageing and life-course: What is 'active ageing'?*. Dostopno na: http://www.who.int/aging/active_ageing/en/ (14. avgust 2018).

Mestna občina Ljubljana – učeča se občina tudi za starejše v konceptu aktivnega staranja

The City of Ljubljana – a learning municipality also for the elderly in the concept of active ageing

dr. Nikolaj Lipič, viš. pred.

Gerontološko društvo Slovenije

dr. Barbara Grintal, pred.

Gerontološki raziskovalni inštitut

Povzetek

Uvod: Za uspešno udejanjanje koncepta aktivnega staranja so potrebne prilagoditve na vseh področjih družbenega življenja. Pri tem ni izvzet niti sistem izobraževanja in usposabljanja vseh generacij – tudi starejših. Prizadevanja Mestne občine Ljubljana, kot starejšim prijazne občine, bodo morala biti v kontekstu zagotavljanja kakovostnega aktivnega staranja usmerjena v strokovno prilagoditev sistema izobraževanja in usposabljanja ter vseživljenjskega učenja starejših. Gre za interdisciplinarni pristop vseh strok na področju obravnave, skrbi in dela s starejšimi v Mestni občini Ljubljana.

Metode: Raziskava temelji na kvantitativni raziskovalni paradigmi. V ožji raziskavi, omejeni le na področje izobraževanja in usposabljanja, je sodelovalo 462 starejših anketirancev iz Mestne občine Ljubljana, ki so stari 55 let in več. Podatke smo zbirali z metodo anketiranja, analizirali pa z metodami deskriptivne in inferenčne statistike.

Rezultati: Ugotavljamo, da sicer obstajajo razlike med starejšimi občankami in starejšimi občani iz MOL glede vključenosti v programe izobraževanja ali usposabljanja starejših v letu 2019, vendar razlike glede na spol niso statistično značilne. Razlike med spoloma so statistično značilne pri zadovoljstvu z dostopnostjo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v Mestni občini Ljubljana. Razlike glede na stopnjo izobrazbe pa so statistično značilne pri zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v Mestni občini Ljubljana. Ugotavljamo statistično značilno povezanost med konceptoma aktivno staranje in prilagoditev sistema izobraževanja in usposabljanja za aktivno staranje v Mestni občini Ljubljana.

Razprava: Rezultati raziskave v Mestni občini Ljubljana so optimistični pri prilagajanju sistema izobraževanja in usposabljanja za aktivno staranje tako na individualni kot tudi širše, na družbeni ravni.

Ključne besede: aktivno staranje, starejši, izobraževanje, usposabljanje, prilagoditve, Mestna občina Ljubljana.

Abstract

Introduction: Successful implementation of the concept of active ageing requires adjustments in all areas of social life. Education and training system of all generations, including the elderly, cannot be excluded. Efforts of the City of Ljubljana, as an elderly-friendly municipality, will have to be in the context of ensuring quality active ageing aimed at professional adjustment of education and training system and lifelong learning of the elderly. It is an interdisciplinary approach of all professions in the field of treatment, care and work with the elderly in City of Ljubljana.

Methods: The research is based on quantitative research paradigm. Small-scale study, limited to the field of education and training involved 462 elderly respondents, aged 55 or more, from the City of Ljubljana. Data was collected by interview method and analysed by methods of descriptive and inferential statistics.

Results: Differences between older men and women from the City of Ljubljana, in terms of inclusion in education or training programs for the elderly in 2019, can be found yet gender differences are not statistically significant. Gender differences are statistically significant of satisfaction availability and quality of education services and programs for the elderly in the City of Ljubljana. Differences according to level of education are statistically significant of accessibility satisfaction, offer and quality of education services and programs for the elderly in the City of Ljubljana. Statistically significant correlation between concepts of active ageing and adaptation of education and training system for active ageing in the City of Ljubljana can be found.

Discussion: Research results are optimistic in adapting education and training system in the City of Ljubljana for active ageing at both individual and wider social level.

Key words: active ageing, the elderly, education, training, adaptations, City of Ljubljana.

1. Uvod

Slovenija se je na področju spremljanja demografskih sprememb in potreb po prilagajanju različnih družbenih (pod)sistemov strokovno in družbenopolitično odzvala zelo pozno, šele leta 2017, s sprejetjem Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017). Pri tem zaostajamo za mnogimi evropskimi in izvenevropskimi državami, ki so staranje prebivalstva razumele kot entiteto prihodnjih razvojnih, družbenih, ekonomskih in gospodarskih sprememb. Le s pravočasnim in učinkovitim ter kakovostnim in humanim prilagajanjem sistemov družbenega življenja lahko posamezniku in družbi zagotovimo okolščine za aktivno staranje.

Aktivno staranje je večdimenzionalni koncept, katerega ključni gradnik je tudi izobraževanje in usposabljanje oziroma vseživljenjsko izobraževanje in učenje. To je še posebej pomembno v času nove paradigme vseživljenjskosti izobraževanja in učenja vseh generacij (Lipič 2017), ko moramo posebno pozornost nameniti starejšim ženskam in moškim, upoštevati razlike v vključenosti v izobraževanje in usposabljanje glede na spol, saj so pogosto zaradi starosti in starostnih sprememb izključeni iz izobraževanja. Prav tako je treba upoštevati razlike med urbanim in ruralnim okoljem, da so starejši moški v urbanih okoljih manj vključeni v izobraževanje kot v ruralnih okoljih. Razlike v vključenosti starejših v izobraževanje obstajajo tudi glede na stopnjo izobrazbe in druge osebne okolščine. To je še posebej relevantno v današnjem času, ko se starejši pogosto soočajo s socialno izključenostjo, zdrsom v revščino ter neenakostjo v zdravju in dostopnosti do socialnovarstvenih storitev in programov. Epoha covid-19 je vse te okolščine samo še zaostila, saj se starejše kot ogroženo družbeno skupino še bolj marginalizira in izključuje. Zaradi varovanja njihovega zdravja so odpovedane ali močno omejene številne izobraževalne aktivnosti za starejše – od predavanj, delavnic, seminarjev, ogledov, druženj, do izletov ipd.

Prav zato želimo s prispevkom proučiti razmere na področju izobraževanja in usposabljanja starejših iz Mestne občine Ljubljana (v nadaljevanju MOL). Na osnovi raziskovalnih spoznanj bomo razumeli kompleksnost potreb po prilagoditvi sistema izobraževanja in usposabljanja za kakovostno aktivno staranje na eni in izhodišča za nove pobude, pristope in akcijske načrte za konkretne spremembe v MOL na drugi strani.

2. Teoretična izhodišča

2.1. Koncept vseživljenjskega učenja – izziv za učenje in izobraževanje tudi starejših

Spremembe paradigmatskih izhodišč v izobraževalni politiki Evropske unije, ki so se prvič izrazile pred dobrimi tridesetimi leti, intenzivneje pa smo jim priča v zadnjih desetih letih, temeljijo a priori na ekonomskih spremembah in ciljih (Hozjan 2010, 10). Evropska komisija postavlja vseživljenjsko učenje v ospredje svojih politik urejanja trga dela, raziskovanja in izobraževanja (Jelenc 2009, 9). Spremenjene družbene zahteve v zvezi z aktivnim vseživljenjskim učenjem predpostavljajo, da bo posameznik sposoben načrtovati proces učenja, se spremljati in usmerjati v procesu učenja ter evalvirati lastni učni proces, kar povratno vpliva na nadaljnje načrtovanje učenja (Žakelj 2007, 11).

Memorandum o vseživljenjskem učenju (2000) poudarja pomen učenja v različnih življenjskih situacijah vse življenje (od zibelke do groba) in v vseh oblikah izobraževanja (formalno, neformalno in informalno ali priložnostno učenje) ter pomen učenja za uspešno vključevanje v delo in družbo (Zorman 2006, 10–11). Vseživljenjsko učenje je postalo ključni koncept pri načrtovanju gospodarskega in družbenega razvoja (Strawn 2003, 1). Vseživljenjsko učenje je nov koncept, ki nadgrajuje izobraževanje, kakršno se je razvijalo in oblikovalo v preteklosti – gre za paradigmatični premik od izobraževanja k učenju, kar pomeni, da ljudje zdaj za dosego svojih učnih ciljev ob bolj formaliziranem izobraževanju vse več posegajo tudi po učenju (Jelenc 2008, 9). Dohmen (1996) ta premik označuje kot potrditev, da je vseživljenjsko učenje prvi cilj svetovne izobraževalne reforme, nujne za preživetje, kajti le z »vseživljenjskim učenjem za vse«, kot vodilnim načelom prihodne politike, se lahko preseže še vedno prisotna polarizacija med tistimi, ki imajo dostop do izobraževanja, in tistimi, ki so marginalizirani.

Zaradi omejenih medosebnih, zaposlovalnih in družbenih sprememb sta se Svet Evrope in Evropski parlament leta 2006 odločila, da sprejmeta okvir ključnih kompetenc oziroma temeljnih zmožnosti za vseživljenjsko učenje (Kuran 2012, 44). Celostno učenje in poučevanje se morata vse bolj osredinjati na krepitev kompetenčnosti udeležencev izobraževanja (Žakelj 2007, 10).

2.2. Izobraževanje – priložnost za socialno vključenost generacij

Sodobna Evropa vidi izobraževanje v dvojni vlogi: najprej v individualnem in socialnem pomenu, potem še v ekonomskem. S systemskega vidika lahko vzpostavimo predvsem enakopraven dostop do vsebin, da odrasli – predvsem tisti iz odrinjenih, ranljivih skupin – izkoristijo svoje izobraževalne zmožnosti. To so skupine, v katerih so ljudje s šibkim temeljnim znanjem, zlasti pomanjkljivo pismenostjo, tisti, ki so zgodaj opustili šolanje, dolgotrajno brezposelni in tisti, ki se po dolgi odsotnosti vračajo na delovno mesto, starejši, migranti in invalidi (Kuran 2012, 45).

V postindustrijskih družbah se odnosi med generacijami spreminjajo, ljudje dosegajo vse višjo starost, z vzpostavljanjem ravni življenjskih obdobij se raznolikost življenjskih stilov povečuje (Giddens 2007a, 139). Mladi morajo v starejših videti svoje vzornike, starejši pa v sebi servis prihodnjih generacij (Callahan v Giddens 2000, 125). Giddens (2000) predlaga, da naj bi se starejši pri vključevanju v delovno okolje in skupnost povezovali z mlajšimi generacijami. Giddens (2007b, 162) še dodaja, da se v družbah s stalnimi spremembami akumulirano znanje starejših pogosto mlajšim

generacijam ne zdi pomembno kot izvor modrosti, ampak enostavno kot nekaj zastarelega, nepotrebnega. Primerjalno in razvojno prednost Slovenije vidimo v vzpostavitvi pogojev in aktivnosti za kakovosten kompetenčni razvoj odraslih v smislu vseživljenjskega učenja, da bodo sposobni slediti razvojnim družbenim, ekonomskim in tehnološkimi izzivom (Sotošek 2011, 20).

Na področju izobraževanja starejših ljudi ugotavljamo, da v večini držav ni na voljo dovolj možnosti za prekvalifikacijo in ponovno izobraževanje te populacije, kar bi spodbujalo posameznike za odločitve za izobraževanje tudi v poznejših letih (Giddens 2007a, 142). Učenci odrasli sodelujejo v mnogih vrstah formalnih in neformalnih izobraževalnih dejavnostih z upanjem, da jim bodo pomagale pri funkcionalni učinkovitosti v spreminjajočem se svetu (Taylor idr. 2000, 4) ali pri doseganju osebne občutke izpolnitve, z namenom izboljšanja življenja ali celo zaradi preživljanja prostega časa ali rekreacije (Mott 2000, 335). Spet drugi odrasli vidijo v učnih aktivnostih priložnost za osebno ali duhovno rast, priložnost za udeležanje svojih konjičkov ali da se naučijo spretnosti, ki jim lahko izboljšajo vsakdanje življenje. Skratka, učne dejavnosti, v katerih se angažirajo odrasli, so tako raznolike, kot so raznoliki učenci se odrasli sami. Učenci odrasli predstavljajo raznolik nabor posameznikov, ki jih determinirajo demografske značilnosti, družbeno okolje, aspiracija in stopnja pripravljenosti za učenje (Pusser idr. 2007, 4).

Ob globalnih družbenokulturnih, demografskih, tehnoloških in gospodarskih spremembah ter diferenciaciji učencih se oseb se spreminjajo tudi njihove potrebe in motivacija za učenje (Hansman in Mott 2010, 16). Izobraževanje torej danes pomeni izhod iz socialne izključenosti, saj so stopnje pismenosti, ki se zahtevajo v današnjem svetu, vedno višje in se še zvišujejo. Ljudje, ki nimajo razvitih temeljnih zmožnosti, tvegajo socialno izključenost. Izključevanje iz izobraževanja pa okrepi izključevanje iz drugih področij družbe, kot so zaposlovanje, zdravje, stanovanjsko področje in politična participacija (Vrečer 2012, 85).

Za uspešno spopadanje s spremembami časa se ne moremo pripraviti enkrat za vse življenje, v otroštvu in mladosti, temveč se moramo nenehno učiti in izpopolnjevati ter izobraževati (Jelenc Krašovec in Jelenc 2011, 14–15). Številni odrasli ob vpisu v izobraževalni program dvomijo o svojih sposobnostih za vnovično učenje in poudarjajo svojo starost in staranje (Velikonja idr. 2012, 116). Klemenčičeva (2004, 17) vidi vzrok v slabih izkušnjah s šolanjem v mladosti. Ne glede na vse navedene pomisleke je treba poudariti, da šolanje kljub vsemu ostaja pomemben dejavnik, ki vpliva na socialnoekonomski položaj posameznika, njegovo psihično in fizično zdravje, na njegovo počutje, znanje in spretnosti (Barle 2007, 25). Udeležba v izobraževanju je torej ena izmed pomembnih poti, ki lahko odraslim iz ranljivih skupin pomaga pri krepitvi njihovih zmožnosti za vnovično vključevanje v družbo (Možina idr. 2013, 334).

2.3. Izobraževanje kot dejavnik uspešne starostne integracije

Uhlenberg (2000, 261) opredeljuje starostno integrirano strukturo kot strukturo, kjer kronološka starost ni kriterij za vstop, izhod ali udeležbo v njej. V nasprotnem primeru govorimo o starostni segregaciji, ki pa je v marsičem lahko podobna rasni segregaciji. Pri preučevanju starostne integracije je treba poudariti formalne in neformalne ovire, ki preprečujejo, da posamezniki različnih starosti živijo skupaj, sodelujejo, se družijo, skupaj učijo. Dejavniki starostne integracije na ravni posameznika in družbe so po mnenju Uhlenberga (2000a) fleksibilen življenjski potek, obseg »starizma«, obseg »ageizma«, aktivno staranje in civiliziranost. Avtor med socialne dejavnike starostne integracije uvršča gospodinjstva in soseske, delo, izobraževanje, politiko, zdravstvo in ostale socialne dejavnike (npr. cerkev ipd.).

White Riley in Riley (2000, 266–267) sta izdelala koncept idealnega tipa socialne strukture. Kontrastno ga vzpostavljata dva bipola. Prvi pol je struktura starostne diferenciacije, ki jo glede na starost razdeli v tri polja, in sicer izobraževanje kot odgovornost za mlade, delovne; družinske obveznosti

v srednjih letih; v starosti pa preživljanje prostega časa po upokojitvi. Na drugem polu je struktura starostne integracije, v kateri so starostne meje odstranjene ali prilagojene. Na vprašanje, kakšna je povezava med starostnimi konflikti in starostno integracijo, Foner (2000, 275) na teoretični ravni odgovarja, da je številne starostne konflikte v družbi možno preseči, čeprav število starih ljudi narašča. Podaljšanje življenjske dobe in njen učinek na podaljšano trajanje izmenjav med generacijami prispeva k večji verjetnosti recipročnih vplivov med generacijami (Attias-Donfut 2000, 272). Uhlenberg (2000b, 279) izpostavlja, da ima lahko višja starostna integracija starejših in mlajših ljudi v našo družbo tudi pozitivne učinke. Dannefer (2000, 285) ugotavlja, da je tako v Nemčiji kot tudi v Združenih državah Amerike šolanje povzročilo progresivni pogled v prihodnost z upanjem na boljše individualno življenje.

Nekateri trendi nakazujejo večje povpraševanje po starejših delavcih ob predpostavki, da še naprej raste zaposlenost. Spremembe se nakazujejo v smeri, da bodo starejši prisiljeni dlje časa ostati na trgu dela. Potrebne bodo spremembe na področju socialne varnosti starejših, pokojnin in zdravstvenega stanja te kohorte (Henretta 2000, 291–292). Če družba generira spremembe, ki so potrebne za podporo novega družbenega sistema, v katerem izobraževanje, delo, družina in prosti čas niso omejeni le na nekatere življenjske faze, obstaja potencial za boljše socialno enakost (Loscocco 2000, 299). Guillemard (2000, 301) meni, da so evropske družbe shizofrene glede starostne integracije, saj se razvijajo nasprotujoča se vedenja v različnih kontekstih zaposlovanja ali družbene blaginje. Prihodnost ponuja priložnosti bodisi za večjo starostno segregacijo bodisi za integracijo (Walker 2000, 307).

2.4. Starejši, uspešno staranje in izobraževanje

Prav zaradi prepletanja subjektivnih in objektivnih razsežnosti dejavnikov uspešnega staranja se zastavljajo dileme, ali pri opredelitvi pojma uspešnega staranja uporabiti objektivna merila ali vrednostne sodbe na osnovi subjektivnih ocen. Rowe in Kahn (1987) se fokusirata na objektivna merila in trdita, da ljudje, ki se uspešno starajo, ne kažejo oziroma kažejo malo s starostjo povezanega upada, medtem ko tisti, ki imajo izkušnje običajnega staranja, kažejo znake bolezensko povezanega upada. Rowe in Kahn (1998) kasneje razširita definicijo uspešnega staranja v smislu, da gre za kombinacijo nizkega tveganja za bolezen in bolezensko povezano invalidnost, visoko stopnjo duševnega in fizičnega zdravja in aktivni življenjski angažma. Schmidt (1994) je opredelil uspešno staranje kot minimalno prekinitev običajnega delovanja. Baltes in Carstensen (1996, 399) sta v relativnem smislu opredelila uspešno staranje kot doseganje ciljev, ki se lahko zelo razlikujejo med ljudmi in merijo različne standarde in normative. Strawbridge in sodelavci (2002, 728) so predlagali spremljanje subjektivnih razsežnosti uspešnega staranja in trdijo, da bi se veliko naučili, če bi dovolili stari osebi osmišljati stopnjo njenega lastnega uspeha pri staranju.

Raziskava Strawbridge in Wallhagen (2003) je pokazala, da je ena tretjina ljudi s kroničnimi obolenji ocenila svoje staranje kot uspešno, medtem ko enak delež ljudi brez kroničnih obolenj ne verjame, da se uspešno starajo. Na podlagi teh opredelitev uspešnega staranja lahko izpostavimo, da ga definirata dve neodvisni, a vseeno povezani dimenziji – objektivni in subjektivni uspeh, kar pomeni, da model uspešnega staranja vzpostavljata dva faktorja (Pruchno idr. 2010a). Glede na intenziteto med objektivnim in subjektivnim uspehom je mogoče opredeliti tipe uspešnega staranja, pri čemer so nekateri ljudje uspešni po obeh definicijah, drugi niso uspešni po nobeni, spet drugi so uspešni v skladu z eno, vendar ne tudi z drugo definicijo.

Po mnenju Strawbridge in sodelavcev (2002, 733) naj bi tisti udeleženci, ki so v neskladju z opredelitvami obeh definicij, imeli ključ do razumevanja, kaj je uspešno staranje. Gergen M. in Gergen K. J. (2005, 418) sta na podlagi rezultatov raziskav svoj pogled na staranje predstavila v obliki »diamanta življenjske dobe«, ki ga vzpostavljajo štiri odvisne dimenzije: relacijski viri (Gergen 2001; Watkins

1986), fizično zdravje, pozitivno duševno zdravje in ukvarjanje z dejavnostmi – aktivna participacija v duševnih in telesnih aktivnostih, morda tudi kontekst aktivnega staranja.

Taylor in drugi (2011) opozarjajo na kompleksnost težav pri učenju odraslih in merjenju vplivov rezultatov učenja. Raziskave vplivov učenja odraslih se pogosto omejujejo le na vprašanja zaposlovanja, zdravja, povečanja plač in produktivnosti, človeškega kapitala, socialne vključenosti marginalnih skupin, politične participacije ... Poročilo OECD v letu 2007 izpostavlja, da ima izobraževanje tako socialne kot tudi gospodarske učinke za posameznike, podjetja in celotno družbo. Druge teoretične razprave ugotavljajo, da se učinki izobraževanja odražajo v večji državljanski in družbeni participaciji, zmanjšanju revščine in kriminala ter večji socialni koheziji.

3. Namen in cilj

Namen prispevka je preučiti pomen izobraževanja in usposabljanja starejših občank in starejših občanov MOL pri implementaciji koncepta aktivnega staranja na individualni in širše družbeni ravni. Cilj prispevka je preučiti možnosti za prilagoditev sistema izobraževanja in usposabljanja za učinkovitejše udejanjanje koncepta aktivnega staranja posameznika in družbe v MOL.

Zastavili smo si naslednje štiri hipoteze:

H1: Med občankami in občani MOL obstajajo razlike v vključenosti v programe izobraževanja ali usposabljanja za starejše.

H2: Med občankami in občani MOL obstajajo razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v programe izobraževanja in usposabljanja za starejše, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL.

H3: Obstajajo razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja in usposabljanja za starejše, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL glede na stopnjo izobrazbe starejših.

H4: Obstaja povezanost med konceptom aktivnega staranja in konceptom prilagoditev sistema izobraževanja in usposabljanja za aktivno staranje v MOL.

4. Metode

Raziskava temelji na kvantitativni raziskovalni paradigmi. Podatke smo zbirali z metodo anketiranja, analizirali pa z metodami deskriptivne in inferenčne statistike, kjer smo pri slednji uporabili neodvisni t-test, ANOVA in korelacijsko analizo.

4.1. Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili kompleksen anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi izhodišč Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017). Anketni vprašalnik sestavljajo vprašanja zaprtega in odprtega tipa. Za potrebe prispevka smo uporabili le tri sklope podatkov: socialno demografski podatki (spol, starost, stopnja izobrazbe), aktivno staranje (enajst trditev) ter izobraževanje in usposabljanje (eno odprto vprašanje in štiri trditve). Uporabili smo petstopenjsko intervalno lestvico (1 – zelo nezadovoljen; 5 – zelo zadovoljen).

4.2. Opis vzorca

V celotni raziskavi je sodelovalo 597 starejših občanov iz MOL, med katerimi je bilo 486 anketirank (81,4 %) in 111 anketirancev (18,6 %). Neuravnoteženost spolne strukture pripisujemo dejstvu, da smo podatke zbirali v različnih nevladnih organizacijah v Mestni občini Ljubljana, v katere se v večjem deležu vključujejo prav občanke. Povprečna starost anketirancev je 68,07 leta ($M = 68,07$;

SD = 7,811), največ anketirancev je bilo starih 72 let (Mo = 72). V ožjem segmentu izobraževanja in usposabljanja, ki je predmet proučevanja v tem prispevku, je sodelovalo 462 anketirancev, od tega 372 žensk (80,5 %) in 90 moških (19,5 %).

Glede na to, da v prispevku proučujemo področje prilagajanja izobraževanja in usposabljanja za aktivno staranje v MOL, je smiselno, da v tabeli 1 predstavimo izobrazbeno strukturo vseh 597 vključenih anketirancev. Ugotavljamo, da ima več kot tri desetine anketirancev srednjo šolo, več kot četrtnina visoko šolo, manj kot petina višjo šolo in manj kot desetina poklicno šolo. Ostalim stopnjam dosežene izobrazbe pripadajo manjši deleži.

Tabela 1: Dosežena izobrazba anketirancev iz MOL

Dosežena izobrazba	Število anketirancev	Delež (v %)	Kumulativni delež (v %)
Brez osnovne šole	6	1,0	1,0
Osnovna šola	15	2,5	3,5
Poklicna šola	48	8,0	11,6
Srednja šola	180	30,2	41,7
Višja šola	111	18,6	60,3
Visoka šola	168	28,1	88,4
Fakulteta	21	3,5	92,0
Specializacija	27	4,5	96,5
Magisterij	21	3,5	100,0
Skupaj	597	100,0	

Vir: Lastna raziskava 2020.

4.3. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Podatke smo zbirali v sredini leta 2020. Podatke smo zbirali s spletnim anketiranjem in delno tudi s fizičnim pristopom. Upoštevali smo anonimnost anketirancev in prostovoljno sodelovanje v raziskavi. Raziskava temelji na vseh sodobnih etičnih standardih raziskovanja, še posebej na Kodeksu etičnih načel na področju socialnega varstva. Podatke smo obdelali s programom SPSS.

5. Rezultati

5.1. Vključenost starejših v programe izobraževanja in usposabljanja v MOL v letu 2019

V tabeli 2 predstavljamo pogostost vključenosti anketirancev v programe izobraževanja in usposabljanja v MOL. V tem delu raziskave je sodelovalo 462 anketirancev. Ugotavljamo, da se je več kot tri desetine anketirancev iz MOL v letu 2019 trikrat vključilo v programe izobraževanja in usposabljanja, več kot dve petini dvakrat, malo manj kot desetina pa enkrat oziroma štirikrat. Najmanj anketirancev se je vključilo v programe izobraževanja in usposabljanja petkrat.

Tabela 2: Vključenost starejših v programe izobraževanja in usposabljanja v MOL v letu 2019

Število vključenosti	Število anketirancev	Delež (v %)	Kumulativni delež (v %)
1	57	9,5	12,3
2	132	22,1	40,9
3	183	30,7	80,5
4	54	9,0	92,2
5	36	6,0	100,0
Skupaj	462	77,4	

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.2. Zadovoljstvo z vključenostjo starejših, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše iz MOL

V nadaljevanju smo med anketiranci (N = 462) preverili tudi naklonjenost do štirih trditev, odgovarjali so na petstopenjski intervalni lestvici (1 – zelo nezadovoljen; 5 – zelo zadovoljen). Anketiranci so izrazili najvišje zadovoljstvo »s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« (M = 3,25; SD = 1,030), sledi zadovoljstvo »s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« (M = 3,25; SD = 1,035). Nekoliko manjše, ampak še vedno sorazmerno visoko zadovoljstvo izražajo »z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« (M = 3,23; SD = 1,030). Najmanj so anketiranci zadovoljni »z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše« (M = 3,19; SD = 1,057).

Rezultati glede zadovoljstva anketirancev z vključenostjo starejših v MOL, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše, ki jih predstavljamo v tabeli 3, so nas presenetili, saj je pri vsaki trditvi največ anketirancev izbralo »nevtralni« odgovor, da so nezadovoljni oziroma zadovoljni.

Tabela 3: Zadovoljstvo z vključenostjo starejših, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL

Zadovoljstvo/izobraževalne storitve in programi za starejše v MOL	Z vključenostjo starejših		Z dostopnostjo		S ponudbo		S kakovostjo	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Zelo nezadovoljen	30	6,5	27	5,8	27	5,8	27	5,8
Nezadovoljen	72	15,6	66	14,3	63	13,6	66	14,3
Nezadovoljen/zadovoljen	201	43,5	201	43,5	195	42,2	192	41,6
Zadovoljen	99	21,4	111	24,0	120	26,0	120	26,0
Zelo zadovoljen	60	13,0	57	12,3	57	12,3	57	12,3
Skupaj	462	100	462	100	462	100	462	100

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.3. Razlike med spoloma glede vključenosti v programe izobraževanja ali usposabljanja v MOL

Na vprašanje glede pogostosti vključenosti starejših iz MOL v programe izobraževanja ali usposabljanja (npr. programi, tečaji, delavnice ...) v letu 2019 je skupaj odgovorilo 462 anketirancev, od tega 372 žensk (80,5 %) in 90 moških (19,5 %). Takoj je treba navesti, da spolna neuravnoteženost vzorca predstavlja omejitev raziskave, ki lahko morda vpliva na realno sliko glede vključenosti starejših iz MOL v programe izobraževanja ali usposabljanja.

Rezultati nakazujejo, da so se v letu 2019 anketiranci iz MOL ($M = 2,90$; $SD = 1,142$) pogosteje vključili v programe izobraževanja ali usposabljanja kot anketiranke iz MOL ($M = 2,70$; $SD = 1,049$).

5.4. Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov v MOL glede na spol

V tabeli 4 predstavljamo rezultate glede zadovoljstva anketirank in anketirancev z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja in usposabljanja za starejše, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL. Rezultati nas presenetijo, saj so pri vseh štirih trditvah anketiranke izrazile višje zadovoljstvo kot anketiranci. Sicer so ženske anketiranke najbolj zadovoljne »s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($M = 3,31$; $SD = 1,059$), sledi zadovoljstvo »s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($M = 3,29$; $SD = 1,077$), nato zadovoljstvo »z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($M = 3,28$; $SD = 1,061$) in zadnje »z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše« ($M = 3,23$; $SD = 1,085$). Pri moških anketirancih je zaporedje zadovoljstva s trditvami nekoliko drugačno: najbolj so zadovoljni »s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($M = 3,10$; $SD = 0,794$), nekoliko manj »z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše« ($M = 3,03$; $SD = 0,917$), nato »z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($M = 3,00$; $SD = 0,861$) in najmanj »s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($M = 2,97$; $SD = 0,880$).

Tabela 4: Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov v MOL glede na spol

Zadovoljstvo	Spol	N	M	SD
Z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše	Ženski	372	3,23	1,085
	Moški	90	3,03	0,917
Z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL	Ženski	372	3,28	1,061
	Moški	90	3,00	0,861
S ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL	Ženski	372	3,29	1,077
	Moški	90	3,10	0,794
S kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL	Ženski	372	3,31	1,059
	Moški	90	2,97	0,880

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.5. Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov v MOL glede na stopnjo izobrazbe

Deskriptivno statistiko zadovoljstva anketirancev glede na stopnjo izobrazbe z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja in usposabljanja za starejše, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL predstavljamo v tabeli 5. Najvišje zadovoljstvo »z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše« izrazijo anketiranci brez dokončane osnovne šole ($M = 4,00$; $SD = 1,095$) in s fakultetno izobrazbo ($M = 3,33$; $SD = 1,283$), najnižje zadovoljstvo pa anketiranci s specializacijo ($M = 2,67$; $SD = 0,970$) in z magisterijem ($M = 2,83$; $SD = 1,249$). Najvišje zadovoljstvo »z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« izrazijo anketiranci brez dokončane osnovne šole ($M = 4,00$; $SD = 1,095$) in z dokončano višjo šolo ($M = 3,42$; $SD = 0,838$), najnižje zadovoljstvo pa anketiranci z magisterijem ($M = 2,67$; $SD = 0,970$) in poklicno šolo ($M = 2,75$; $SD = 1,225$). Najvišje zadovoljstvo »s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« izrazijo anketiranci brez dokončane osnovne šole ($M = 4,00$; $SD = 1,095$) in z visoko šolo ($M = 3,41$; $SD = 0,891$), najnižje pa anketiranci s specializacijo ($M = 2,50$; $SD = 0,985$) in magisterijem ($M = 2,50$; $SD = 0,786$). Najvišje zadovoljstvo »s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« izrazijo ponovno anketiranci brez dokončane osnovne šole ($M = 4,00$; $SD = 1,095$) in z višjo šolo ($M = 3,42$; $SD = 0,982$), najnižje pa anketiranci s specializacijo ($M = 2,67$; $SD = 0,485$) in magisterijem ($M = 2,67$; $SD = 0,970$).

Tabela 5: Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov v MOL glede na stopnjo izobrazbe

Zadovoljstvo/ stopnja izobrazbe	N	Z vključenostjo starejših		Z dostopnostjo		S ponudbo		S kakovostjo	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Brez osnovne šole	6	4,00	1,095	4,00	1,095	4,00	1,095	4,00	1,095
Osnovna šola	12	3,00	1,477	3,00	1,477	3,00	1,477	2,75	1,545
Poklicna šola	24	3,00	1,022	2,75	1,225	3,25	0,847	3,38	0,711
Srednja šola	141	3,11	1,175	3,13	1,127	3,23	1,175	3,17	1,177
Višja šola	93	3,32	0,823	3,42	0,838	3,35	0,868	3,42	0,982
Visoka šola	132	3,30	0,947	3,36	0,910	3,41	0,891	3,34	0,855
Fakulteta	18	3,33	1,283	3,17	1,098	3,17	1,098	3,33	1,283
Specializacija	18	2,67	0,970	3,17	0,924	2,50	0,985	2,67	0,485
Magisterij	18	2,83	1,249	2,67	0,970	2,50	0,786	2,67	0,970
Skupaj	462	3,19	1,057	3,23	1,030	3,25	1,030	3,25	1,035

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.6. Povezanost med konceptom aktivnega staranja in konceptom prilagoditve sistema izobraževanja in usposabljanja starejšim v MOL

Pri zadnji, četrti hipotezi želimo preveriti, ali obstaja povezanost med konceptom aktivnega staranja ter konceptom prilagoditve izobraževanja in usposabljanja v MOL. Koncept aktivnega staranja smo v raziskavi opredelili z enajstimi dimenzijami: s posameznikovim poznavanjem koncepta aktivnega staranja ($M = 3,50$; $SD = 0,931$), prizadevanjem posameznika za aktivno staranje ($M = 3,73$; $SD = 0,789$), udejanjenjem aktivnega staranja na ravni posameznika ($M = 3,66$; $SD = 0,807$), s prizadevanjem

lokalne skupnosti MOL za aktivno staranje posameznika in družbe ($M = 3,28$; $SD = 1,057$), prizadevanjem države za aktivno staranje posameznika in družbe ($M = 2,72$; $SD = 0,974$), posameznikovim zdravstvenim stanjem za aktivno staranje ($M = 3,57$; $SD = 0,813$), posameznikovim finančnim stanjem za aktivno staranje ($M = 3,40$; $SD = 0,981$), posameznikovim materialnim stanjem za aktivno staranje ($M = 3,49$; $SD = 0,937$), z dostopnostjo do storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL ($M = 3,44$; $SD = 0,967$), s ponudbo storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL ($M = 3,36$; $SD = 0,983$) in s kakovostjo storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL ($M = 3,36$; $SD = 0,982$). Vidimo, da v konceptu aktivnega staranja anketiranci največji pomen pripisujejo posameznikovemu prizadevanju za aktivno staranje – torej individualni percepciji aktivnega staranja, najmanjši pomen pa prizadevanju države za aktivno staranje posameznika in družbe – torej družbenopolitičnemu kontekstu.

Koncept prilagoditve sistema izobraževanja in usposabljanja za aktivno staranje starejših v MOL smo definirali s štirimi dimenzijami: z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše ($M = 3,19$; $SD = 1,057$), z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL ($M = 3,23$; $SD = 1,030$), s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL ($M = 3,25$; $SD = 1,030$) in s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL ($M = 3,25$; $SD = 1,035$).

6. Razprava

V razpravi predstavljamo preverjanje vseh štirih zastavljenih hipotez, ki prispevajo k razumevanju okoliščin prilagajanja izobraževanja in usposabljanja konceptu aktivnega staranja v MOL.

V uvodu nas je zanimalo, ali obstajajo razlike v vključenosti starejših iz MOL v programe izobraževanja in usposabljanja glede na spol, saj je po Kuranu (2012) ključen enakopraven dostop do izobraževanja, ne glede na osebne okoliščine, kot je spol, da lahko odrasli iz ranljivih skupin, kamor uvrščamo tudi starejše, izkoristijo svoje izobraževalne zmožnosti. Natančnejša analiza z neodvisnim t-testom pokaže, da razlike v vključenosti starejših iz MOL v programe izobraževanja ali usposabljanja glede na spol niso statistično značilne ($p = 0,114$). Sprejmemo sklep, da sicer obstajajo razlike med starejšimi ženskami in starejšimi moški iz MOL v vključenosti v programe izobraževanja ali usposabljanja starejših v letu 2019, vendar razlike glede na spol niso statistično značilne. Zato prve hipoteze, da obstajajo razlike v vključenosti starejših iz MOL v programe izobraževanja ali usposabljanja za starejše glede na spol, ne moremo potrditi.

Preverjali smo tudi, ali obstajajo razlike med spoloma v zadovoljstvu z vključenostjo starejših iz MOL v programe izobraževanja in usposabljanja za starejše, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL. Vse to v kontekstu aktivnega staranja sooblikuje odločitev starejšega človeka za vključitev v različne izobraževalne aktivnosti in programe, kar je po Sotošku (2011) razvojna prednost Slovenije pri vzpostavitvi pogojev in aktivnosti za kakovosten razvoj odraslih v smislu vseživljenjskega učenja, s čimer bodo sposobni slediti razvojnim družbenim, ekonomskim in tehnološkim izzivom. Rezultati neodvisnega t-testa pokažejo, da so razlike med spoloma statistično značilne pri dveh trditvah, in sicer pri zadovoljstvu »z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($p = 0,009$) in zadovoljstvu »s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($p = 0,002$). Razlike med spoloma pa niso statistično značilne pri trditvah o zadovoljstvu »z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše« ($p = 0,087$) in o zadovoljstvu »s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($p = 0,060$). Zato lahko drugo hipotezo, da obstajajo razlike med občankami in občani MOL v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v programe izobraževanja in usposabljanja za starejše, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL, le delno potrdimo. Potrdimo jo v delu zadovoljstva z dostopnostjo do

izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL ter zadovoljstva s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL, ne moremo pa je potrditi v delu zadovoljstva z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše ter zadovoljstvu s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL.

V pristopu prilagajanja izobraževanja in usposabljanja konceptu aktivnega staranja v MOL je pomembno upoštevati tudi razlike med starejšimi glede na stopnjo dosežene izobrazbe. Pusser in drugi (2007) opozarjajo, da je treba upoštevati različnost potreb, motivov in želja starejših, zato velja, da morajo biti učne dejavnosti, v katerih se angažirajo odrasli, raznolike, kot so raznoliki učeči se odrasli sami. Z analizo ANOVA smo preverjali razlike med starejšimi glede na stopnjo izobrazbe z zadovoljstvom z vključenostjo starejših iz MOL v programe izobraževanja in usposabljanja za starejše, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL. Ugotavljamo, da so razlike glede na stopnjo izobrazbe statistično značilne pri zadovoljstvu »z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($p = 0,005$), zadovoljstvu »s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($p = 0,001$) in zadovoljstvu »s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL« ($p = 0,004$). Statistično značilnih razlik glede na stopnjo izobrazbe anketirancev iz MOL ne moremo potrditi pri zadovoljstvu »z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše« ($p = 0,055$). Tako lahko tretjo hipotezo, da glede na stopnjo izobrazbe anketirancev obstajajo razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših iz MOL v programe izobraževanja in usposabljanja za starejše, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL, le delno potrdimo. Potrdimo jo v delu zadovoljstva z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL, zadovoljstva s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL ter zadovoljstva s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL, ne moremo pa je potrditi v delu zadovoljstva z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše.

Pri zadnji, četrti hipotezi želimo preveriti, ali obstaja povezanost med konceptom aktivnega staranja ter konceptom prilagoditve izobraževanja in usposabljanja za aktivno staranje. Koncept aktivnega staranja smo v raziskavi opredelili z enajstimi dimenzijami: s posameznikovim poznavanjem koncepta aktivnega staranja, prizadevanjem posameznika za aktivno staranje, udejanjenjem aktivnega staranja na ravni posameznika, s prizadevanjem lokalne skupnosti MOL za aktivno staranje posameznika in družbe, prizadevanjem države za aktivno staranje posameznika in družbe, posameznikovim zdravstvenim stanjem za aktivno staranje, posameznikovim finančnim stanjem za aktivno staranje, posameznikovim materialnim stanjem za aktivno staranje, z dostopnostjo do storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL, s ponudbo storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL in s kakovostjo storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL. Koncept prilagoditve sistema izobraževanja in usposabljanja za aktivno staranje starejših v MOL pa smo opredelili s štirimi dimenzijami: z vključenostjo starejših iz MOL v izobraževalne storitve in programe za starejše, z dostopnostjo do izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL, s ponudbo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL in s kakovostjo izobraževalnih storitev in programov za starejše v MOL. Na osnovi rezultatov korelacijske analize ugotavljamo, da je med konceptom aktivnega staranja in konceptom prilagoditev sistema izobraževanja in usposabljanja za aktivno staranja v MOL pozitivna, povezanost je srednja oziroma zmerna ($r = 0,461$), ki pa je tudi statistično značilna ($p = 0,000$). Zato lahko četrto hipotezo, da obstaja povezanost med konceptom aktivnega staranja in konceptom prilagoditev sistema izobraževanja in usposabljanja za aktivno staranja v MOL, potrdimo. To je spodbudno, saj je po Barle (2007) izobraževanje pomemben dejavnik, ki vpliva na socialnoekonomski položaj posameznika, njegovo psihično in fizično zdravje, na njegovo počutje, znanje in spretnosti. To pomeni, da ima učinek na kakovostno in aktivno staranje.

7. Zaključek

Raziskovalna spoznanja prispevajo k razumevanju okoliščin za prilagoditev sistema izobraževanja in usposabljanja za vse generacije – tudi starejše – za aktivno staranje tako na individualni kot tudi družbeni ravni. Pri tem je potrebno v ospredje strokovne in znanstvene javnosti postaviti kompleksnost potreb starega človeka po vključitvi v vseživljenjsko izobraževanje na eni ter po dostopnosti, ponudbi in kakovosti vseživljenjskega izobraževanja za starejše na drugi strani. Spoj vseh teh štirih dimenzij prilagajanja sistema izobraževanja in usposabljanja tvori celostni odziv na izobraževalne motive, želje in potrebe starejših v kontekstu aktivnega staranja v MOL.

Omejitve raziskave se kažejo v spolni neuravnoteženosti vzorca, ki je posledica večje vključenosti žensk v različne izobraževalne aktivnosti v lokalnem okolju. Prihodnje raziskave na področju izobraževanja starejših bi bilo smiselno ciljno usmeriti v različne podskupine starejših v MOL: starejše ženske versus starejši moški, bivanje v domačem okolju versus bivanje v institucionalnem okolju varstva starejših, izobraževalno vključeni starejši versus izobraževalno izključeni starejši, medgeneracijsko učenje ipd.

Na osnovi izkušenj Gerontološkega društva Slovenije, ki je v letu 2019 obeležilo 50-letnico delovanja v slovenskem prostoru, pa vsekakor velja poudariti, da je Mestna občina Ljubljana, kot starejšim prijazna občina, naklonjena vsem oblikam sodelovanja in podpore nevladnim organizacijam, ki delujejo na področju obravnave, dela in skrbi za starejšega človeka.

Literatura

- Attias-Donfut, Claudine. 2000. Cultural and Economic Transfers Between Generations: One Aspect of Age Integration. *The Gerontologist* 40(3): 270–272.
- Baltes, Margret Maria in Laura L. Carstensen. 1996. The process of successful aging. *Aging and Society* 16(4): 397–422.
- Barle, Andreja. 2007. *Družba znanja in vseživljenjsko učenje*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Dannefer, Dale. 2000. Paradox of Opportunity: Education, Work, and Age Integration in the United States and Germany. *The Gerontologist* 40(3): 282–286.
- Dohmen, Günther. 1996. *Lifelong Learning. Guidelines for a modern education polity*. Bonn: Federal Ministry of Education, Science, Research and Technology.
- Gergen, Mary M. 2001. *Feminist reconstructions in psychology: Narrative, gender & performance*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gergen, Mary M. in Kenneth J. Gergen. 2005. Positive Aging: Reconstructing the Life Course. V *Handbook of woman and girls*, ur. Carol Goodheart in Judith Worell, 416–426. London: Oxford University Press.
- Giddens, Anthony. 2000. *Tretja pot: prenova socialne demokracije*. Ljubljana: Orbis.
- Giddens, Anthony. 2007a. *Europe in the Global Age*. Cambridge, Malden: Polity Press.
- Giddens, Anthony. 2007b. *Sociologija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
- Guillemard, Anne-Marie. 2000. Age Integration in Europe: Increasing or Decreasing? *The Gerontologist* 40(3): 301–302.
- Hansman, Catherine A. in Vivian W. Mott. 2010. Adult Learners. V *Handbook of Adult and Continuing Education*, ur. Carol E. Kasworm, Amy D. Rose in Jovita M. Ross-Gordon, 13–23. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Henretta, John C. 2000. The Future of Age Integration in Employment. *The Gerontologist* 40(3): 286–292.
- Hozjan, Dejan. 2010. *Sistemske vidike priznavanja neformalnega in priložnostnega učenja*. Koper: Fakulteta za management.
- Jelenc, Zoran. 2008. Vpliv koncepta in strategije vseživljenjskosti učenja na strokovno izrazje v vzgoji in izobraževanju. V *Vseživljenjsko učenje in strokovno izrazje*, ur. Petra Javrh, 9–21. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Jelenc, Zoran. 2009. *Strategija vseživljenjskosti učenja v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport Republike Slovenije, Javni zavod Pedagoški inštitut.
- Jelenc Krašovec, Sabina in Zoran Jelenc. 2011. *Andragoško svetovalno delo*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Klemenčič, Sonja. 2004. Zakaj načrtovati izobraževanje in učenje? V *Osebnim izobraževalnim načrtom*, ur. Marija Velikonja, 9–25. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.

- Kuran, Manuel. 2012. Temeljne zmožnosti v Evropskem referenčnem okviru. V *Temeljne zmožnosti odraslih: priročnik za učitelje*, ur. Petra Javrh in Manuel Kuran, 40–61. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
- Lipič, Nikolaj. 2017. Vseživljenjsko učenje kot priložnost za izboljšanje socialne vključenosti in medgeneracijskega sodelovanja. V *Zbornik prispevkov z recenzijo. 5. Mednarodna znanstvena konferenca za človeka gre: interdisciplinarnost, transnacionalnost in gradnja mostov*, ur. Bojana Filej, 557–564. Maribor: Alma Mater Europea – ECM.
- Loscocco, Karyn. 2000. Age Integration as a Solution to Work–Family Conflict. *The Gerontologist* 40(3): 292–300.
- Mott, Vivian W. 2000. Adult and continuing education: A political-economic enterprise. V *Knowledge and power in the global economy: Politics and the rhetoric of school reform*, ur. David Gabbard, 335–342. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Možina, Tanja, Klemenčič, Sonja, Jurič Rajh, Alenka in Jasmina Orešnik Cunja. 2013. *Ekspertna zunanja evalvacija izobraževanja odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
- Pruchno, Rachel A., Wilson-Genderson, Maureen in Francine Cartwright. 2010a. A two-factor model of successful aging. *Journal Gerontologist Series B* 65(6): 671–679.
- Pusser, Brian, Breneman, David W., Gansneder, Bruce M., Kohl, Kay J., Levin, John H., Milam, John H. in Sarah E. Turner. 2007. *Returning to learning: Adults' success in college is key to America's future*. Indianapolis: Lumina Foundation for Education
- Rowe, John W. in Robert L. Kahn. 1987. Human aging: Usual and successful. *Science* 237(4811): 143–149.
- Rowe, John W. in Robert L. Kahn. 1998. *Successful aging*. New York: Pantheon.
- Schmidt M., Robert. 1994. Healthy aging into the 21st century. *Contemporary Gerontology* 1: 3–6.
- Sotošek, Andrej. 2011. Izobraževanje odraslih – ključ do izhoda iz gospodarske recesije. V *Gospodarstvo v recesiji in izobraževanje odraslih*, ur. Jasmina Mirčeva, 12–21. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije.
- Strawbridge, William J., Wallhagen, Margaret I. in Richard D. Cohen. 2002. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist* 42(6): 727–733.
- Strawbridge, William J. in Margaret I. Wallhagen. 2003. Self reported successful aging: Correlates and predictors. V *Successful aging and adaptation with chronic diseases in older adulthood*, ur. Leonard W. Poon, Sarah Gueldner Hall in Betsy Sprouse, 1–24. New York: Springer.
- Strawn, Clare L. 2003. *The Influences of Social Capital on Lifelong Learning Among Adults Who Did Not Finish High School*. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy. Cambridge: Harvard Graduate School of Educational.
- Taylor, Maurice, Kajganich, Gillian in Ivana Pavič. 2011. *Making sense of social capital theory through the lens of adult learning*. Ottawa, Ontario: University of Ottawa, Faculty of Education.
- Uhlenberg, Peter. 2000a. Introduction: Why Study Age Integration? *The Gerontologist* 40(3): 261–266.
- Uhlenberg, Peter. 2000b. Integration of Old and Young. *The Gerontologist* 40(3): 276–279.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Vlada RS.
- Velikonja, Marija, Svetina, Metka in Tanja Možina. 2012. *Andragoško vodenje za vodje izobraževanja odraslih in učitelje*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
- Vrečer, Natalija. 2012. Družbene posledice izključevanja iz izobraževanja. V *Temeljne zmožnosti odraslih: priročnik za učitelje*, ur. Petra Javrh in Manuel Kuran, 78–89. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
- Walker, Alan. 2000. Public Policy and the Construction of Old Age in Europe. *The Gerontologist* 40(3): 304–308.
- Watkins, Mary. 1986. *Invisible guest: The development of imaginal dialogues*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- White Riley, Matilda in John W. Riley. 2000. Age Integration: Conceptual and Historical Background. *The Gerontologist* 40(3): 266–270.
- Zorman, Mirko. 2006. Z razvojnim načrtovanjem ustvarjamo razmere za vseživljenjsko učenje. V *Udejanjanje načel vseživljenjskega učenja v vrtcu, osnovni in srednji šoli s pomočjo razvojenga načrtovanja: gradivo za razvojno načrtovanje: Program Phare 2003 – vseživljenjsko učenje*, ur. Mirko Zorman, Ilc Zora, Tanja Rupnik Vec, Marjeta Domicelj, Nives Zore, Metoda Turk, Fanika Fras Berro, Milenka Uhelj-Oštir, Simona Kostrevc, Ana Kupinau, John Mac Beath, Meuret D, Michael Schratz, Jakobsen L. B. in Walter A. Fischer, 9–45. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Žakelj, Amalija. 2007. Kurikul kot proces in razvoj – Načela in cilji posodabljanja kurikula. V *Kurikul kot proces in razvoj. Zbornik prispevkov posveta. Postojna, 17.–19. 1. 2007*, ur. Amalija Žakelj, Natalija Komljanc, Milena Ivšek, Mojca Pušnik, Andreja Bačnik, Vojko Kunaver, Mariza Skvarč in Primož Plevnik, 8–17. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Problematika primanjkljaja kadrov, časa in financ v okolju socialnega dela

Challenge of Shortages in Personnel, Time and Finances in Environment of Social Work

dr. Simon Colnar

Ekonomska fakulteta, Univerza v Ljubljani

prof. dr. Vlado Dimovski

Ekonomska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Povzetek

Socialno delo je še posebej pomembno zaradi uresničevanja svojega osnovnega poslanstva –pomoči tistemu delu prebivalstva, ki je prikrajšan, zatiran ali trpi zaradi revščine. Na področje socialnega dela sicer vplivajo številni dejavniki, kot so zakonodaja, politika in družbene vrednote. Socialni delavci in njihove organizacije se s tovrstnimi vplivi srečujejo pri svojih vsakodnevnih opravilih. Potrebno pa je izpostaviti tudi številne druge pomembne izzive, s katerimi se danes področje socialnega dela še spopada, to so krčenje finančnih sredstev, staranje populacije in prehod iz institucionalne v skupnostno oskrbo. V skladu z ugotovljenim obstoječim stanjem se poraja glavno raziskovalno vprašanje, ali bo v prihodnosti sploh na voljo dovolj ustrezno usposobljenih socialnih delavcev, ki zagotavljajo socialne storitve v praksi. Pri tem bo treba raziskati obseg zadostnega števila ustrezno usposobljenih zaposlenih, optimizacije njihovih časovnih obremenitev in problematiko zagotavljanja potrebnih finančnih resursov za delovanje socialnih organizacij. Da bi pridobila odgovor na najino raziskovalno vprašanje, je potrebno tako poglobljeno razumevanje kot tudi nabor številnih podatkov o proučevanem fenomenu. Pri tem uporabiva trenutno dostopno literaturo in v empiričnem delu kvantitativne in kvalitativne podatke. Empirični del prispevka je zasnovan na podlagi raziskovalnega pristopa mešanih metod. Z raziskavo prispevava predvsem k razvoju razumevanja osnovnih konceptov managementa v okolju socialnega dela, to je danes področje, ki je premalo raziskano v teoriji in premalo izkoriščeno v praksi. Rezultati prikazujejo, da se organizacije, ki se ukvarjajo s socialnim delom, v praksi danes srečujejo s primanjkljajem ustrezno usposobljenih socialnih delavcev, pomanjkanjem časa in pomanjkanjem financ. Z rezultati želiva predvsem spodbuditi razpravo pri odločevalcih na državni ravni o potrebi po optimizaciji delovanja socialnih organizacij, kar ima po najinem mnenju lahko pozitiven vpliv. V prihodnjih raziskavah bi bilo smiselno primerjati rezultate glede primanjkljaja kadrov, časa in financ tudi na evropski in globalni ravni. Največja omejitev trenutne raziskave je, da je vzorec zajemal samo managerje in zaposlene v centrih za socialno delo v Sloveniji, kar vpliva na splošno veljavnost rezultatov raziskave.

Ključne besede: socialno delo, management, kadri, čas, finance.

Abstract

Social work is especially important due to its core commitment to segment of population that is disadvantaged, oppressed or suffering from poverty. Social work is influenced by various factors such as legislation, politics and societal values. Social workers and their organizations must deal with these influences in their everyday activities. It is also necessary to highlight some additional significant challenges social work encounters today, including financial cuts, ageing population and transition from institutional to home care. In accordance with current situation, the main research question is whether there will be enough adequately qualified social workers available in the future to provide social services in practice. To answer our research question, one should examine sufficient number of adequately qualified social workers, optimization of their workload and issue of providing sufficient financial resources necessary for functioning of social work organizations. To provide scientific insight, an in-depth understanding and relevant data on studied phenomenon are required. Currently available literature is used and quantitative and qualitative data are applied in empirical part. Empirical part is based on various research methods. Research contributes to further development and understanding of basic management concepts in the field of social work, which is an underexplored area in theory and underused in practice. Results show that social work organizations nowadays, in practice, face shortages of adequately qualified social workers and lack of time and finances. Our aim is to stimulate a debate among national decision makers about the necessity of optimization of social work organizations. It would be beneficial to compare results regarding insufficient personnel, time and finances at the European and global level in the future. The biggest limitation of this research is sampling including only managers and employees in social work centres in Slovenia, which affects research validity.

Key words: social work, management, personnel, time, finances.

1. Uvod

1.1. Socialno delo

Socialno delo velja za enega izmed najpomembnejših družbenih poklicev, saj so socialni delavci odgovorni za pomoč ljudem, da bolje delujejo v svojem okolju, izboljšajo svoje odnose z drugimi in rešijo osebne ter družinske težave, z različnimi storitvami, kot sta npr. svetovanje in psihoterapija, ki jih zagotavljajo različne organizacije v okolju socialnega dela. Posebej pa je socialno delo pomembno zaradi uresničevanja svojega osnovnega poslanstva, to je pomoči tistemu delu prebivalstva, ki je prikrajšan, zatiran ali trpi zaradi revščine (Brekke 2012). Socialno delo pa ne deluje v izolaciji, saj nanj pomembno vplivajo zakonodaja, politika in družbene vrednote (Alexanderson idr. 2009). Socialni delavci in njihove organizacije morajo tovrstne vplive upoštevati pri svojih dnevniških aktivnostih. Podobno ugotavlja Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti v Sloveniji (v nadaljevanju: MDDSZ) (2019), ki izpostavi dejstvo, da se socialno delo stalno srečuje z novimi in kompleksnimi potrebami in da število socialnih problematik iz leta v leto narašča.

1.2. Izzivi socialnega dela in javnega sektorja v Sloveniji

Vse od zadnje globalne finančne in ekonomske krize se socialna situacija v Sloveniji zaostrojuje in področje socialnega dela se posledično sooča s številnimi novimi izzivi. Dodaten problem predstavlja dejstvo, da se organizacije socialnega dela vse bolj soočajo z večjimi finančnimi težavami in z zmanjšanjem ostalih resursov, ki so namenjeni zagotavljanju socialnih storitev v praksi. S podobnimi težavami se srečujejo tudi ostale organizacije na različnih področjih javnega sektorja po cellem svetu, in sicer predvsem z vprašanji glede učinkovitosti javnih služb, izboljšanja odgovornosti, sprejemanja bolj premišljenih odločitev in s splošnim ciljem izboljšanja uspešnosti delovanja (Aro-ra 2011). Tako so se danes organizacije, ki delujejo v okolju javnega sektorja, praktično že navadile

na stanje, v katerem primanjkuje finančnih in človeških virov, hkrati pa jih spremlja pričakovanje širše javnosti, da bodo še naprej zagotavljale visokokakovostne storitve (Gill 2009; Greenaway in Vuong 2010). Pravzaprav se v praksi celo dogaja, da posamezniki in družba postajajo vse bolj zahtevni glede pričakovanj o kakovosti in učinkovitosti javnih storitev (Franken in Braganza 2006). V trenutnem stanju je tako doseganje optimalnega delovanja organizacij socialnega dela v precejšnji meri odvisno tudi od učinkovitega internega managementa obstoječih resursov (Dimovski idr. 2017). Tudi sicer je že kar nekaj let management pripoznan kot eden izmed ključnih elementov uspešnega delovanja socialnih organizacij (Webster idr. 2015).

1.3. Staranje populacije

Socialno delo in zagotavljanje socialnih storitev pa se srečuje z izzivi, ki niso vezani samo na krčenje resursov, ampak tudi na neizogibno staranje populacije in s tem povezanim prehodom iz institucionalne oskrbe v skupnostno oskrbo (Bjorkenheim 2007). Ker smo priča neizogibnemu staranju prebivalstva, je jasno, da se bodo posledično v vsaki sodobni družbi povečale potrebe po socialnih storitvah in po storitvah dolgotrajne oskrbe (He in Chou 2017), bodisi v institucionalnem okviru bodisi v obliki rešitev znotraj skupnosti. Staranje prebivalstva s seboj prinaša tudi pomemben vpliv na celotno vzdržnost javnega financiranja dolgotrajne oskrbe in bi zato moralo biti visoko na seznamu izzivov nacionalnih odločevalcev v državah, ki se srečujejo s staranjem prebivalstva (Mosca idr. 2017), med katere spada tudi Slovenija.

1.4. Primanjkljaj kadra, časa in financ

Problematično situacijo, ki je danes postala realnost socialnega dela, je že pred več kot 50 leti predvidel Becker (1964). Danes se morajo socialne organizacije zanašati na pomoč prostovoljcev, saj ne morejo več zagotavljati vseh potrebnih socialnih storitev zaradi kroničnega primanjkljaja kadrov, časa in financ. Kuzmanič Korva je v Intihar (2017) potrdila, da so se na MDDSZ že v letu 2008 zavedali, da so nekatere socialne organizacije kadrovske podhranjene. Takrat se je MDDSZ zavezalo, da bo zaposlilo približno 30 % dodatnega kadra v naslednjih petih letih, a jim je načrte prekrizala že omenjena gospodarska in finančna kriza. Tudi de Vries in Nemec (2013) ter Mayne in Zapico-Goni (2017) so mnenja, da se organizacije v javnem sektorju srečujejo z omejitvami tako glede kadrovskih kot finančnih resursov. Kelly (2016) pa ugotavlja, da omenjeno velja tudi za sektor socialnega dela, kjer imajo socialni delavci vedno večje delovne obveznosti in vedno več delovnih nalog ter hkrati na voljo manj časa in resursov in manj možnosti za samorefleksijo in učenje. Časovna preobremenjenost z vsakodnevnimi opravili pa lahko pomeni, da socialni delavci nimajo dovolj možnosti, da bi pridobili novo znanje in ga uporabili v praksi za izboljšanje storitev (Bjorkenheim 2007).

1.5. Vloga managementa v socialnem delu

V časih, ko so organizacije javnega sektorja in socialnega dela izpostavljene številnim primanjkljajem na različnih področjih, postaneta vloga managementa in razdelitev obstoječih resursov še toliko bolj ključni za ustrezno funkcioniranje timov v organizaciji. Pomembno je tudi, kako management skrbi za delovno okolje, delovno vzdušje, za svoje zaposlene in za dotok potrebnih finančnih virov (Chieh-Peng idr. 2019). Posledično so organizacije, ki delujejo v javnem sektorju, razvile zanimanje glede razvoja strategij, ki lahko povečajo njihovo učinkovitost in dolgoročno finančno vzdržnost, saj le tako lahko uresničijo vse cilje svojega poslovanja (Unerman in O'Dwyer 2010; Weeravardena idr. 2010). Ustrezen management v okolju socialnega dela je še toliko bolj pomemben, saj je zaradi prej omenjenih omejitvenih dejavnikov zmožnost organizacije, da dosega svoje cilje, v tesni korelaciji z znanjem, izkušnjami in veščinami njenih zaposlenih (Bloice in Burnett 2016). Vseeno velja pri iniciativah, ki spodbujajo večjo vlogo managementa v socialnem delu, izpostaviti tudi kritike, ki pogosto menijo, da management zanemara emocionalno komponento socialnega dela

in podcenjuje pomen izgradnje medosebnih razmerij med socialnim delavcem in uporabnikom, kar lahko negativno vpliva na kvaliteto in učinkovitost socialnega dela v praksi (Trevithick 2014).

2. Namen in cilj

Glede na obstoječe izzive, ki so povezani s primanjkljajem kadrov, časa in financ v okolju socialnega dela, se skladno s staranjem populacije in naraščanjem povpraševanja po tovrstnih storitvah poraja glavno raziskovalno vprašanje, ali bo v prihodnosti sploh na voljo dovolj ustrezno usposobljenih socialnih delavcev, ki zagotavljajo tovrstne storitve v praksi. Primarni teoretični cilj najinega prispevka je prispevati k literaturi o managementu v okolju javnega sektorja (Massaro idr. 2015) in še posebej v okolju organizacij socialnega dela. S prispevkom želiva empirično prikazati vpliv primanjkljaja kadrov, časa in financ na zagotavljanje potrebnih socialnih storitev, ki jih v praksi izvajajo socialni delavci. Prav tako prikaževa možen vpliv managementa na doseganje internih izboljšav v okolju organizacij socialnega dela. Kot praktični cilj prispevka pa izpostaviva rezultate najine raziskave, s katerimi želiva spodbuditi debato o izzivih socialnega dela z nosilci politik in odločevalci na državni ravni.

3. Metode

Raziskovalni pristop mešanih metod je kombinacija kvantitativnih in kvalitativnih metod. Gre za celostno raziskovalno tehniko v družbenih vedah, ki integrira statistične in kvalitativne podatke z namenom generiranja poglobljenih raziskovalnih rezultatov, ki dovoljujejo raziskovalcu, da poda natančnejše zaključke z večjo stopnjo zanesljivosti (Jogulu in Pansiri 2011; Stentz idr. 2012). Mnogi raziskovalci (npr. Creswell in Plano Clark 2007; O’Cathain 2009; Molina-Azorin 2011) podpirajo dodano vrednost in koristi uporabe pristopa mešanih metod, pri čemer je pomembna lastnost pristopa mešanih metod ta, da kombinacija kvantitativnih in kvalitativnih rezultatov zagotovi boljše razumevanje raziskovalnih vprašanj in kompleksnih fenomenov, kot bi jih uporaba ene same raziskovalne tehnike (Molina-Azorin in Cameron 2010). Z uporabo tehnike kombiniranja in primerjanja različnih podatkovnih virov, analiz in procesov, raziskovalec triangulira svoje rezultate (Jogulu in Pansiri 2011), kar podkrepi kredibilnost njegovih izsledkov (Jack in Raturi 2006).

3.1. Opis instrumenta

Kvantitativni del raziskave je predstavljal vprašalnik, ki sva ga poslala managerjem in zaposlenim v centrih za socialno delo v Sloveniji. Uporabila sva obstoječ in uveljavljen vprašalnik, ki ga je prvi uporabil Downes (2014). Nekatera vprašanja sva prilagodila glede na specifičen kontekst socialnega dela v Sloveniji. Celoten vprašalnik je bil sestavljen iz devetih delov, ki so naslovili točno določeno raziskovalno temo. V celoti je vprašalnik imel 86 zaprtih in pet odprtih vprašanj. Vprašanja so v različnih delih vključevala teme, vezane na kadre, čas in finance v okolju centrov za socialno delo. Uporabiva petstopenjsko Likertovo lestvico (1 – sploh se ne strinjam; 5 – popolnoma se strinjam) za merjenje mnenj respondentov o strinjanju s posameznimi izjavami.

Po izvedeni analizi podatkov vprašalnika sva identificirala teme, ki so potrebovale nadaljnje raziskovanje, pripravila vprašanja in izvedla poglobljene osebne intervjuje z managerji in zaposlenimi v centrih za socialno delo v Sloveniji. V pojasnjevalnem sekvenčnem raziskovalnem dizajnu je običajno, da so vprašanja za intervju dokončno določena šele po zaključku kvantitativne analize. Pri tem sva sledila zgledu Liophanicha (2014), kako pokriti glavne raziskovalne teme in koncepte.

3.2. Opis vzorca

V okviru vprašalnika je največji delež respondentov delal v organizaciji od 26 do 50 zaposlenih (33,3 %) in v organizaciji s 50 ali več zaposlenimi (33,3 %). Največji delež respondentov je pripa-

dal starostni kohorti od 40 do 49 let, in sicer je bil delež le-teh večji kot 40,0 %. 80,2 % najinih 98 respondentov je bilo ženskega spola in 11,5 % moškega spola, 8,3 % respondentov ni želelo razkriti svojega spola. Visok delež ženskih respondentov je konsistenten z izsledki raziskave Mcphail (2004), da je socialno delo dominantno ženski poklic. Več kot polovica respondentov (64,5 %) je uspešno pridobila vsaj 7. stopnjo izobrazbe glede na izobraževalni sistem, ki je trenutno v veljavi v Sloveniji. Skoraj štiri petine vseh respondentov je bilo v svoji organizaciji zaposleni vsaj šest let.

Devet managerjev in zaposlenih v centrih za socialno delo je sodelovalo pri izvedbi poglobljenih intervjujev. Izbira posameznikov za intervjuje je temeljila na štirih vnaprej določenih kriterijih. Prvič, želja je bila vključiti različne intervjuvance glede na število zaposlenih v njihovi organizaciji (trije so bili iz organizacije z več kot 50 zaposlenimi, dva iz organizacije s 26 do 50 zaposlenimi, dva iz organizacije z 11 do 25 zaposlenimi in dva iz organizacije s 6 do 10 zaposlenimi). Drugič, razlikovala sva intervjuvance glede na njihovo izobrazbo, pri čemer se nama je zdelo zanimivo primerjati posameznike z izobrazbenim ozadjem strogo iz socialnega dela s posamezniki z izobrazbo iz drugih področij. Štirje intervjuvanci so imeli ozadje izključno v socialnem delu, pet intervjuvancev pa je imelo izobrazbeno ozadje iz drugih področij, kot je npr. pravo ali ekonomija. Tretjič, želela sva razlikovati med posamezniki, ki so na managerskih položajih v organizaciji, in tistimi, ki se opredeljujejo kot zaposleni. Šest intervjuvancev je zasedalo managerski položaj. Četrta, želela sva vključiti regionalni element v raziskavo, saj se nama je zdelo zanimivo preučiti, ali prihaja do razlik v posameznih slovenskih regijah. Intervjuvanci so prihajali iz štirih različnih slovenskih regij.

3.3. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Primarne podatke z vprašalnikom zbirava v Sloveniji v obdobju od maja 2018 do januarja 2019. Uporabiva spletni in osebni vprašalnik, ki so ga izpolnili managerji in zaposleni v centrih za socialno delo v Sloveniji. Vzorec je bil sestavljen iz kontaktov preko elektronskih naslovov, ki so bili na voljo Socialni zbornici Slovenije, in iz kasneje vzpostavljenih osebnih stikov s posameznimi respondenti. Pred začetkom zbiranja podatkov sva skladno s priporočili avtorjev Braun in drugi (2013) vsem potencialnim respondentom poslala elektronsko pošto z vabilom, naj izpolnijo vprašalnik, in priloženim pismom, ki je pojasnjevalo namen najine raziskave. Respondentom sva zagotovila popolno anonimnost in pojasnila, da je sodelovanje v raziskavi popolnoma prostovoljno. Respondenti so svojo privolitvev potrdili s tem, da so vprašalnik izpolnili. V celoti je vprašalnik izpolnilo 98 respondentov, kar je predstavljalo 7,9-odstotno stopnjo odziva. Podatke sva statistično obdelala z uporabo potrditvene faktorske analize v programu SPSS, verzija 24.0.

Poglobljene intervjuje sva izvedla z intervjuvanci od marca 2019 do maja 2019. Intervjuje sva izvedla z namenom pridobivanja dodatnih informacij glede tem, ki so se odprle pri analizi vprašalnika in primerjavi rezultatov z obstoječo literaturo ter notranjim občutkom raziskovalcev (Ivankova idr. 2006). Intervjuji so trajali od minimalno 70 minut do maksimalno 100 minut. Vsi intervjuji so bili izvedeni v centru za socialno delo, kjer je bil posamezen intervjuvanec zaposlen. Vseh devet intervjujev sva posnela in poskrbela za transkripcijo isti ali naslednji dan, ko je bil intervju izveden. Pred intervjujem sva se z intervjuvanci dogovorila, da nama ni treba poslati transkripta intervjuja v potrditev oziroma recenzijo. Pri analizi podatkov intervjujev sva večkrat prebrala posamezne transkripte, da sva lahko identificirala pomembne pojme in kategorije, ki bi lahko nakazovali na določen vzorec ali skupen konstrukt v percepciji intervjuvancev. Med omenjeno fazo sva se seznanila z vsebino intervjujev do te mere, da sva lahko organizirala podatke v vnaprej določene kategorije (kot je npr. hierarhija v kategoriji organizacijske strukture). Za kvalitativni del analize uporabiva analizo vsebine in tematsko kodiranje. To nama je omogočilo, da sva prepoznala dele besedila, ki so povezani v skupno vsebino oziroma idejo, in kategorizirala omenjene teme, da sva vzpostavila skupni okvir proučevanih tem (Gibbs 2007).

4. Rezultati

4.1. Kadri

Posredno sva kvantitativno preverila problematiko kadrovskega primanjkljaja v centrih za socialno delo z naslednjima izjavama, prvo, »moja organizacija ima točno določenega managerja, ki skrbi za procese, povezane z managementom znanja«, in drugo, »v moji organizaciji so točno določeni posamezni zaposleni, ki morajo skrbeti za ažurnost informacij«. Odgovore na omenjeni vprašanji v obliki deskriptivnih statistik prikazujeva v tabeli 1.

Tabela 1: Kvantitativna analiza kadrovskega primanjkljaja v centrih za socialno delo v Sloveniji

Izjava	1 – sploh se ne strinjam	2 – ne strinjam se	3 – niti-niti	4 – strinjam se	5 – popolnoma se strinjam
1	33,7 %	19,4 %	15,3 %	24,5 %	7,1 %
2	22,9 %	22,9 %	26,0 %	21,9 %	6,3 %

Odgovori respondentov, ki so v najvišjem deležu izrazili nestrinjanje¹ z omenjenima izjavama, so nakazovali možnost kadrovskega primanjkljaja, ki posledično onemogoči, da bi zaposleni oziroma managerji izvajali določene aktivnosti v organizaciji. Kadrovsko problematiko sta že prej omenila Kuzmanič Korve v Intihar (2017) in MDDSZ, zato sva želela omenjeno temo podrobneje proučiti v sklopu intervjujev. Vseh devet intervjuvancev je pritrdilo, da je danes prisoten kadrovski primanjkljaj v centrih za socialno delo v Sloveniji. Odgovori so nakazali tudi, da je situacija kronična in da vpliva na vse segmente delovanja centrov za socialno delo. Intervjuvanec A pojasni: »Obstaja resen primanjkljaj zaposlenih. Vpliva na vse naše aktivnosti. Delamo na podlagi prioritete in gasimo požare.« Tudi intervjuvanec I se strinja: »Kadrovski primanjkljaj zagotovo obstaja. Res je tudi to, da dejansko pri svojem delu gasimo požare.«

4.2. Čas

Problematike časa sva se dotaknila v okviru naslednjih izjav, prve, »v moji organizaciji se ažurnost informacij, ki so v različnih bazah podatkov, navodilih ali kakšni drugi pisni obliki redno preverja«, in druge, »v moji organizaciji se nove ideje ali aktivnosti, ki so jih prejeli od zaposlenih, prikaže tudi drugim zaposlenim v organizaciji«. Deskriptivne statistike, povezane z odgovori na omenjeni izjavi, prikazujeva v tabeli 2.

Tabela 2: Kvantitativna analiza časovnega primanjkljaja v centrih za socialno delo v Sloveniji

Izjava	1 – sploh se ne strinjam	2 – ne strinjam se	3 – niti-niti	4 – strinjam se	5 – popolnoma se strinjam
1	15,6 %	18,8 %	28,1 %	30,2 %	7,3 %
2	12,5 %	17,7 %	24,0 %	38,5 %	7,3 %

Visok delež odgovorov respondentov, ki je nakazoval na to, da omenjene aktivnosti v praksi morda niso zastopane na dovolj visokem nivoju v vseh centrih za socialno delo, je odprl možnost nadaljnega proučevanja problematike časovne stiske zaposlenih v poglobljenih intervjujih. Intervjuvanec A med drugim izpostavi: »Zaradi prevelike količine vsakodnevnih aktivnosti, enostavno nimamo dovolj časa, da bi lahko opravili vse delo, ki je potrebno.« Podobnega mnenja je tudi intervjuvanec D: »Danes je čas problem, če ni dovolj zaposlenih, ni niti dovolj časa, da bi opravili vse naše aktivnosti.«

¹ Strinjanje meriva z vsoto deleža odgovorov 4 in 5, nestrinjanje pa meriva z vsoto deleža odgovorov 1 in 2.

4.3. Finance

Finančni vidik delovanja organizacij sva posredno kvantitativno preverila s pomočjo naslednjih dveh izjav, prve, »moja organizacija ima nagrade in vzpostavljene metode priznavanja, ki motivirajo zaposlene in priznavajo njihovo delitev znanja«, in druge, »moja organizacija nagradi zaposlene za predlagane nove ideje«. Analizo odgovorov na omenjeni izjavi prikazuje v tabeli 3.

Tabela 3: Kvantitativna analiza finančnega primanjkljaja v centrih za socialno delo v Sloveniji

Izjava	1 – sploh se ne strinjam	2 – ne strinjam se	3 – niti-niti	4 – strinjam se	5 – popolnoma se strinjam
1	30,9 %	25,5 %	27,7 %	13,8 %	2,1 %
2	27,7 %	31,9 %	24,5 %	14,9 %	1,1 %

Izraženo mnenje respondentov, ki nakazuje na odsotnost možnosti nagrajevanja, je osvetlilo potencialno problematiko finančnega primanjkljaja pri delovanju organizacij v okolju socialnega dela. Intervjuvanec F problematiko finančnega primanjkljaja izpostavi na primeru udeležbe zaposlenih na izobraževanjih: »Ne moremo izobraževati zaposlenih, čeprav to od nas zahteva zakonodaja. Naše aktivnosti čutijo negativni vpliv resnega primanjkljaja tako v kadrih kot v financah.« Natančneje, pet intervjuvancev je izpostavilo, da na voljo ni dovolj finančnih sredstev za delovanje centrov za socialno delo, npr. intervjuvanec B meni: »Splošno gledano, ne, ni dovolj finančnih sredstev.«

5. Razprava

Rezultati najine raziskave prikažejo jasen vpliv primanjkljaja zaposlenih na dnevne aktivnosti v centrih za socialno delo. Posebej problematičen je tudi primanjkljaj časa, zaposleni pojasnijo, da jim je dostikrat onemogočena udeležba na izobraževanjih oziroma da ne morejo posvetiti dovolj časa posameznemu uporabniku, pri čemer je jasno tudi, da kvaliteta socialnih storitev v praksi posledično trpi. Nadalje rezultati prikazujejo, da tudi financiranje centrov za socialno delo v Sloveniji ni optimalno urejeno.

Posledično se zaradi primanjkljaja časa v praksi dogaja, da so zaposleni stalno izpostavljeni občutku prevelike obremenjenosti. Prevelika obremenjenost pa se lahko hitro pretopi v občutek stresa in izgorelosti. Ugotovitve najine raziskave so podobne, kot jih izpostavi Kaker (2009), ki poudari nezadovoljstvo socialnih delavcev z delovnimi pogoji. Zaskrbljujoče je razmišljanje socialnih delavcev o tem, da imajo precej nižjo željo po nadaljnem opravljanju poklica, nemogoče si je zamišljati delo na tak način, saj pri tem potrošiš ogromno energije. Socialni delavci so pripravljeni razmisliti o alternativnih poklicih, kjer bi prejeli podobno plačo za manj stresno delo. Najine ugotovitve, ki prikazujejo nevarnost menjave poklica socialnih delavcev, dopolnjujejo obstoječe raziskave, ki poudarijo potrebo po višji stopnji zadovoljstva s poklicem (Kianto idr. 2016) in potrebo po znižani želji o menjavi poklica (Muchinsky in Tuttle 1979).

Z izsledki raziskave prikaževa, da bo prisotnost primanjkljaja v kadrih, času in financah imela negativen vpliv tudi na najino glavno raziskovalno vprašanje, ki obravnava zagotavljanje ustreznega števila ustrezno usposobljenih socialnih delavcev, ki zagotavljajo socialne storitve v praksi. Če ne bo rešitev za socialne delavce, se lahko zgodi, da v prihodnosti ne bo na voljo dovolj ustrezno usposobljenih socialnih delavcev za opravljanje storitev v praksi. Ob staranju populacije, razmisleku socialnih delavcev o menjavi poklica in obstoječih izzivih glede zagotavljanja socialnih storitev v praksi se zdi, da bi moralo biti vprašanje ustreznega števila strokovno usposobljenih socialnih delavcev visoko na seznamu državnih odločevalcev. Kot enostavna rešitev se samo po sebi ponuja, da država zagotovi več delovnih mest in finančnih resursov, ki so na voljo organizacijam, s čimer bi uspešno razbremenili tudi časovno obremenjenost socialnih delavcev. Ker pa so organizacije v

okolju javnega sektorja stalno izpostavljene omejitvam, velja razmisliti tudi o internih izboljšavah, kjer imata lahko management (Dimovski idr. 2017) in management znanja (Colnar idr. 2019) poziti-ven vpliv.

Kljub novo pridobljenemu znanju glede vpliva primanjkljaja kadrov, časa in financ na delovanje so- cialnih organizacij najin prispevek ni brez omejitev. Prva omejitev se nanaša na splošno veljavnost rezultatov, saj sva uspela v vzorec vključiti le nekatere centre za socialno delo, kar pomeni, da ne moreva govoriti o splošni veljavnosti rezultatov glede delovanju centrov za socialno delo oziroma širše za področje socialnega dela v celoti. Druga omejitev se nanaša na samo velikost vzorca za kvantitativni del raziskave, ki je vključeval 98 managerjev in zaposlenih v centrih za socialno delo, kar lahko razumemo kot relativno majhen vzorec. Na omenjeno število respondentov je po najinem mnenju negativno vplivala uvedba GDPR-zakona v času zbiranja podatkov.

6. Zaključek

Najini rezultati so pomembni, saj izpostavijo vpliv primanjkljaja posameznih področij na delovanje organizacij v okolju socialnega dela in na kvaliteto storitev, ki jih izvajajo v praksi. Prvič, prikaževa, da je zaposlenih v socialnih organizacijah premalo, da bi lahko kvalitetno opravljali vse naloge, ki so jim tudi zakonsko opredeljene. Drugič, izpostaviva problematiko časovne obremenjenosti ob- stoječih zaposlenih, ki se odrazi tako na nivoju dnevnih aktivnosti kot tudi na možnostih za njihov profesionalni in osebni razvoj. Tretjič, poudariva, da trenutno ni na voljo dovolj finančnih sredstev za delovanje organizacij v okolju socialnega dela, kar se odrazi tako na nivoju zaposlenih kot na nivoju uporabnikov.

Možnost za prihodnje raziskave vidiva predvsem v vključitvi večjega števila centrov za socialno delo v raziskavo in pri sami razširitvi raziskave tudi na druge organizacije, ki delujejo v okolju socialnega dela. Prav tako bi bilo smiselno izsledke raziskave primerjati s stanjem v razvitih evropskih državah in globalno. Ker je povezovanje področij managementa in socialnega dela v relativno zgodnji fazi raziskovanja in predstavlja precej neraziskano področje, ponuja številne nove priložnosti za pri- hodnje raziskave tako akademikom kot ljudem iz prakse.

Avtorja verjameva, da obstoječe stanje zahteva temeljit razmislek o rešitvah za področje socialnega dela. Rešitev, ki je na kratek rok na voljo odločevalcem in snovalcem politik, so kadrovske okrepitve in dodatni finančni resursi za področje socialnega dela, medtem ko na dolgi rok velja razmisliti tudi o internih ukrepih, ki bi lahko pomenili priložnost za doseganje časovnih razbremenitev, kar bi se potencialno odrazilo tudi na finančnih prihrankih v samih organizacijah.

Literatura

- Alexanderson, Karin, Elisabeth Beijer, Staffan Bengtsson, Ulf Hyvonen, Per-Ake Karlsson in Marie Nyman. 2009. Producing and consuming knowledge in social work practice: Research and development activities in a Swedish context. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 5(2): 127–139.
- Arora, Ekta. 2011. Knowledge Management in Public Sector. *Journal of Arts Science & Commerce*, 11(1): 165–171.
- Becker, Dorothy. 1964. Exit Lady Bountiful: The volunteer and the professional social worker. *Social Service Review*, 38(1): 57–72.
- Bjorkenheim, Johanna. 2007. Knowledge and social work in health care: The case of Finland. *Social Work in Health Care*, 44(3): 261–278.
- Bloice, Lyndsay in Simon Burnett. 2016. Barriers to knowledge sharing in third sector social care: a case study. *Journal of Knowledge Management*, 20(1): 125–145.
- Braun, Susanne, Claudia Peus, Silke Weisweiler in Dieter Frey. 2013. Transformational leadership, job satisfaction, and team performance: A multilevel mediation model of trust. *The Leadership Quarterly*, 24(1): 270–283.
- Brekke, John. 2012. Shaping a science of social work. *Research on Social Work Practice*, 22(5): 455–464.

- Chieh-Peng, Lin, Chen Kuang-Jung, Liu Chu-Mei in Liao Chiu-Hui. 2019. Assessing decision quality and team performance: perspectives of knowledge internalization and resource adequacy. *Review of Managerial Science*, 13(2): 377–396.
- Colnar, Simon, Vlado Dimovski in David Bogataj. 2019. Knowledge Management and the Sustainable Development of Social Work. *Sustainability*, 11(22): 6374.
- Creswell, John in Vicki Plano Clark. 2007. *Designing and conducting mixed methods research*. California, USA: SAGE.
- De Vries, Michiel in Juraj Nemec. 2013. Public sector reform: an overview of recent literature and research on NPM and alternative paths. *International Journal of Public Sector Management*, 26(1): 4–16.
- Dimovski, Vlado, Sandra Penger, Judita Peterlin, Barbara Grah, Matej Černe in Maja Klepec. 2017. *Advanced Management and Leadership Practice*. Essex: Pearson education limited.
- Downes, Trevor Vernon. 2014. An evaluation of knowledge management practices in nonprofit community services organizations in Australia (Doktorska disertacija, Southern Cross University, Lismore, Avstralija). Dostopno na: <https://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1388&context=theses> (10. julij 2020).
- Franken, Arnoud in Ashley Braganza. 2006. Organizational forms and knowledge management one size fits all? *International Journal of Knowledge Management Studies*, 1(1-2): 18–37.
- Gibbs, Graham. 2007. *4 Thematic coding and categorizing. Analyzing Qualitative Data*. London, UK: Sage Publications, Ltd.
- Gill, Stephen. 2009. *Developing a Learning Culture in Nonprofit Organizations*. California, USA: Sage, Thousand Oaks.
- Greenaway, Kathleen in David Vuong. 2010. Taking charities seriously: a call for focused knowledge management research. *International Journal of Knowledge Management*, 6(4): 87–97.
- He, Alex Jingwei in Kee-Lee Chou. 2017. Long-term care service needs and planning for the future: A study of middle-aged and older adults in Hong Kong. *Ageing & Society*, 1: 1–33.
- Intihar, Anja. 2017. Socialni delavci letno obravnavajo več kot pol milijona vlog. Jih bo reorganizacija razbremenila? Dostopno na: <https://www.24ur.com/novice/slovenija/na-teren-blizje-k-ljudem-nov-moto-centrov-za-socialno-delo.html> (10. julij 2020).
- Ivankova, Nataliya, John Creswell in Sheldon Stick. 2006. Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field Methods*, 18(1): 3–20.
- Jack, Eric in Amitabh Raturi. 2006. Lessons learned from methodological triangulation in management research. *Management Research News*, 29(6): 345–357.
- Jogulu, Uma in Jaloni Pansiri. 2011. Mixed methods: a research design for management doctoral dissertations. *Management Research Review*, 34(6): 687–701.
- Kaker Jelec, Diana. 2009. Work Satisfaction and Burnout Syndrome Among Health Care Social Workers in the Republic of Slovenia. *Ljetopis Socialnog Rada*, 16(3): 537–549.
- Kelly, Lynn. 2016. Reconceptualising professional knowledge: the changing role of knowledge and evidence in social work practice. *Social Work Education*, 36(3), 245–256.
- Kianto, Aino, Mika Vanhala in Pia Hielmann. 2016. The impact of knowledge management on job satisfaction. *Journal of Knowledge Management*, 20(4): 621–636.
- Liophanich, Chokdee. 2014. An Investigation of Knowledge Management Implementation: Multiple Case Study in Mobile Telecommunication Industry. *Journal of Industrial and Intelligent Information*, 2(2): 159–163.
- Mayne, John in Eduardo Zapico-Goni. 2017. Performance monitoring: an overview. V *Monitoring Performance in the public sector: Future directions from international experience*, ur. John Mayne in Eduardo Zapico-Goni. New York, USA: Routledge, Taylor & Francis Group.
- McPhail, Beverly. 2004. Setting the Record Straight: Social Work is Not a Female-Dominated Profession. *Social Work*, 49(2): 323–326.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. 2019. Dostopno na: http://mddsz.arhiv-spletisc.gov.si/en/areas_of_work/social_affairs/ (8. julij 2020).
- Molina-Azorin, F. Jose. 2011. The Use and Added Value of Mixed Methods in Management Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(1), 7–24.
- Molina-Azorin, Jose in Rosly Cameron. 2010. The Application of Mixed Methods in Organisational Research: A Literature Review. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 8(2): 95–105.
- Mosca, Iliaria, Philip van der Wees, Esther Mot, Joost Wammes, in Patrick Jeurissen. 2017. Sustainability of Long-term care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. *International Journal of Health Policy Management*, 6(4): 195–205.
- Muchinsky, Paul in Mark Tuttle. 1979. Employee turnover: an empirical and methodological assessment. *Journal of Vocational Behavior*, 14(1): 43–77.

- O’Cathain, Alicia. 2009. Mixed methods research in the health sciences. A quiet revolution. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(1): 3–6.
- Stentz, Jane, Vicki Plano Clark in Gina Matkin. 2012. Applying mixed methods to leadership research: A review of current practices. *The leadership Quarterly*, 23(3): 1173–1183.
- Trevithick, Pamela. 2014. Humanising Managerialism: Reclaiming Emotional Reasoning, Intuition, the Relationship, and Knowledge and Skills in Social Work. *Journal of Social Work Practice*, 28(3): 287–311.
- Unerman, Jeffrey in Brendan O’Dwyer. 2010. Ngo accountability and sustainability issues in the changing global environment. *Public Management Review*, 12(4): 475–486.
- Webster, Mike, David McNabb in John Darroch. 2015. Advancing social work professionalism: Standards for management and leadership in Aotearoa New Zealand. *Aotearoa New Zealand Social Work Review*, 27(3): 44–56.
- Weeravardena, Jay, Robert Mcdonald in Gillian Sullivan-Mort. 2010. Sustainability of nonprofit organizations: an empirical investigation. *Journal of World Business*, 45(4): 346–356.

Prilagoditve starejšim zaposlenim na trgu dela v Mestni občini Ljubljana

Labour market adjustments for older employees in the City of Ljubljana

dr. Barbara Grintal, pred.

Gerontološki raziskovalni inštitut

dr. Nikolaj Lipič, viš. pred.

Gerontološko društvo Slovenije

Povzetek

Uvod: Koncept aktivnega staranja se v določenem delu osredotoča tudi na področje prilagoditev na trgu dela s podporo podaljševanju delovne aktivnosti starejših zaposlenih, ki so jim pomembni njim prilagojeni delovni pogoji, delovni čas in prostor, izobraževanje in usposabljanje ter nediskriminatorsko delovno okolje. V prispevku raziskujemo zadovoljstvo starejših ljudi s prilagoditvami na trgu dela v MOL, razliko med spoloma ter povezanost z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem.

Metode: V kvantitativno raziskavo smo vključili 597 ljudi, starejših od 55 let, ki živijo na območju MOL. Podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, hipoteze pa preizkusili s t-testom in korelacijo.

Rezultati: Starejši ljudje iz MOL so s prilagoditvami na trgu dela zadovoljni, pri čemer so najbolj zadovoljni z možnostjo stalnega izobraževanja in usposabljanja na delovnem mestu, najmanj pa z oblikovanimi programi za pripravo na upokojitve, ki spodbujajo vključenost v družbo in aktivnost tudi po upokojitvi. Glede zadovoljstva s prilagoditvami na trgu dela nismo potrdili statistično značilnih razlik med spoloma. Ugotavljamo, da obstaja pozitivna in močna statistično značilna povezanost med zadovoljstvom s prilagoditvami na trgu dela ter zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem starejših ljudi iz MOL.

Zaključek: Rezultati raziskave prepoznajo ustreznost delovnega okolja in potrebne prilagoditve starejšim ljudem kot pomemben dejavnik podaljševanja njihove delovne aktivnosti. Zdravstveno, finančno in materialno stanje starejših ljudi je pomembno pri njihovem podaljševanju delovne aktivnosti. Koncept aktivnega staranja mora biti podprt z uspešnim upravljanjem starejših zaposlenih v organizacijah, z organizacijsko kulturo, ki podpira prilagajanje okolja in procesov starejšim zaposlenim, povečanjem uspešnosti in optimalno izkoriščenostjo sposobnosti starejših zaposlenih, starostno raznolikostjo v delovnem okolju in medgeneracijskim sodelovanjem. Prav tako je pomembna splošna družbena usmeritev v preprečevanje starostne diskriminacije v delovnem okolju ter promoviranje pozitivnega mnenja o staranju, starejših zaposlenih in njihovem prispevku k uspešnemu delovanju.

Ključne besede: aktivno staranje, starejši zaposleni, upravljanje starejših zaposlenih, prilagoditve na trgu dela, delovna aktivnost.

Abstarct

Introduction: The concept of active ageing focuses on labour market adjustments by supporting prolonged participation of older employees to who working conditions, hours and space, education and training and a non-discriminatory work environment are important. The article explores satisfaction of the elderly with labour market adjustments in the City of Ljubljana, gender gap between women and men and connection with health, financial and material situation.

Methods: 597 people over 55 living in the City of Ljubljana were included in the research using a structured survey questionnaire, hypotheses were tested by t-test and correlation.

Results: The elderly from the City of Ljubljana are satisfied with labour market adjustments, they are most satisfied with the possibility of continuous education and training at workplace and least with retirement preparation programs promoting society inclusion and activity after retirement. Statistically significant differences between genders, regarding satisfaction with labour market adjustments, could not be confirmed. Positive and strong statistically significant relationship between satisfaction with labour market adjustments and health, financial and material situation of the elderly from the City of Ljubljana can be traced.

Conclusion: Research results confirm adequacy of work environment and necessary adjustments for the elderly as an important factor in prolonging their work activity. Health, financial and material situation of the elderly is important in their prolonged participation rate. Active ageing concept must be supported by successful age management in organizations, with organizational culture supporting adapting environment and processes to older employees, increasing performance and optimal use of skills of older employees, age diversity in work environment and intergenerational cooperation. It is also important to have a general social orientation towards preventing age discrimination in work environment and promote positive view of ageing, older employees and their contribution to successful functioning.

Key words: active ageing, older employees, age management, labour market adjustments, participation rate.

1. Uvod

Prehod v dolgoživo družbo sproža potrebo po prilagoditvi različnih sistemov, ki posegajo na področje trga dela. Ustrezen koncept upravljanja zaposlenih v organizacijah vpliva na delovno aktivnost starejših zaposlenih, pri čemer koncept aktivnega staranja podpira podaljševanje njihove delovne aktivnosti in ustvarjanje ustreznih pogojev za ohranjanje njihovega zdravja in delovne sposobnosti.

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017) izpostavlja potrebo po spremembi razumevanja, da starejši ljudje po upokojitvi niso le pasivni prejemniki socialnih transferjev, temveč ena od pomembnih družbenih skupin, ki bo prispevala k uspešni prilagoditvi družbe in sistemov socialne zaščite. Z demografskimi spremembami se zmanjšuje delež aktivnega prebivalstva, kar zmanjšuje ponudbo delovne sile in možnost gospodarske rasti ter sproža potrebo po spremembah v prvem stebru Strategije dolgožive družbe. Pomembno je, da se v Sloveniji trg dela prilagodi tako, da bodo starejši zaposleni podaljševali delovno aktivnost in da jim bo delovno okolje čim bolj prilagojeno.

Starejše zaposlene se pogosto obravnava kot breme, pozablja pa se na pomembnost njihovih izkušenj ter prenosa in izmenjave znanj na druge zaposlene. Z ustreznim upravljanjem starostne raznolikosti prispevamo k ustvarjanju novih konceptov na področju managementa človeških virov, katerega pomemben del je upravljanje starejših zaposlenih (ang. Age management). Starejšim zaposlenim je potrebno zagotoviti ustrezno delovno okolje in takšna delovna mesta, ki bodo zagotavljala uspešno staranje ter prispevala k doseganju ciljev in uspešnosti organizacij. Pri tem je treba

izhajati tudi iz koncepta aktivnega staranja, ki ga moramo upoštevati pri delovanju v organizacijah kot tudi v celotni družbeni skupnosti.

2. Teoretična izhodišča

2.1. Aktivno staranje

Aktivno staranje je proces optimiziranja priložnosti za zagotavljanje zdravja ljudi in skupin ter njihovega sodelovanja in varnosti, z namenom povečati njihovo kakovost življenja. Preko aktivnega staranja se ljudje zavedajo svojega fizičnega, socialnega in duševnega potenciala čez celotno življenjsko dobo, hkrati pa v družbi sodelujejo glede na svoje želje, potrebe in zmogljivosti (WHO 2002). Foster in Walker (2014) koncept aktivnega staranja opredelita kot ustvarjanje priložnosti za podaljševanje aktivnosti na trgu dela, prispevanje družbi z neplačanim delom v skupnosti in posredovanje svojih veščin in znanj mlajšim, vse z namenom samostojnega in dostojanstvenega življenja. Aktivno staranje temelji na pristopu, »temelječem na pravicah«, ki poudarja pravico ljudi do enakih možnosti in obravnave na vseh področjih življenja. Podpira odgovornost ljudi, da se udeležujejo skupnostnega življenja, z namenom ohranjanja avtonomije in neodvisnosti v starosti. Omogočanje aktivnega staranja je odgovornost celotne družbe (Touzery Hvalič 2010).

Aktivno staranje je poleg delovne aktivnosti povezano tudi s finančnimi zmožnostmi, zdravim prehranjevanjem ter drugimi osnovnimi dejavniki preživetja (Bubpa in Nuntaboot 2018). Tudi fizična aktivnost pomembno prispeva k izboljšanju zdravja starejših ljudi. S socialno vključenostjo pa starejši ljudje prispevajo h krepitvi kognitivnih sposobnosti, notranje motiviranosti, medgeneracijske komunikacije in zmanjšanju osamljenosti (Phansuea idr. 2020).

Strategija aktivnega staranja omogoča starejšim zaposlenim, da imajo močnejši vpliv ne samo na življenjsko kariero, temveč tudi na zdravje in počutje. Opolnomočenje za aktivno upravljanje starosti v organizacijah vodi k večji učinkovitosti in optimalni uporabi človeškega kapitala, v družbi pa pomaga ohranjati oziroma graditi sisteme socialne varnosti (Foster in Walker 2014).

2.2. Upravljanje starejših zaposlenih

Upravljanje starejših zaposlenih, ki sodi v prvi steber Strategije dolgožive družbe, to je trg dela in izobraževanja, predstavlja koncept oblikovanja perspektiv in strategij sodobne družbe, ki se mora osredotočiti predvsem na obvladovanje staranja prebivalstva, tako na individualni, organizacijski kot družbeni ravni. Pri tem je treba organizirati tako življenje v starosti, kakršne so družbenoekonomske razmere, na organizacijski ravni pa načrtovati in udejanjiti podaljšanje delovanja starejših zaposlenih v delovnem procesu in podaljšati njihovo aktivno življenje (Žnidaršič 2008). Za učinkovito upravljanje starejših je potrebno razumevanje fizioloških, psiholoških in motivacijskih sprememb, povezanih s starejšimi zaposlenimi. Z zavedanjem večdimenzionalne narave starosti lahko organizacije razmislijo o koristih prilagoditve svojih kadrovske praks, ki bodo pripomogle k razbijanju stereotipov in ageizma. Samo učinkovito upravljanje starejših pa vodi k medgeneracijskim interakcijam ter zagotavljanju smiselnega dela vsem zaposlenim (Cox idr. 2019).

Glavni namen upravljanja starejših zaposlenih je povečati stopnjo zaposlenosti, nadomeščati delovno aktivno prebivalstvo (Dimovski in Žnidaršič 2007), izboljšati delovne zmožnosti in zaposljivost starejših zaposlenih s prilagajanjem delovnega okolja ter spodbuditi pripravljenost starejših zaposlenih za podaljšanje delovne aktivnosti. Prav tako se preko upravljanja starejših zaposlenih skuša odpraviti diskriminacijo in ageizem (Ilmarinen 2012).

Dosedanje organizacijske spremembe sledijo predvsem spremembam z razvojem univerzalnih politik in praks in ne tistih, ki so osredotočene predvsem na starejše zaposlene (Moen idr. 2017). Starejši zaposleni predstavljajo človeški kapital, ki prispeva k vrednosti organizacije in ima pozitivne učinke

na rezultate organizacije, kot so zvestoba zaposlenih, ohranjanje znanja in povečana produktivnost. Imajo veliko izkušenj in strokovnega znanja za opravljanje dela, dobro poznajo organizacijsko kulturo, izražajo določeno prilagodljivost za opravljanje svojega dela, so visoko motivirani za opravljanje nalog in tudi motivirani za usposabljanja, ki izhajajo iz njihovih potreb. Starejši zaposleni zmorejo veliko več kot mentorstvo in svetovanje mlajšim generacijam, saj imajo močno izražene socialne veščine in mehke spretnosti, sposobnost reševanja problemov, primeren odnos do dela, so ustvarjalni in inovativni ter motivirani za razvoj (Ferreira Vasconcelos 2017). Rožman (2018) je v svoji raziskavi ugotovila, da so starejši zaposleni lojalnejši, zanesljivejši, natančnejši in bolj prilagodljivi kot mlajši zaposleni, imajo boljše komunikacijske spretnosti, večjo delovno etiko, veliko izkušenj in znanja, kar pripomore k učinkovitejšim rešitvam ter krepi sodelovanje v projektih in timih.

Z upravljanjem starejših zaposlenih se ustvari takšne delovne pogoje, ki jim omogočajo biti produktivni do konca njihove poklicne poti in uspešne upokojitve (Gewolb 2015). Ukrepi in strategije za upravljanje starejših zaposlenih so usmerjeni na zadržanje starejših zaposlenih v delovnem procesu in podaljševanje njihovega aktivnega življenja (Naegele in Walker 2006; Frerichs idr. 2012), samo podaljševanje njihove delovne aktivnosti pa je pomembno za njihov nadaljnji razvoj, zdravje in dobro počutje (Pavliha 2013).

Upravljanje starejših zaposlenih je treba vzpostaviti tako na makro kot mikro ravni. Instrumenti upravljanja starejših zaposlenih združujejo šest glavnih področij: preoblikovanje konceptov managementa v povezavi s staranjem in starejšimi zaposlenimi znotraj in zunaj podjetja, uveljavljanje procesov managementa znanja, razvoj orodij managementa zdravja, oblikovanje in zagotavljanje ustreznega delovnega okolja, management medgeneracijskih razmerij ter preoblikovanje funkcije managementa človeških virov (Dimovski 2011). Razvoj nove organizacijske logike in praks vrednotenja, razvoja in zadrževanja starejših zaposlenih predstavlja ključni poslovni izziv 21. stoletja (Moen idr. 2017).

2.3. Starostno razlikovanje

Organizacije se na povečano število starejših zaposlenih odzivajo različno. Priča smo organizacijam, ki si prizadevajo za vzpostavitev sistemov, namenjenih starejšim zaposlenim, kamor sodijo postopno upokojevanje, usposabljanje za dvig spretnosti, prilagajanje delovnega okolja starejšim zaposlenim ipd. (Ferreira Vasconcelos 2017). Poklicni razvoj za zaposlene po njihovem 50. letu starosti, prenos znanja in prerazporeditev starejših zaposlenih vodijo k povečanju uspešnosti in optimalni izkoriščenosti sposobnosti starejših zaposlenih (ZDS 2010). Delovna uspešnost starejših zaposlenih je odvisna od značilnosti delovnega mesta, pri čemer je treba uporabiti individualen pristop managementa človeških virov in poudariti dobro počutje starejših zaposlenih v delovnem okolju (Beck 2013). Dobre prakse upravljanja starejših zaposlenih spodbujajo starostno raznolikost v delovnem okolju, saj se potrebe in motivacijski dejavniki, zadovoljstvo in produktivnost zaposlenih v različnih obdobjih spreminjajo (Rožman in Tominc 2014). S starostno raznolikostjo lahko organizacije v celoti izkoristijo potencial zaposlenih, prenašajo kompetence in izkušnje zaposlenih, zmanjšajo njihovo fluktuacijo, povečajo motivacijo, pripadnost in ustvarjalnost zaposlenih, krepijo vrednote organizacije in si pridobijo ugled, s tem pa večjo možnost zaposlovanja (Stankiewicz 2015). V organizacijah je treba posebno pozornost nameniti generacijskim razlikam in ustvarjanju medgeneracijske sinergije. Managerji morajo spodbujati in znati učinkovito prenesti znanje in izkušnje starejših zaposlenih na mlajše zaposlene. S spodbujanjem aktivnega staranja in implementacijo upravljanja starejših zaposlenih se v organizacijah poveča delovna zavzetost starejših zaposlenih, spremenijo se tudi splošno zakoreninjeni stereotipi in predsodki o starejših zaposlenih (Rožman 2018).

2.4. Prilagoditve trga dela starejšim zaposlenim

Demografske spremembe in dolgoživa družba zahtevajo daljše trajanje delovne aktivnosti, saj je v Sloveniji stopnja aktivnosti in delovne aktivnosti izrazito nizka. To sproža potrebo po politikah,

ki bodo zagotovile zadostno ponudbo delovne sile (UMAR 2017). Tudi organizacije bodo zaradi pomanjkanja kadrovskega potenciala prisiljene proučiti posledice zgodnjega upokojevanja ter sprejeti ukrepe za prilagajanje spremembam na trgu dela (Dimovski in Žnidaršič 2007). Pri tem bo pomembno predvsem ohranjanje delovne zmožnosti zaposlenih ter razvoj organizacijske kulture, ki bo privlačna vsem generacijam (Žnidaršič 2008). Preobrazba starostne strukture trga dela se odvija skupaj z dislokacijo gospodarstva, digitalno tehnologijo in avtomatizacijo delovnih mest ter razgradnjo tradicionalne varnosti zaposlitve in upokojitve, zato je potrebno na omenjeni problem gledati večplastno (Moen idr. 2017).

Različni modeli upravljanja starejših zaposlenih so osredotočeni na spodbujanje prenosa znanja, pridobivanje kompetenc in veščin, prožna delovna mesta, vrednotenje raznolikosti generacij, načrtovanje nasledništva delovnih mest, preoblikovanje delovnih mest ter ergonomsko prilagajanje delovnih mest starejšim zaposlenim (Pitt-Catsouphes idr. 2011). A ugotovitve raziskave Moena idr. (2017) kažejo, da se organizacije večinoma osredotočajo na razvoj doslej uporabljenih politik in praks in ne na vzpostavitev novih praks, ki bi bile osredotočene le na starejše zaposlene. Rezultati Society for Human Resource Management (2014) kažejo, da se 36 % organizacij na spremembe strukture trga dela pripravlja s proučevanjem lastnih politik in praks in le 6 % izvaja posebne politike, osredotočene na starejše zaposlene.

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017) se s svojimi usmeritvami osredotoča na spodbujanje podaljševanja delovne aktivnosti starejših zaposlenih, na zagotavljanje večjih možnosti udeleževanja na trgu dela ter na zmanjševanje neskladij med ponudbo in povpraševanjem. Za podaljševanje delovne aktivnosti starejših zaposlenih in njihovo vključevanje na trg dela se je treba osredotočiti na uvajanje prilagodljivega delovnega časa in prostora, oblikovanje ustreznih pogojev dela, prilagajanje delovnih mest in procesov starejšim zaposlenim. Pri tem Moen idr. (2017) opozarjajo, da sta za starejše zaposlene pomembna nadzor in samostojnost pri odločanju o podaljšanju delovne aktivnosti. Če so starejši zaposleni zaradi finančnih sredstev prisiljeni podaljševati svojo delovno aktivnost, ima to negativne zdravstvene ter socialne posledice in vpliv na njihovo produktivnost.

V Sloveniji je današnje dojemanje prispevka starejših ljudi družbi slabše kot v drugih državah EU, pogosta je diskriminacija na delovnem mestu. To kaže na potrebo po delu v večgeneracijskem okolju, ki omogoča medgeneracijski prenos znanja in spodbuja ustvarjalnost na delovnem mestu. V Sloveniji je zaznati premajhno razvitost upravljanja različnih starostnih skupin v podjetju, kar kaže na potrebo po krepitvi starostne raznolikosti v organizacijah. To se doseže z ustvarjanjem pozitivnega pogleda na starost, starejše zaposlene in njihov prispevek k družbi, s preprečevanjem starostne diskriminacije na delovnem mestu, krepitvijo upravljanja različnih starostnih skupin, s spodbujanjem prenosa znanja med generacijami ter z ustvarjalnostjo vseh generacij v delovnem okolju. Starejšim zaposlenim je treba omogočiti stalno izobraževanje in usposabljanje, povečati njihovo vključenost v vseživljenjsko učenje, prilagoditi izobraževalne programe skladno z digitalizacijo ter oblikovati programe za pripravo na upokojitve, ki so osredotočeni na spodbujanje vključenosti v družbo in aktivnosti tudi po upokojitvi. Hkrati je potrebno spodbujati delovanje na področju zdravstva in dolgotrajne oskrbe, krepiti socialno podjetništvo, razvijati izobraževalne programe za izvajanje socialnovarstvenih storitev za delo s starejšimi ljudmi ter spodbujati nastajanje novih delovnih mest na področju zelene ekonomije, v povezavi z razvojem krožnega gospodarstva (UMAR 2017). Spodbujanje aktivnega staranja vključuje povezanost doslej neodvisnih področij oz. politik, kot so zaposlovanje, zdravje, socialna varnost, pokojnine, socialna vključenost, tehnologija in ekonomija (Foster in Walker 2014).

3. Namen in cilji

Namen raziskovanja je raziskati prilagoditve na trgu dela na območju MOL, ugotoviti razliko v zadovoljstvu s prilagoditvami glede na spol ter povezanost z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem. Cilji raziskovanja so preveriti prilagoditve delovnih pogojev, usklajenost delovnih mest z zmožnostmi in sposobnostmi starejših zaposlenih, usklajenost delovnih obveznosti z družinskimi in družbenimi obveznostmi, zadovoljstvo s preprečevanjem starostne diskriminacije v delovnem okolju, spodbujanjem prenosa znanja, možnostjo izobraževanja in usposabljanja, oblikovanimi programi za pripravo na upokožitev ter s spodbujanjem nastajanja novih delovnih mest na področju zelene ekonomije oziroma krožnega gospodarstva. Cilj raziskovanja je ugotoviti povezanost med prilagoditvami na trgu dela ter zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem starejših ljudi.

Na podlagi teoretičnih izhodišč smo oblikovali tri raziskovalne hipoteze.

H1: Starejši ljudje iz MOL so zadovoljni s prilagoditvami na trgu dela.

H2: Zadovoljstvo s prilagoditvami na trgu dela v MOL se razlikuje glede na spol starejših ljudi.

H3: Zadovoljstvo s prilagoditvami na trgu dela je povezano z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem starejših ljudi iz MOL.

4. Metode

Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabili smo metode opisne in sklepane statistike.

4.1. Opis instrumenta

Anketni vprašalnik je sestavljen za namen raziskave na 23 področjih, ki jih opredeljuje Strategija dolgožive družbe. Za našo raziskavo smo iz celotnega vprašalnika za analizo uporabili demografska vprašanja ter trditve glede aktivnega staranja in prilagoditev na trgu dela, pri katerih je bila za ocenjevanje zadovoljstva uporabljena lestvica intervalnega tipa z vrednostmi od 1 do 5, kjer je 1 pomenilo visoko nezadovoljstvo in 5 visoko zadovoljstvo s trditvami.

4.2. Opis vzorca

Izbrali smo neverjetnostno vzorčenje, v namenski vzorec smo vključili osebe, starejše od 55 let, ki prebivajo na območju MOL. Anketne vprašalnike smo posredovali različnim organizacijam na območju MOL, ki delujejo na področju dela s starimi ljudmi oziroma so kako drugače povezani s starejšimi. Prav tako smo anketne vprašalnike razdelili neposredno osebam, ki so izpolnjevale pogoj starosti in bivališča v MOL. Anketni vprašalnik je prejelo 1.956 ljudi, od katerih ga je 597 ustrezno izpolnilo, kar pomeni, da je bila stopnja odziva 30,5 %.

Vzorec ni uravnotežen glede na spol (81,4 % žensk in 18,6 % moških), kar deloma lahko pripišemo nekoliko višjemu deležu žensk v celotni populaciji te starostne skupine ter višji pripravljenosti žensk za sodelovanje v anketiranju. Povprečna starost anketirancev je 68,1 leta. Prevladujejo poročeni anketiranci (49,2 %), ki v gospodinjstvu živijo s partnerjem (36,2 %), z dokončano srednješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo (58,3 %), upokojeni (78,9 %), v glavnini v kvartarnem sektorju zaposlitve (50,3 %), katerih mesečni dohodek je višji od 601 evro (90,5 %). 17,1 % anketirancev je iz Četrtna skupnosti Šentvid, 15,6 % iz Četrtna skupnosti Bežigrad in 10,6 % iz Četrtna skupnosti Šiška, ostalih 56,7 % anketirancev je razpršenih v preostalih 14 četrtnih skupnostih.

4.3. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Podatke smo zbirali s spletnim in klasičnim anketiranjem med junijem in septembrom 2020, in sicer v vseh 17 četrtnih skupnostih v MOL. Povezavo na spletno anketo smo poslali različnim orga-

nizacijam na območju MOL, ki delujejo na področju dela s starimi ljudmi oziroma so kako drugače povezane s starejšimi. Prav tako smo določenim organizacijam razdelili anketne vprašalnike v fizični obliki, ki so jih posredovale svojim članom, ki so izpolnjevali starostni in bivanjski pogoj za vključitev v vzorec.

V analizi smo uporabili metode opisne in sklepne statistike, pri čemer smo zbrane podatke pregledali, vnesli ter jih analizirali s pomočjo statističnega programa SPSS, ver. 26. Hipoteze smo preverili z neodvisnim t-testom in korelacijo.

5. Rezultati

5.1. Demografski podatki

V nadaljevanju predstavljamo demografske podatke anketirancev. V raziskavo smo vključili 81,4 % anketirank in 18,6 % anketirancev, kar kaže na visok delež žensk v vzorcu. V tabeli 1 prikazujemo starostno strukturo anketirancev. Podatki kažejo, da je povprečna starost anketirancev 68,08 leta (SD = 7,79). Najmlajši anketiranec je bil star 55 let, najstarejši pa 90.

Tabela 1: Starost anketirancev

M	Me	Mo	SD	Min	Max
68,08	68	72	7,79	55	90

Legenda: M – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SD – standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Največ anketirancev ima zaključeno srednješolsko izobrazbo (30,2 %), sledijo anketiranci z visokošolsko izobrazbo (28,1 %). 18,6 % anketirancev ima višješolsko izobrazbo, 8 % pa zaključeno poklicno šolo. Sledijo anketiranci z zaključeno specializacijo (4,5 %), fakulteto (3,5 %) in magisterijem (3,5 %). 2,5 % anketirancev ima zaključeno osnovno šolo, 1 % pa ne. Nihče od anketirancev nima najvišje možne izobrazbe, tj. doktorata. Povprečna stopnja izobrazbe pri anketirancih je višješolska (M = 5,05; SD = 1,55).

41,7 % anketirancev živi v dvočlanskem, 30,1 % v enočlanskem in 14,1 % v tričlanskem gospodinjstvu. Sledijo štiričlansko (8,0 %), petčlansko (4,5 %) in sedemčlansko gospodinjstvo (1,5 %). Povprečno število članov gospodinjstva je 2,2 (M = 2,2; SD = 1,25).

Z raziskavo smo ugotavljali sektor zaposlitve, največ anketirancev (50,3 %) je bilo zaposlenih v kvartarnem sektorju, kamor sodijo kultura, izobraževanje, znanost, sociala, zdravstvo in državna uprava. 31,7 % anketirancev je bilo zaposlenih v terciarnem sektorju, 16,1 % v sekundarnem in 2,0 % v primarnem sektorju.

Pri družinskem statusu je največ anketirancev odgovorilo, da so poročeni (49,2 %). Sledijo jim ovdoveli (17,1 %), razvezani (16,1 %) in samski (10,1 %). 7,0 % anketirancev živi v zunajzakonski skupnosti, 0,5 % anketirancev pa je navedlo drug družinski status od naštetih.

V tabeli 2 prikazujemo status aktivnosti. Razvidno je, da je daleč največ anketirancev upokojenih (78,9 %), sledijo zaposleni anketiranci za nedoločen čas (15,6 %), zaposleni anketiranci za določen čas (3,0 %) ter brezposelni (1,5 %).

Tabela 2: Status aktivnosti anketirancev

Status aktivnosti	Frekvenca	%	Kumulativa v %
Zaposleni za nedoločen čas	93	15,6	15,6
Zaposleni za določen čas	18	3,0	18,6
Brezposelni	9	1,5	20,1
Upokojenci	471	78,9	99,0
Drugo	6	1,0	100,0
Skupaj	597	100,00	

Vir: Lastna raziskava 2020.

Pri opredelitvi glede bivanja v določeni četrtini skupnosti MOL jih je 17,1 % iz Četrtna skupnosti Šentvid, 15,6 % iz Četrtna skupnosti Bežigrad, 10,6 % iz Četrtna skupnosti Šiška, 8 % iz Četrtna skupnosti Moste, 7,5 % iz Četrtna skupnosti Vič oziroma Center, 6 % iz Četrtna skupnosti Golovec, 5 % pa iz Četrtna skupnosti Dravlje. Za ostalih devet četrtinskih skupnosti je bil delež anketirancev nižji od 4 %. Ugotavljamo, da vzorec ni uravnotežen glede na četrtne skupnosti, pa vendar so bolj zastopane četrtne skupnosti tudi sicer po številu prebivalcev večje.

Glede statusa bivanja v gospodinjstvu ugotavljamo, da 36,2 % anketirancev živi skupaj s partnerjem, 29,6 % živi samih in 21,6 % skupaj s partnerjem in otroki. 10,6 % jih živi skupaj z otroki, 1,5 % pa skupaj z drugimi sorodniki. Najmanj anketirancev živi skupaj s tujimi ljudmi (0,5 %), kot je na primer bivanje v domovih za ostarele.

Raziskavo smo nadaljevali z analizo podatkov o vrsti dohodka anketirancev. Tri četrtine jih prejema pokojnino, sledijo dohodki iz zaposlitve (21,1 %). Le manjšina jih prejema nadomestilo za brezposelnost (3,5 %), dohodek iz samozaposlitve (3,0 %), najemnino (2,5 %), invalidsko pokojnino (1,5 %), družinske prejemke (1,5 %) oziroma drugo (0,8 %), kamor so anketiranci navedli dohodke iz kapitala in prodaje avtorskih pravic. Nihče od anketirancev ne prejema drugih socialnih prejemkov.

Pri opredelitvi višine dohodka največ anketirancev prejema dohodek med 601 in 900 € (30,7 %) ter 901 in 1.200 € (30,2 %), kamor sodi večina anketirancev. 14,6 % anketirancev prejme mesečni dohodek med 1.201 in 1.500 €. 9,5 % anketirancev prejema dohodek med 301 in 600 €, kar predstavlja prejetanje dohodka pod pragom revščine. Jih pa 8,5 % prejema dohodek višji od 1.800 € in 6,5 % dohodek med 1.501 in 1.800 €. Nihče od anketirancev ne prejema nižjega mesečnega dohodka od 300 €.

Anketiranci so v tabeli 3 z ocenami med 1 in 5 ocenili zadovoljstvo s svojim zdravjem. Razvidno je, da so anketiranci najbolj zadovoljni s svojim duševnim zdravjem ($M = 4,04$; $SD = 0,918$). Nekoliko nižje ocenjujejo zadovoljstvo s splošnim zdravstvenim stanjem ($M = 3,71$; $SD = 0,875$) in zadovoljstvo s fizičnim zdravjem ($M = 3,67$; $SD = 0,889$).

Tabela 3: Zdravje anketirancev

Zdravje	M	Me	Mo	SD
Zadovoljstvo s splošnim zdravstvenim stanjem in zdravjem	3,71	4,0	4,0	0,875
Zadovoljstvo s fizičnim (telesnim) zdravjem	3,67	4,0	4,0	0,889
Zadovoljstvo z duševnim zdravjem	4,04	4,0	5,0	0,918

Legenda: M – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.2. Rezultati prilagoditev na trgu dela v Mestni občini Ljubljana

V nadaljevanju predstavljamo rezultate ocen zadovoljstva anketirancev s prilagoditvami na trgu dela v MOL. V tabeli 4 so prikazani rezultati zadovoljstva anketirancev s prilagoditvami na trgu dela, pri čemer so najvišjo oceno zadovoljstva izrazili z možnostjo stalnega izobraževanja in usposabljanja na delovnem mestu ($M = 3,55$; $SD = 1,164$). Zadovoljni so tudi s prilagoditvami delovnih pogojev ($M = 3,38$; $SD = 1,077$). Najmanj so zadovoljni z oblikovanimi programi za pripravo na upokožitev, ki spodbujajo vključenost v družbo in aktivnost tudi po upokožitvi ($M = 2,71$; $SD = 1,093$), in s spodbujanjem nastajanja novih delovnih mest v zeleni ekonomiji oziroma krožnem gospodarstvu ($M = 2,74$; $SD = 1,069$). Razvidno je, da anketiranci v povprečju izkazujejo zadovoljstvo s prilagoditvami na trgu dela v MOL, saj so vse ocene zadovoljstva posameznih področij nad 2,5, povprečna skupna ocena zadovoljstva s prilagoditvami na trgu dela pa znaša 3,2. Skladno s temi rezultati lahko hipotezo 1, da so starejši ljudje iz MOL zadovoljni s prilagoditvami na trgu dela, potrdimo.

Tabela 4: Zadovoljstvo anketirancev s prilagoditvami na trgu dela

Ocena zadovoljstva	M	Me	Mo	SD	Min	Max
S prilagoditvami delovnih pogojev	3,38	3,00	3	1,077	1	5
S prilagodljivim delovnim časom in prostorom	3,33	3,00	3	1,095	1	5
Z usklajenostjo del. procesov z možnostim in sposobnostim v starosti	3,31	3,00	3	1,084	1	5
Z usklajevanjem del. obveznosti ter družinskih in družbenih obveznosti zunaj dela	3,41	3,00	3	0,979	1	5
S preprečevanjem starostne diskriminacije v delovnem okolju	3,33	3,00	4	1,180	1	5
S spodbujanjem prenosa znanja med generacijami	3,37	3,00	3	1,106	1	5
Z možnostjo stalnega izobraževanja in usposabljanja na del. mestu	3,55	4,00	3	1,164	1	5
Z oblikovanimi programi za pripravo na upokožitev	2,71	3,00	3	1,093	1	5
S spodbujanjem nastajanja novih del. mest v zeleni ekonomiji oz. krožnem gospodarstvu	2,74	3,00	3	1,069	1	5

Legenda: M – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SD – standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Iz podatkov tabele 5 so razvidne razlike v ocenah zadovoljstva s prilagoditvami na trgu dela v MOL glede na spol. Ugotavljamo, da so anketiranke najbolj zadovoljne z usklajevanjem delovnih obveznosti ter družinskih in družbenih obveznosti zunaj dela ($M = 3,40$; $SD = 0,883$) in s preprečevanjem starostne diskriminacije v delovnem okolju ($M = 3,38$; $SD = 1,135$). Najmanj pa so zadovoljne s spodbujanjem nastajanja novih delovnih mest v zeleni ekonomiji oziroma krožnem gospodarstvu ($M = 2,76$; $SD = 1,061$) in z oblikovanimi programi za pripravo na upokožitev ($M = 2,76$; $SD = 1,061$). Na drugi strani so anketiranci najbolj zadovoljni z možnostjo stalnega izobraževanja in usposabljanja

na delovnem mestu ($M = 3,69$; $SD = 1,104$) in s prilagodljivim delovnim časom in prostorom ($M = 3,45$; $SD = 1,105$). Tako kot anketirance so tudi anketiranci najmanj zadovoljni s spodbujanjem nastajanja novih delovnih mest v zeleni ekonomiji oziroma krožnem gospodarstvu ($M = 2,65$; $SD = 1,097$) in z oblikovanimi programi za pripravo na upokožitev ($M = 2,68$; $SD = 1,205$), kjer so bile povprečne ocene anketirancev nižje od ocen anketirank. Čeprav povprečne ocene zadovoljstva s prilagoditvami na trgu dela med anketirankami in anketiranci nekoliko odstopajo, lahko z rezultatom t-testa in stopnjo tveganja potrdimo statistično značilno razliko med spoloma le pri oceni zadovoljstva s prilagodljivim delovnim časom ($p = 0,019$) ter z možnostjo stalnega izobraževanja in usposabljanja na delovnem mestu ($p = 0,017$). Zato hipoteze 2, da se zadovoljstvo s prilagoditvami na trgu dela v MOL razlikuje glede na spol starejših ljudi, ne moremo potrditi.

Tabela 5: Zadovoljstvo anketirancev s prilagoditvami na trgu dela glede na spol

Ocena zadovoljstva	M		SD		p
	Ž	M	Ž	M	
S prilagoditvami delovnih pogojev	3,36	3,37	1,061	1,128	0,902
S prilagodljivim delovnim časom in prostorom	3,16	3,45	1,119	1,105	0,019
Z usklajenostjo del. procesov zmožnostim in sposobnostim v starosti	3,20	3,40	1,050	1,072	0,092
Z usklajevanjem del. obveznosti ter družinskih in družbenih obveznosti zunaj dela.	3,40	3,42	0,883	1,012	0,859
S preprečevanjem starostne diskriminacije v delovnem okolju	3,38	3,39	1,135	1,144	0,943
S spodbujanjem prenosa znanja med generacijami	3,31	3,37	1,194	1,128	0,647
Z možnostjo stalnega izobraževanja in usposabljanja na del. mestu	3,38	3,69	1,239	1,104	0,017
Z oblikovanimi programi za pripravo na upokožitev	2,82	2,68	1,021	1,205	0,246
S spodbujanjem nastajanja novih del. mest v zeleni ekonomiji oz. krožnem gospodarstvu	2,76	2,65	1,061	1,097	0,368

Legenda: M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, p – stopnja tveganja a. Vir: Lastna raziskava 2020.

V tabeli 6 so prikazani rezultati Pearsonovega koeficienta korelacije in statistične značilnosti povezanosti med spremenljivkama zadovoljstvo z delovnimi pogoji ter zdravstveno, finančno in materialno stanje anketirancev. Podatki kažejo, da je povezanost med spremenljivkama pozitivna in močna ($r = 0,702$) in tudi statistično značilna ($Sig. = 0,000$), zato lahko hipotezo 3, da je zadovoljstvo s prilagoditvami na trgu dela povezano z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem starejših ljudi iz MOL, potrdimo.

Tabela 6: Povezanost zadovoljstva s prilagoditvami na trgu dela in zdravstvenega, finančnega in materialnega stanja anketirancev

		Zadovoljstvo z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem	Zadovoljstvo s prilagoditvami na trgu dela
Zadovoljstvo z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem	Pearsonov koeficient korelacije	1	0,702
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N		596
Zadovoljstvo s prilagoditvami na trgu dela	Pearsonov koeficient korelacije	0,702	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	596	596

Legenda: Sig. (2-tailed) – statistična značilnost oz. stopnja tveganja α , N – velikost vzorca.

Vir: Lastna raziskava 2020.

6. Razprava

Z zagotavljanjem ustreznega delovnega okolja in potrebnimi prilagoditvami starejšim zaposlenim pripomoremo k podaljšanju njihove delovne aktivnosti in s tem doseganju ciljev in uspešnosti organizacij. Koncept aktivnega staranja podpira podaljševanje delovne aktivnosti starejših zaposlenih, kjer je, kot izpostavljajo Cox idr. (2019), pomembno razumevanje in upoštevanje njihovega fiziološkega, psihološkega in motivacijskega stanja. Starejši ljudje iz MOL izkazujejo zadovoljstvo s svojim zdravstvenim stanjem, tako fizičnim kot duševnim zdravjem, kar nas vodi do spoznanja, da imajo dobro osnovo za podaljševanje svoje delovne aktivnosti. Starejši ljudje iz MOL izražajo povprečno zadovoljstvo s prilagoditvami na trgu dela, pri čemer so najbolj zadovoljni z možnostjo stalnega izobraževanja in usposabljanja na delovnem mestu ter prilagoditvami delovnih pogojev. Manj zadovoljni so s programi za pripravo na upokojitve, ki bi jih spodbujali k vključenosti v družbo in aktivnosti po upokojitvi. Z omenjenimi programi bi lahko pomembno prispevali k motivaciji starejših ljudi za podaljševanje njihove delovne aktivnosti in aktivnega staranja v MOL. Z raziskavo ugotavljamo, da pri večini dejavnikov prilagoditev na trgu dela ne obstajajo razlike glede zadovoljstva med starejšimi ženskami in starejšimi moškimi, razen pri prilagoditvi delovnega časa in prostora ter možnosti stalnega izobraževanja in usposabljanja na delovnem mestu. Pri obeh dejavnikih starejši moški izražajo višje zadovoljstvo kot starejše ženske.

Pomemben vidik uspešnega upravljanja zaposlenih je tudi spodbujanje starostne raznolikosti, s čimer lahko organizacije izkoristijo človeški kapital starejših zaposlenih, saj Rožman (2018) poudarja, da se s konceptom aktivnega staranja in implementacijo upravljanja starejših zaposlenih doseže višja stopnja delovne zavzetosti ter zmanjša pojav stereotipov in ageizma. Rezultati naše raziskave kažejo, da so starejši ljudje iz MOL sorazmerno zadovoljni s preprečevanjem starostne diskriminacije v delovnem okolju, vendar pa pogrešajo programe za pripravo na upokojitve in spodbujanje nastajanja novih delovnih mest v zeleni ekonomiji oz. krožnem gospodarstvu. Ljubljana, kot starostno prijazno mesto in zelena prestolnica Evrope 2016, bi se morala usmeriti v pripravo učinkovitejših programov za pripravo na upokojitve ter spodbujanje vključenosti v družbo in aktivnosti starejših ljudi po upokojitvi. Prav tako bi se morali v MOL prilagoditi novim gospodarskim trendom, kot sta zelena ekonomija in krožno gospodarstvo.

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017) zaznava priložnosti za podaljševanje delovne aktivnosti starejših ljudi in vključevanje na trg dela predvsem v prilagodljivem delovnem času in prostoru, ustreznih pogojih dela, promoviranju in podpiranju pozitivnega mnenja o staranju, starejših in njihovem prispevku, preprečevanju starostne diskriminacije na delovnem mestu, krepitvi upravljanja starejših zaposlenih, spodbujanju prenosa znanja med generacijami ter v spodbujanju ustvarjalnosti vseh generacij na delovnem mestu. Z raziskavo ugotavljamo, da starejši ljudje iz MOL dokaj dobro ocenjujejo možnosti usposabljanja in izobraževanja na delovnem mestu, prilagodljivost delovnega časa in prostora ter usklajenost delovnega mesta in procesov njihovim zmožnostim in sposobnostim v starosti. Prav tako so dokaj zadovoljni s spodbujanjem prenosa znanja med generacijami ter preprečevanjem starostne diskriminacije v delovnem okolju. Bodo pa organizacije na področju prilagoditev na trgu dela morale razvijati tako dosedanje politike in prakse kot nove prakse, ki bodo osredotočene le na starejše zaposlene.

Moen idr. (2017) opozarjajo na pomen nadzora in samostojnosti pri odločanju o podaljšanju delovne aktivnosti, pri čemer so starejši ljudje zaradi nizkih dohodkov prisiljeni podaljševati svojo delovno aktivnost, kar ima negativne posledice na njihovo zdravje in počutje. Z raziskavo ugotavljamo pozitivno povezanost zdravstvenega, finančnega in materialnega stanja starejših ljudi z njihovim zadovoljstvom s prilagoditvami na trgu dela. Ta ugotovitev je pomembna za organizacijske spremembe v smeri razvoja takšne organizacijske kulture, ki bo starejšim zaposlenim omogočala ustrezno plačilo in kakovostno življenje ter jih na drugi strani spodbujala k podaljševanju delovne aktivnosti predvsem zaradi osebnega razvoja.

Med omejitvami raziskave bi izpostavili proučevanje aktivnega staranja preko štirih stebrov Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017), ki je sicer izredno kompleksno, a se morda ne osredotoča na vse dejavnike aktivnega staranja. Določeno omejitev vidimo v veliko večji zastopanosti starejših žensk pri anketiranju, kar bi bilo potrebno upoštevati pri nadaljnjih raziskavah. Prav tako bi bilo treba raziskavo razširiti na področje celotne Slovenije, s čimer bi na mikro ravni pridobili vpogled v učinkovitost organizacijskega upravljanja zaposlenih, na makro ravni pa učinkovitost Slovenije v konceptu dolgožive družbe.

7. Zaključek

Dolgoživa družba in organizacije se morajo pri oblikovanju ustreznega delovnega okolja usmeriti k oblikovanju ustreznih delovnih pogojev, delovnega časa in prostora za vse generacije, prilagoditvi izobraževanja in usposabljanja starejšim zaposlenim, prilagoditvi delovnih mest zmožnostim in sposobnostim starejših zaposlenih, uvajanju programov za spodbujanje aktivnega in zdravega načina življenja, uvajanju programov za pripravo na upokožitev, spodbujanju medgeneracijskega sodelovanja ter odpravi diskriminatornega obravnavanja starejših zaposlenih v delovnem okolju. V organizacijah je treba upravljanje starejših zaposlenih postaviti v ospredje, saj ti s svojim znanjem in izkušnjami ustvarjajo pomemben prispevek k uspešnosti in učinkovitosti organizacij. Celotna družba – in tudi Mestna občina Ljubljana – pa je pred izzivom opolnomočenja starejših ljudi za aktivno staranje, s katerim bodo pridobili močnejši vpliv na potek kariere ter možnosti samostojnega in dostojanstvenega življenja.

Literatura

- Beck, Vanessa. 2013. Employers use of older workers in the recession. *Employee Relations* 35(3): 257–271.
- Bubpa, Nisachon in Khanitta Nuntaboot. 2018. Diversity of foods among older people in northern communities of Thailand: Ways to promote health and wellness. *Journal of Health Research* 32(1): 95–104.
- Cox, Cody, Richard Posthuma, Fabian Castro in Eric Smith. 2019. *Managing Age Diversity in the Workplace*. *Oxford Research Encyclopedias*. Dostopno na: <https://oxfordre.com/business/view/10.1093/acrefore/9780190224851.001.0001/acrefore-9780190224851-e-190> (2. september 2020).

- Dimovski, Vlado in Jana Žnidaršič. 2006. Od koncepta zgodnjega upokojevanja k strategiji aktivnega staranja. *Kakovostna starost* 9(1): 2–14.
- Dimovski, Vlado. 2011. Age management. Sodobni pristopi k upravljanju starosti na delovnem mestu. *HRM revija* 9(42): 37–40.
- Ferreira Vasconcelos, Anselmo. 2018. Older workers as a source of wisdom capital: broadening perspectives. *Revista de Gestão* 25(1): 102–118.
- Foster, Liam in Alen Walker. 2014. Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist* 55(1): 1–8.
- Frerichs, Frerich., Robert M. Lindley, Paula Aleksandrowicz, Beate Baldauf in Sheila Galloway. 2012. Active ageing in organisations: a case study approach. *International Journal of Manpower* 33(6): 666–684.
- Gewolb, Sheila Jeanne. 2015. Working towards successful retirement: older workers and retirees speaking about ageing, change and later life. *Working with Older People* 19(1): 25–32.
- Ilmarinen, Juhani. 2012. *Promoting active ageing in the workplace*. European Agency for safety and health at work. Dostopno na: <https://osha.europa.eu/en/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace> (30. avgust 2020).
- Moen, Phyllis, Erik Kojola in Kate Schaefer. 2017. Organizational Change Around an Older Workforce. *The Gerontologist* 57(5): 847–856.
- Naegele, Gerhard in Alan Walker. 2006. *A guide to good practice in age management, European foundation for the improvement of living and working conditions*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Pavliha, Milan. 2013. Pojmovanje aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti. *Socialni izziv* 18(34): 36–38.
- Phansuea, Phenphop, Sookjaroen Tangwongchai, Thanapoom Rattananupong, Vitool Lohsoonthorn in Somrat Lertmaharit. 2020. Effectiveness of a Qigong program on sleep quality among community-dwelling older adults with mild to moderate depression: A randomized controlled trial. *Journal of Health Research* 34 (4): 305–315.
- Pitt-Catsoupes, Marcie., Christina Matz-Costa. in Melissa Brown. 2011. The Prism of Age: Managing Age Diversity in the Twenty-First-Century Workplace. V *Managing an Age-Diverse Workforce*, ur. Emma Parry in Shaun Tyson, 80–94. London: Palgrave Macmillan.
- Rožman, Maja in Polona Tominc. 2014. Upravljanje starostne raznolikosti na delovnih mestih. *Naše gospodarstvo* 60 (5–6): 3–11.
- Society for Human Resource Management. 2014. *Executive summary: Preparing for an aging workforce*. Alexandria, VA: Society for Human Resource Management.
- Stankiewicz, Katarzyna. 2015. Value of Age Diversity – Declarations and Practice in Polish Organizations. *Social Sciences* 3(89): 19–32.
- Touzery Hvalič, Simona. 2010. Nove perspektivne daljše udeležbe na trgu delovne sile v Sloveniji in na Hrvaškem. *Kakovostna starost* 13(3): 60–63.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Vlada RS.
- World Health Organization [WHO]. 2002. *Active Ageing: a policy framework*. Madrid: World Health Organization.
- Združenje delodajalcev Slovenije [ZDS]. 2010. *Staranje delovne sile – priložnost za podjetja*. Ljubljana: Združenje delodajalcev Slovenije.
- Žnidaršič, Jana. 2008. *Management starosti: organizacijski model aktivnega staranja*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Dostopnost do zdravstvenih storitev: izziv konceptu aktivnega staranja

Access to healthcare: a challenge to active ageing concept in the City of Ljubljana

Nejc Krašovec, mag. zdr. ved

Gerontološko društva Slovenije

dr. Nikolaj Lipič, viš. pred.

Gerontološko društva Slovenije

zasl. prof. ddr. Marija Ovsenik

Gerontološko društva Slovenije

Povzetek

Uvod: Demografske in z njo povezane družbene spremembe predstavljajo izziv tudi zdravstvenemu varstvu. Prav zato je v luči dolgoživosti slovenske družbe in poudarjanja pomena aktivnega staranja nujen strokovno kompetenten, družbeno sprejemljiv in ekonomsko vzdržen odziv slovenskega zdravstvenega sistema in lokalne skupnosti. Namen prispevka je raziskati dostopnost do zdravstvenih storitev v kontekstu aktivnega staranja v Mestni občini Ljubljana.

Metode: Metodološko vodilo naše raziskave je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Pri izražanju naklonjenosti do trditev v sklopu o dostopnosti do zdravstvenih storitev je sodelovalo 462 anketirancev, od tega 372 žensk in 90 moških.

Rezultati: Starejši iz MOL so pri izražanju zadovoljstva z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo zdravstvenih storitev izrazili najnižje zadovoljstvo prav z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL. Pri zadovoljstvu z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL obstajajo statistično značilne razlike med spoloma. Obstajajo tudi statistično značilne razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL glede na mesečni dohodek starejših.

Diskusija: Na osnovi rezultatov raziskave ugotavljamo, da se v vseh proučevanih segmentih raziskave – dostopnost, ponudba in kakovost zdravstvenih storitev – pojavlja največje nezadovoljstvo starejših iz MOL prav pri sami dostopnosti do zdravstvenih storitev v MOL.

Ključne besede: zdravstvene storitev, dostopnost, ponudba, kakovost, aktivno staranje, Mestna občina Ljubljana.

Abstract

Introduction: Demographic and related social changes pose a healthcare challenge. That is why, in terms of longevity of Slovenian society and emphasis on importance of active ageing, a professionally competent, socially acceptable and economically viable response from the Slovenian health-

care system and local community, is necessary. The purpose of the paper is to investigate healthcare accessibility in the context of active ageing in the City of Ljubljana.

Methods: Methodological guideline of our research is quantitative research method. 462 respondents, 372 women and 90 men, took part in expressing preference for claims relating to healthcare access section.

Results: When expressing satisfaction with accessibility, offer and quality of health services, the elderly from the City of Ljubljana expressed the lowest satisfaction with healthcare accessibility in the City of Ljubljana. There are statistically significant gender differences in satisfaction with healthcare access in the City of Ljubljana. There are statistically significant differences in satisfaction with healthcare access in the City of Ljubljana depending on monthly income of the elderly.

Discussion: Based on research results, all studied segments of research show that– accessibility, offer and quality of healthcare – the greatest dissatisfaction of the elderly from the City of Ljubljana relates to its healthcare accessibility.

Key words: healthcare, accessibility, offer, quality, active ageing, City of Ljubljana.

1. Uvod

Aktualna demografska problematika v Sloveniji in z njo povezane družbene spremembe predstavljajo izziv tudi zdravstvenemu varstvu. Prav zato je v luči dolgoživosti slovenske družbe nujen strokovno kompetenten, družbeno sprejemljiv in ekonomsko vzdržen odziv slovenskega zdravstvenega sistema, ki mora v proces oblikovanja rešitev vključiti vse ključne deležnike. Nikakor ne velja spregledati, da je pri vzpostavljanju konkretnih strokovnih rešitev in praks v okviru zdravstvenega varstva za prihodnjo dolgoživo slovensko družbo nujno treba upoštevati tudi mnenja, stališča in pričakovanja prebivalcev oziroma uporabnikov zdravstvenih storitev in programov, saj so prav oni, gledano iz uporabniške perspektive, ključni deležniki pri oblikovanju optimalnega modela aktivnega staranja v Sloveniji.

Globalne spremembe na področju zdravstvenega varstva je treba oblikovati za celoten življenjski cikel posameznika, kar sovpada z Eriksonovo (1976) teorijo življenjskega cikla oziroma psihosocialnega razvoja posameznika. Spremembe so potrebne za vse akterje zdravstvenega varstva – še predvsem pa za uporabnike storitev in programov zdravstvenega varstva v zdravstvenem sistemu.

V okviru demografskih sprememb, ki so aktualni izziv Slovenije in tudi globalnega sveta, se moramo zavedati, da le-te pomenijo prilagajanje in obremenitev za nacionalno zdravstveno varstvo. Raziskava Krašovec (2018) prav na področju dostopnosti zdravstvenih storitev poudarja potrebe prilagajanja zdravstvenega sistema dolgoživosti slovenske družbe in izpostavlja zaskrbljenost uporabnikov zdravstvenih storitev glede dostopnosti in kakovosti zdravstvenih storitev in programov.

Matysiewicz idr. (2015, 1) menijo, da mora biti vsak sistem zdravstvenega varstva osredotočen na izpolnjevanje potreb določene populacije. Dejansko raven potreb po zdravstvenem varstvu določajo številni dejavniki znotraj sistema in tudi same potrebe prebivalstva. Rezultat dejavnosti zdravstvenega varstva bi moralo biti izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva ali vsaj ohranitev trenutnega zdravstvenega stanja. Albreht (2015, 53) dodaja, da je zdravstveno varstvo skupek ponudnikov zdravstvenih dejavnosti, prebivalcev ter vseh sektorjev, služb in dejavnosti, ki omogočajo njegovo delovanje, in nadaljuje, da je zdravstveno varstvo sestavljeno iz dejavnosti, ki so povezane z ohranjanjem zdravja in preprečevanjem bolezni v najširšem smislu.

V zadnjem času, ki je zaznamovan z epidemiološkimi ukrepi ob pojavu in širjenju covid-19, se zaradi številnih varovalnih ukrepov v zdravstvenih institucijah omejuje dostopnost do nekaterih zdravstvenih storitev in programov. Prav zato je še toliko bolj potrebno problematizirati pomen

dostopnosti do zdravstvenih storitev v zdravstvenem varstvu, saj mora država zagotavljati enakopravno, suvereno in nediskriminatorno obravnavo vsakega državljana posebej. V primeru aktualne demografske problematike na eni in zaostrene epidemiološke slike na drugi strani, ki zaznamuje cel svet, bo zdravstveno varstvo v prihodnje mnogo bolj obremenjeno. Prav zaradi tega se vsem strokovnjakom kot tudi splošni populaciji poraja vprašanje o dostopnosti do zdravstvenih storitev znotraj močno obremenjenega zdravstvenega sistema.

Potrebno se je zavedati, da tudi dolgoživost slovenske družbe pomeni večjo obremenitev zdravstvenih storitev in programov v okviru zdravstvenega varstva. Dostopnost do zdravstvenih storitev pa je eden izmed ključnih dejavnikov koncepta aktivnega staranja, ki je predmet obravnave v tem prispevku. Izhajajo namreč iz predpostavke, da starejše osebe pogosteje potrebujejo zdravstveno obravnavo, zato je ključna dostopnost do teh storitev. Prav zaradi tega je zaskrbljujoča vzdržnost sistema zdravstvenega varstva v primeru, če ne bo ustreznih sistemskih sprememb in reforme glede dostopnosti do zdravstvenih storitev za vse generacije.

2. Teoretična izhodišča

2.1. Večdimenzionalnost demografskih sprememb

C. King in K. King (2010, 402) ugotavljata, da sedanji proces staranja v številnih industrializiranih državah pogosto spremlja znatni upad telesne, kognitivne in/ali družbene funkcije, ki vodi k izgubi neodvisnosti in kakovosti življenja, hkrati pa prispeva k višanju gospodarskih stroškov.

Higo in Ta Than (2015, 150–151) poudarjata, da so razvite države že doživele določeno stopnjo postopnega staranja prebivalstva, večina držav v razvoju pa je trenutno v postopku staranja ali pa se bo to začelo v prihodnjem desetletju in bo še toliko bolj intenzivno. Suhrcke idr. (2010, 377) navajajo, da se v državah z visokim družbenim standardom (vendar vse pogosteje tudi v hitro se razvijajočih se državah z nizkimi in srednjimi družbenim standardom) staranje pogosto obravnava kot problem, kajti večji delež starejših ljudi se namreč obravnava kot obremenitev za gospodarsko dinamiko in rast. Avtorji dodajajo, da se vse to odraža kot vse večje »nevzdržno« finančno breme za že obremenjeno zdravstveno ali socialno varnost in da je v letu 1994 Svetovna banka v svojem vplivnem poročilu z naslovom »Odpravljanje krize v starosti« zapisala: »Svet se približuje krizi zaradi starosti ..., delež starih prebivalcev se hitro širi in mladi se soočajo z različnimi gospodarskimi bremenami.« Vesper (2015, 187) dodaja, da je za regionalno dolgoročno načrtovanje in specifične inovacije v različnih družbenih sistemih – tudi zdravstvenem in socialnovarstvenem – za izboljšanje kakovosti življenja različnih starostnih skupin treba upoštevati kompleksnost demografskih vplivov.

In prav zato je treba v ospredje znanstvene obravnave dostopnosti do zdravstvenih storitev postaviti tudi relevantne demografske oziroma zdravstvenodemografske študije, saj gre za multidisciplinarno človeško znanost, ki izhaja iz antropologije, ekonomije, sociologije, biologije, medicine in epidemiologije ter drugih ved (Erb 2017; Gustaaf in Bonneux 2009; Haupt idr. 2011; Kertzer in Fricke 1997; Komadina 2003; Nejašmič 2005; Malačič 2003; Malačič 2006; Wachter 2014).

Paradigmo pri soočanju z demografskimi spremembami v Sloveniji je po mnenju Krašovca in Lipiča (2018, 249) možno identificirati šele v letu 2017, ko je možno identificirati vsaj nekaj politične volje in družbene naklonjenosti refleksiji aktualnih demografskih razmer in relevantnih družbenopolitičnih rešitev. Prvi korak je bil sprejem Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017), v kateri je bilo na osnovi demografskih analiz in projekcij ugotovljeno, da se starostna struktura prebivalstva spreminja, da slovenska družba postaja dolgoživa, delež starejših od 65 let narašča in se bo povečeval tudi v prihodnje. Vse to ima učinke na družbeno in gospodarsko rast, daljšanje življenjske dobe in spreminjanje starostne strukture prebivalstva.

Krašovec in Lipič (2018) navajata, da se strategija dolgožive družbe v prizmi demografskih sprememb osredotoča predvsem na ukrepe za zagotavljanje pogojev za aktivno staranje. Ob tem pa dodajata, da lahko le z neprekinjenim in sistematičnim spremljanjem uresničevanja na eni ter sprotnim dopolnjevanjem in usmerjanjem strategije na drugi strani odgovarja dejanskim izzivom okolja. To je še posebno ključno v času izrazito dinamičnega gospodarskega in družbenega okolja ter resnih epidemioloških razmer. Prav slednje vplivajo na psihofizično zdravje in počutje starejših, zato je treba krepitev udeleževanja koncepta aktivnega staranja, ki poudarja dejavnost in ustvarjalnost v vseh obdobjih staranja, skrb za zdravje in medgeneracijsko sodelovanje ter solidarnost (UMAR 2017, 6).

2.2. Pravičnost in neenakost v zdravju

Levasseur idr. (2017, 3) opredeljujejo pravičnost v zdravstvu kot odsotnost nepoštenih sistemov in politik, ki povzročajo neenakost na področju zdravja, tj. prisotnost skupin ljudi, ki so bolj izpostavljeni slabemu splošnemu zdravju kot splošna populacija. Prav tako navajajo, da neenakosti v zdravju izhajajo iz kopičenja izpostavljenosti v različnih stopnjah in iz vsakodnevnih življenjskih situacij, ki povzročajo grožnje, strah in težave pri spopadanju. Podrobneje pravičnost v zdravstvu opredeljujejo kot zmanjšanje neenakosti s povečanjem priložnosti in pogojev, ki pripomorejo k zdravju za celotno populacijo, in sicer z izboljšanjem življenjskih in delovnih razmer, reševanjem neenakomerne porazdelitve moči, denarja in virov,

merjenjem in razumevanjem pravičnosti, krepitevijo politik za spodbujanje zdravja in preprečevanje bolezni.

Glavne skupine dejavnikov, po Levasseurju idr. (2017, 3), opredeljenih kot pomembnih pri razlagi neenakosti na področju zdravja, so pomembni dejavniki (gospodarsko in fizično okolje, vključno s pogoji bivanja), psihosocialni stresorji (negativni dogodki, stresne okoliščine, pomanjkanje podpore) in vedenjski dejavniki (kajenje, prehrana, uživanje alkohola, telesna vadba itd.).

Tao idr. (2013, 1) so mnenja, da bi zmanjšanje regionalnih razlik pri uporabi zdravstvenih storitev moralo upoštevati vplivanje dejavnikov, kot sta dostopnost do zdravstvenih storitev in izobraževanja. Prav tako bi delitev sredstev za določeno zdravstveno storitev na enem področju morala upoštevati geografsko porazdelitev istih storitev na sosednjih področjih, saj so lahko bolniki pripravljene uporabljati te storitve na območjih, ki so nedaleč od kraja prebivališča.

Za reševanje neenakosti na področju zdravja so rešitve v obravnavi neenakomerne razporeditve determinant zdravja, kot so dohodek in socialni status, izobraževanje in pismenost, fizično okolje, socialna podpora in sposobnost spoprijemanja, življenjski slog in dostopnost do zdravstvenih storitev (Levasseur idr. 2017, 3).

2.3. Dostopnost do zdravstvenih storitev – izziv za koncept aktivnega staranja

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017, 46) v Sloveniji identificira pojav neenakosti v zdravstvu glede na izobrazbo, starost in položaj posameznika ali družbe. Vzporedno z vsemi dejavniki predstavljajo največjo oviro demografske spremembe in staranje prebivalstva, saj so starejše osebe bolj nagnjene k nastanku nekaterih bolezni. Zato so v strategiji podali različne usmeritve, kot so oblikovanje programov na področju socialno šibkejših, ozaveščanje prebivalstva o zdravem načinu življenja in preprečevanje oviranosti starejših, zgodnje diagnosticiranje nevrodegenerativnih bolezni, ureditev področja najpogostejših starostnih bolezni (demenca, diabetes ...), posebna skrb za duševno zdravje ekonomsko ranljivejših skupin in oblikovanje ukrepov in programov za enakost starejših in starajočih se invalidov (samostojna in polna vključenost v družbo).

3. Namen in cilj

Namen prispevka je raziskati dostopnost do zdravstvenih storitev v kontekstu aktivnega staranja v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju MOL) in ali se pojavljajo kakšne razlike glede na različne socialnodemografske okoliščine v dostopnosti do zdravstvenih storitev pri implementaciji koncepta aktivnega staranja na individualni in širše družbeni ravni. Cilj prispevka je preučiti možnosti za prilagoditev sistema zdravstvenega varstva na ravni dostopnosti do zdravstvenih storitev z namenom izboljšanja pogojev za aktivno staranje v MOL.

Zastavili smo si naslednje tri hipoteze:

H1: Starejši iz MOL so zadovoljni z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v svoji občini.

H2: Obstajajo statistično značilne razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo in kakovost zdravstvenih storitev glede na spol starejših iz MOL.

H3: Obstajajo statistično značilne razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo zdravstvenih storitev glede na višino dohodka starejših iz MOL.

4. Metodologija

4.1. Metode, tehnike zbiranja in obdelava podatkov

Metodološko vodilo naše raziskave je bil kvantitativni raziskovalni pristop. V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo in metodo kompilacije, v empiričnem delu pa metodo anketiranja, metodo deskriptivne in inferenčne statistike ter metodi analize in sinteze, ki sta bili v pomoč pri oblikovanju zaključnih spoznanj. Z metodo interpretacije smo prikazali in pojasnili ugotovitve naše raziskave.

Pridobljene podatke smo obdelali s statističnimi metodami (opisna statistika in bivariatne analize), pri čemer smo uporabljali programa MS Excel in IBM SPSS. Rezultate smo predstavili s pomočjo opisne statistike in jih interpretirali skladno z raziskovalnimi cilji tako, da smo ugotovitve anketne raziskave primerjali z ugotovitvami teoretičnega dela. Glede na tip merske lestvice smo podatke ustrezno predstavili. Nominalne spremenljivke smo predstavili s frekvencami in odstotki, za številске podatke smo navajali povprečne vrednosti in standardni odklon. Za preverjanje razlik med spremenljivkami smo uporabili analizo neodvisnega t-testa in ANOVA.

4.2. Opis instrumenta

Kot raziskovalni instrument smo uporabili avtorski strukturirani anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega in odprtega tipa z različnih področij aktivnega staranja. V tem prispevku smo se osredotočili le na ožjo raziskavo dostopnosti do zdravstvenih storitev. Anketiranci so svojo naklonjenost do šest trditev o dostopnosti do zdravstvenih storitev izražali na petstopenjski intervalni lestvici, kjer 1 pomeni zelo nezadovoljen in 5 zelo zadovoljen.

4.3. Opis vzorca

V celotni raziskavi o aktivnem staranju v MOL je sodelovalo skupaj 597 anketirancev. V tabeli 1 predstavljamo spolno strukturo anketirancev iz MOL, iz katere je razvidno, da je več kot štiri petine anketiranih ženskega spola in manj kot petina anketiranih moškega spola. Neravnovesje v spolni strukturi lahko pripisujemo okoliščinam, da so se dogodkov, na katerih je bilo izvedeno anketiranje, v večini udeležile starejše ženske.

Tabela 1: Spol anketirancev

Spol	Število anketirancev	Delež (%)	Kumulativni delež (%)
Ženski	486	81,4	81,4
Moški	111	18,6	100,0
Skupaj	597	100,0	

Vir: Lastna raziskava 2020.

Povprečna starost anketirancev je znašala 68,07 leta (SD = 7,81), največ anketirancev je bilo starih 72 let (Mo = 72). Najstarejša anketirana oseba je bila stara 90 let in najmlajša 55 let.

Pri izražanju naklonjenosti do trditev v sklopu dostopnosti do zdravstvenih storitev je sodelovalo 462 anketirancev, od tega 372 žensk (80,5 %) in 90 moških (19,5 %).

Glede na postavljeno tretjo hipotezo, ki se navezuje na ugotavljanje razlik v dostopnosti, ponudbi in kakovosti zdravstvenih storitev med starejšimi iz MOL glede na višino mesečnega dohodka, smo v tabeli 2 prikazali tudi strukturo anketirancev glede na mesečne dohodke. Ugotavljamo, da mesečni dohodek več kot tri petine anketiranih (60,9 %) ne presega 1200 evrov. Pri več kot desetini (14,6 %) znaša mesečni dohodek med 1201 in 1500 evri, ostalim razredom mesečnih prihodkov pripada manj kot desetina anketiranih.

Tabela 2: Višina dohodka anketiranih oseb

Mesečni dohodek	Število anketirancev	Delež (%)	Kumulativni delež (%)
301–600 €	57	9,5	9,5
601–900 €	183	30,7	40,2
901–1200 €	180	30,2	70,4
1201–1500 €	87	14,6	84,9
1501–1800 €	39	6,5	91,5
Nad 1800 €	51	8,5	100,0
Skupaj	597	100,0	

Vir: Lastna raziskava 2020.

5. Rezultati

5.1. Splošne razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo ter kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL

V tabeli 3 so predstavljeni rezultati zadovoljstva z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL. Pri tem je sodelovalo 462 anketirancev, ki so naklonjenost izražali na petstopenjski lestvici stališč, kjer 1 pomeni »zelo nezadovoljen« in 5 »zelo zadovoljen«. Presenečajo nas rezultati, da se anketiranci pri nobeni trditvi niso ekstremno nagibali k zadovoljstvu ali nezadovoljstvu, ampak so večinoma izbirali srednji »nevtralen« odgovor »zadovoljen/nezadovoljen«. Med podanimi možnostmi so sodelujoči najbolj zadovoljni »s kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL« (M = 3,19; SD = 1,025), sledi zadovoljstvo »s ponudbo zdravstvenih storitev v MOL« (M = 3,14; SD = 1,036). Najmanj pa so anketiranci zadovoljni »z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL«

(M = 3,11; SD = 1,115). Prav slednji rezultat potrjuje splošno javno mnenje v Sloveniji, da prav dostopnost do zdravstvenih storitev predstavlja osrednji problem mreže zdravstvenih storitev.

Tabela 3: Splošne razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo ter kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL

Zadovoljstvo	N	M	SD
Z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL	462	3,11	1,115
S ponudbo zdravstvenih storitev v MOL	462	3,14	1,036
S kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL	462	3,19	1,025

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.
Vir: Lastna raziskava, 2020.

5.2. Razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo ter kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL glede na spol

V tabeli 4 smo rezultate anketirancev (N = 462) z zadovoljstvom z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL primerjali glede na spol. Pri vseh trditvah lahko opazimo višje zadovoljstvo moške populacije v primerjavi z ženskami. Moški anketiranci so najbolj zadovoljni »z dostopnostjo zdravstvenih storitev v MOL« (M = 3,33; SD = 1,112), sledi zadovoljstvo »s ponudbo zdravstvenih storitev v MOL« (M = 3,27; SD = 1,068), najmanj izražajo zadovoljstvo »s kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL« (M = 3,20; SD = 1,051). Pri ženskah, ki smo jih anketirali, je vrstni red zadovoljstva ravno obrnjen, saj izražajo največje zadovoljstvo »s kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL« (M = 3,19; SD = 1,020), nadalje zadovoljstvo »s ponudbo zdravstvenih storitev v MOL« (M = 3,11; SD = 1,027) in na koncu zadovoljstvo »z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL« (M = 3,06; SD = 1,11).

Tabela 4: Razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo ter kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL glede na spol

Zadovoljstvo	Spol	N	M	SD
Z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL	Ženski	372	3,06	1,111
	Moški	90	3,33	1,112
S ponudbo zdravstvenih storitev v MOL	Ženski	372	3,11	1,027
	Moški	90	3,27	1,068
S kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL	Ženski	372	3,19	1,020
	Moški	90	3,20	1,051

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.
Vir: Lastna raziskava, 2020.

5.3. Razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo ter kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL glede na višino mesečnega dohodka

Zadovoljstvo z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo zdravstvene storitve v MOL glede na višino mesečnega dohodka prikazujemo v tabeli 5. Najbolj zadovoljni »z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL« so anketiranci z najnižjim mesečnim dohodkom med 301 in 600 evri (M = 3,5; SD = 0,834) ter mesečnim dohodkom med 1501 in 1800 evri (M = 3,50; SD = 1,207), najmanjše zadovoljstvo »z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL« se pokaže pri anketirancih z mesečnim

dohodkom med 1201 in 1500 evri ($M = 2,60$; $SD = 1,123$) ter mesečnim dohodkom med 601 in 900 evri ($M = 3,09$; $SD = 1,075$). Najvišje zadovoljstvo »s ponudbo zdravstvenih storitev v MOL« ponovno izrazijo anketiranci z mesečnim prihodkom med 1501 in 1800 evri ($M = 3,50$; $SD = 0,971$) ter 301 in 600 evri ($M = 3,36$; $SD = 0,821$), najmanj so »s ponudbo zdravstvenih storitev v MOL« zadovoljni anketiranci z mesečnim dohodkom med 1201 in 1500 evri ($M = 2,95$; $SD = 0,982$) ter mesečnim dohodkom nad 1800 evri ($M = 3,08$; $SD = 0,967$). Najzadovoljnejši »s kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL« so anketiranci z mesečnim prihodkom med 1501 in 1800 evri ($M = 3,67$; $SD = 1,121$) ter mesečnim prihodkom nad 1800 evri ($M = 3,42$; $SD = 1,131$), najmanj zadovoljstva »s kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL« pa se kaže pri anketirancih z mesečnim dohodkom med 1201 in 1500 evri ($M = 2,95$; $SD = 0,872$) ter 601 in 900 evri ($M = 3,11$; $SD = 0,998$).

Tabela 5: Razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo ter kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL glede na višino dohodka

Zadovoljstvo	Višina mesečnega dohodka	N	M	SD
Z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL	301–600 €	42	3,50	0,834
	601–900 €	135	3,09	1,075
	901–1200 €	153	3,12	1,135
	1201–1500 €	60	2,60	1,123
	1501–1800 €	36	3,50	1,207
	Nad 1800 €	36	3,17	1,082
	Skupaj	462	3,11	1,115
S ponudbo zdravstvenih storitev v MOL	301–600 €	42	3,36	0,821
	601–900 €	135	3,13	0,960
	901–1200 €	153	3,10	1,180
	1201–1500 €	60	2,95	0,982
	1501–1800 €	36	3,50	0,971
	Nad 1800 €	36	3,08	0,967
	Skupaj	462	3,14	1,036
S kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL	301–600 €	42	3,21	1,159
	601–900 €	135	3,11	0,998
	901–1200 €	153	3,18	0,988
	1201–1500 €	60	2,95	0,872
	1501–1800 €	36	3,67	1,121
	Nad 1800 €	36	3,42	1,131
	Skupaj	462	3,19	1,025

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava, 2020.

6. Razprava

V razpravi se osredotočamo na preverjanje treh zastavljenih hipotez, ki podrobneje razlagajo vpliv socialnodemografskih okoliščin na dostopnost, ponudbo in kakovost zdravstvenih storitev v Mestni občini Ljubljana.

Tao idr. (2013, 1) poudarijo, da bi za zmanjšanje razlik pri uporabi zdravstvenih storitev morali upoštevati tudi dostopnost do zdravstvenih storitev, ki hkrati zajema geografsko porazdelitev zdravstvenih storitev, zato smo si kot prvo hipotezo zastavili, da so starejši iz MOL zadovoljni z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v svoji občini. Hipoteze ne moremo ne potrditi ne ovreči, saj se anketiranci niso ekstremno nagibali niti k zadovoljstvu niti nezadovoljstvu, ampak so večinoma izbirali »uravnotežen« odgovor zadovoljen/nezadovoljen. Ob tem je treba poudariti, da so izmed vseh treh možnih trditvev o zadovoljstvu »s kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL« ($M = 3,19$; $SD = 1,025$), »s ponudbo zdravstvenih storitev v MOL« ($M = 3,14$; $SD = 1,036$) in »z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL« ($M = 3,11$; $SD = 1,115$) prav pri dostopnosti do zdravstvenih storitev v MOL izrazili najnižje zadovoljstvo. Verjetno je to signal, ki bo zahteval ustrezen strokovni in politični odziv.

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017, 46) opozarja, se v Sloveniji pojavljajo neenakosti v zdravstvu glede na izobrazbo, starost in položaj posameznika ali družbe. Iz tega smo sklepali, da bi na neenakost zdravstvenih storitev v MOL lahko vplival tudi spol posameznika. Zato smo z drugo hipotezo preverjali, ali obstajajo statistično značilne razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo zdravstvenih storitev glede na spol starejših iz MOL. Rezultati raziskave kažejo na to, da samo v enem delu hipoteze, ki se navezuje na zadovoljstvo z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL, obstajajo statistično značilne razlike med spoloma ($p = 0,034$), medtem ko pri drugem in tretjem delu hipoteze, ki se navezujeta na zadovoljstvo s ponudbo zdravstvenih storitev v MOL ($p = 0,207$) in zadovoljstvo s kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL ($p = 0,904$), ne moremo dokazati statistično značilnih razlik med spoloma starejših iz MOL. Tako lahko drugo hipotezo potrdimo zgolj v segmentu zadovoljstva z dostopnostjo do zdravstvenih storitev in ne v delu zadovoljstva s ponudbo in kakovostjo zdravstvenih storitev v MOL. Tudi v tem delu raziskave se anketiranci niso močno opredelili v smer ekstremnega zadovoljstva ali ekstremnega nezadovoljstva, ampak so pri vseh treh podanih trditvah izražali zadovoljstvo bolj nevtrarno ($3,06 \leq M \leq 3,33$).

Levasseur idr. (2017, 3) menijo, da so za reševanje neenakosti na področju zdravja možne rešitve v obravnavi neenakomerne razporeditve determinant zdravja, kot so dohodek in socialni status, izobraževanje in pismenost, fizično okolje, socialna podpora in sposobnost spoprijemanja, življenjski slog in dostopnost do zdravstvenih storitev. Tako smo na podlagi teoretičnih izhodišč postavili tretjo hipotezo, ki pravi, da obstajajo statistično značilne razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo zdravstvenih storitev glede na višino dohodka starejših iz MOL. Iz rezultatov je razvidno, da lahko navedeno hipotezo zgolj delno potrdimo. Pri anketirancih je možno ponovno zaznati statistično značilno razliko v delu, ki se navezuje na zadovoljstvo z dostopnostjo do zdravstvenih storitev v MOL ($p = 0,000$). Pri zadovoljstvu s ponudbo zdravstvenih storitev v MOL ($p = 0,127$) in zadovoljstvu s kakovostjo zdravstvenih storitev ($p = 0,170$) pa ni možno potrditi statistično značilnih razlik glede na višino dohodka starejših iz MOL.

7. Zaključek

Aktualna demografska problematika v Sloveniji in z njo povezane družbene spremembe predstavljajo velik izziv tudi zdravstvenemu varstvu. Prav zato je v luči dolgoživosti slovenske družbe in poudarjanja pomena aktivnega staranja nujen strokovno kompetenten, družbeno sprejemljiv in ekonomsko vzdržen odziv slovenskega zdravstvenega sistema, ki mora v proces oblikovanja rešitev vključiti vse ključne deležnike.

Zavedati se moramo, da hitro staranje prebivalstva vzporedno pomeni večjo obremenitev storitev v okviru zdravstvenega varstva. Ena izmed osrednjih zdravstvenovarstvenih težav je dostopnost do zdravstvenih storitev. Predpostavljamo, da lahko z zagotavljanem enakopravne in nediskriminatorne dostopnosti do zdravstvenih storitev veliko pripomoremo k razvoju aktivne dolgožive družbe. Prav s takšno družbo pa lahko v prihodnje prispevamo k razbremenitvi zdravstvenega varstva in boljši dostopnosti, ponudbi in kakovosti zdravstvenih storitev.

Iz rezultatov raziskave lahko ugotovimo, da se v vseh proučevanih segmentih raziskave – dostopnost, ponudba in kakovost zdravstvenih storitev – pojavlja največje nezadovoljstvo starejših iz MOL prav pri dostopnosti do zdravstvenih storitev v MOL, medtem ko ponudba in kakovost teh storitev v MOL nekako odgovarjata potrebam, pričakovanjem in željam občanov. Vendar se moramo vprašati, kaj bi pomenilo te ugotovitve raziskave preslikati na nacionalno raven: če so starejši iz urbanega okolja, ki ima sorazmerno dostopno mrežo zdravstvenih storitev in programov, nezadovoljni, kaj potem lahko pričakujemo v ruralnih predelih Slovenije pri izražanju zadovoljstva z dostopnostjo do zdravstvenih storitev. Vsekakor bi bilo treba raziskavo razširiti tudi v druga okolja in ugotavljati razlike urbano versus ruralno. Vse to so izzivi pri udejanjanju koncepta aktivnega staranja širom Slovenije.

Literatura

- Albreht, Tit. 2015. *Zdravstveno varstvo in organizacija zdravstvene dejavnosti – Načela in nekatere značilnosti v Evropi in v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Bonneux, Luc in Antoon Gustaaf. 2009. Medical Demography and Epidemiology: Dizygotic Twins. *European Journal of Epidemiology* 24 (4): 157–159.
- Erb, M. Wendy. 2017. Demography. V *The International Encyclopedia of Primatology*, ur. Agustín Fuentes, 1–2. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Haupt, Arthur, Thomas Kane in Carl Haub. 2011. *Population Handbook. 6th Ed.* Washington: Population Reference Bureau.
- Higo, Masa in Hafiz Ta Khan. 2015. Global Population Aging: Unequal Distribution of Risks in Later Life between Developed and Developing Countries. *Global Social Policy: An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development* 15 (2): 146–166.
- Kertzer, I. David in Tom Fricke. 1997. *Anthropological Demography*. Chicago in London: The University of Chicago.
- King, C. Abby in K. Diane King. 2010. Physical Activity for an Aging Population. *Public Health Reviews* 32 (2): 401–426.
- Komadina, Dominik. 2003. *Statistika v zdravstvu: učbenik za visoko zdravstveno šolo*. DZS: Ljubljana.
- Krašovec, Nejc. 2018. Izzivi zdravstvenega varstva v času demografskih sprememb in dolgožive družbe. Magistrsko delo. Maribor: Alma Mater Europaea – ECM.
- Krašovec, Nejc in Nikolaj Lipič. 2018. Strategija dolgožive družbe: odgovor na demografske spremembe in izziv zdravstvenemu varstvu. V *Za človeka gre: izzivi za znanost in izobraževanje*, ur. Bojana Filej, 249–262. Maribor: Alma Mater Europaea – ECM.
- Levasseur, Mélanie, Marie-France Dubois, Mélissa Génereux, Verena Menec, Raina Parminder, Mathieu Roy, Catherine Gabaude, Yves Couturier in Catherine St-Pierre. 2017. Capturing How Age-Friendly Communities Foster Positive Health, Social Participation and Health Equity: A Study Protocol of Key Components and Processes That Promote Population Health in Aging Canadians. *BMC Public Health* 17 (1): 1–11.
- Malačič, Janez. 2003. *Demografija: teorija, analiza, metode in modeli – 5. izdaja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Malačič, Janez. 2006. *Demografija: teorija, analiza, metode in modeli*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Matysiewicz, Justyna, Izabela Sztangret in Slawomir Smyczek. 2015. Building customer value in health care network. V *IE 2015 – The 14th International Conference of Informaticd in Economy, Education, Research and Business Tehnologies*, ur. Gheorghe Cosmin, Robert Silaghi, Andrei Buchmann in Catalin Boja, 1–6. Singapur: GS&TF.
- Nejašmič, Ivo. 2005. *Demogeografija: stanovništvo u prostornim odnosima i procesima*. Zagreb: Školska knjiga.
- Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <http://pxweb.stat.si/pxweb/dialog/statfile2.asp> (8. december 2018).
- Suhrcke, Marc, Elena Fumagalli, in Ruth Hancock. 2010. Is There a Wealth Dividend of Aging Societies?. *Public Health Reviews* 32 (2): 377–400.

- Tao, Li, Liu Jiming in Bo Xiao. 2013. Effects of Geodemographic Profiles on Healthcare Service Utilization: A Case Study on Cardiac Care in Ontario, Canada. *BMC Health Services Research* 13 (1): 239–249.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj; Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.
- Veser, Alexander, Florian Sieber, Stefan Groß in Stephan Prückner. 2015. The Demographic Impact on the Demand for Emergency Medical Services in the Urban and Rural Regions of Bavaria, 2012–2032. *Journal of Public Health* 23 (4): 181–188.
- Wachter, W. Kenneth. 2014. *Essential demographic methods*. London: Harvard university press.

Aktivno staranje športnikov specialne olimpijade v Mestni občini Ljubljana

Active ageing of Special Olympics athletes in the City of Ljubljana

doc. dr. Tine Kovačič, dipl. fiziot.

Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor

Povzetek

Uvod: Sodobna družba se spopada z izzivom, kako ranljivim skupinam odraslih športnikov z intelektualnimi in razvojnimi motnjami (IRM) v procesu aktivnega staranja zagotoviti ustrezno podporo za izboljšanje telesne pripravljenosti in kakovosti življenja (KŽ). Namen naše študije je bil raziskati kratkoročni vpliv treh različnih programov telesne dejavnosti pod okriljem društva Specialna olimpijada Slovenije (SO) na posamezne komponente telesne pripravljenosti starajočih se športnikov z IRM.

Metode: Uporabili smo razlagalno obliko integracije kvantitativnih in kvalitativnih metod z zaporednim zbiranjem podatkov. V kvantitativnem delu smo uporabili protokol dvojno slepe stratificirane randomizirane klinične študije, v katerem je bilo 30 gibalno nedejavnih odraslih z IRM iz Mestne občine Ljubljana razvrščenih v dve študijski skupini, in sicer fun fitness plus (N = 10) in wellness skupino (N = 10), ter v kontrolno skupino (N = 10; redni trening SO). Ocenjevanje telesne pripravljenosti in KŽ je bilo opravljeno na začetku in na koncu 4-mesečne študije. V kvalitativnem delu študije smo uporabili kvalitativni fenomenološki pristop. Šest starajočih odraslih z IRM smo vključili v polstrukturiran in poglobljen intervju. Študijo je odobrila Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije (št. 0120-598/2017/7).

Rezultati: Na podlagi analize kvantitativnih in kvalitativnih rezultatov ugotavljamo, da so bile statistično pomembne razlike v rezultatih vseh funkcionalnih testov za ocenjevanje telesne pripravljenosti udeležencev z IRM v fun fitness plus posledica pospešenega motoričnega učenja, ki je znatno prispevalo k zmanjšanju motenj tako na področjih gibljivosti, mišične moči in vzdržljivosti, ravnotežja in aerobne zmogljivosti kot tudi na področjih dejavnosti in sodelovanja starajočih se odraslih z IRM, kar je posledično vplivalo na izboljšanje KŽ.

Zaključek: Obstoječa študija prispeva h globljemu in širšemu razumevanju vpliva različnih promocijskih programov telesne dejavnosti na komponente telesne pripravljenosti in domene KŽ starajočih se odraslih z IRM.

Ključne besede: aktivno staranje, odrasli z intelektualnimi in razvojnimi motnjami, specialna olimpijada

Abstract

Introduction: Modern society faces a challenge of providing vulnerable groups of adult athletes with intellectual and developmental disabilities (IDD) in active ageing process with appropriate support in improving physical fitness and quality of life (QOL). The purpose of the study is to define short-

-term impact of three different programs of physical activity within Special Olympics Slovenia (SO) on individual components of physical fitness of ageing athletes with IDD.

Methods: The mixed-method sequential explanatory design method was used. In quantitative double-blind, randomized clinical trial protocol with stratification was used in quantitative part, where 30 physically inactive adults with IDD from the City of Ljubljana were classified in 2 study groups: fun fitness plus (N = 10), wellness group (N = 10) and control group (N = 10; regular exercise SO). Physical fitness test and QOL assessment were done at the beginning and end of four month study. Qualitative phenomenological approach was used in qualitative part of the study. A semi-structured, in-depth interview for 6 ageing adults with IDD was used. The study was approved by RS National Medical Ethics Committee (No. 0120-598/2017/7).

Results: Quantitative and qualitative analysis results show that statistically significant differences in all physical fitness test results of participants with IDD in fun fitness plus group were due to accelerated motor learning, which has significantly contributed to reduction of flexibility, muscular strength and endurance, balance and aerobic capacity and also in the field of activity and participation of ageing adults with IDD consequently improving the QOL.

Conclusion: Existing study contributes to deeper and broader understanding of different physical activity promotion programs' impact on components of physical fitness and QOL domains of ageing people with IDD.

Key words: active ageing, adults with intellectual and developmental disabilities, Special Olympics.

1. Uvod

Staranje, vključujoč zdravo staranje, aktivno staranje, produktivno staranje in harmonično staranje, so proučevale številne paradigme (Liang in Luo 2012; Johnson in Mutchler 2014; Foster in Walker 2015). Morda najbolj kontroverzen pristop med proučevanimi je »uspešno staranje« (Rowe in Kahn 1997). Koncept aktivnega staranja temelji sicer na vizionarskih dokumentih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) na prehodu v novo tisočletje, ki temelji na spoštovanju človekovih pravic tudi starajoče se populacije odraslih oseb z intelektualno motnjo ter na načelih Združenih narodov glede neodvisnosti, dostojanstva, sodelovanja, pravice do ustrezne oskrbe in podpore pri polnem vključevanju v skupnost (Evenhuis idr. 2000; World Health Organization 2000). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje aktivno staranje kot proces, ki spodbuja in krepi možnosti za zdravje, vključenost v družbo ter ustrezno varnost, zaščito in oskrbo s ciljem boljše kakovosti življenja v starosti (World Health Organization 2000). Nobena od objavljenih študij (ki jih je v svojem poročilu navedla Svetovna zdravstvena organizacija) s konceptom aktivnega staranja na večinski populaciji starejših ni bila opravljena na populaciji z intelektualno motnjo (World Health Organization 2000), čeprav se njegova implementacija promovira tudi pri tej ranljivi populaciji. Republika Slovenija se je s sprejemom Resolucije o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, kot ključnim strateškim dokumentom socialnega varstva, zavezala tudi k izboljšanju kakovosti življenja odraslih oseb z intelektualno motnjo in k povečanju njihove socialne vključenosti (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva 2013). Za vse deležnike, ki potrebujejo ali bodo potrebovali storitve dolgotrajne oskrbe, je predvidela sistemsko ureditev s povezanimi zdravstvenimi in socialnimi storitvami (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2014). Posameznikom in ciljnim skupinam omogoča, da vse življenje uresničujejo svoje telesne, socialne in umske sposobnosti, da enakopravno sodelujejo v družbi in se aktivno vključujejo v skupnost. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) poudarja tri pomembne stebre aktivnega staranja, in sicer zdravje, sodelovanje in varnost; vsem, ne glede na starost, omogoča priložnosti, da uživajo življenje v polni meri (World Health Organization 2002). Aktivno staranje je neprekinjeno udejstvovanje na ekonomskem, socialnem, kulturnem in civilnem področju, in sicer kot nadgradnja že doseženega in ne le kot podaljša-

nje gibalne aktivnosti starejših oziroma podaljševanje zaposlenosti (Vertot 2010, 8). Aktivno staranje večinske populacije pomeni tudi, da starejši ostajajo vključeni v formalna delovna razmerja ali druge prostovoljne produktivne aktivnosti in da živijo kakovostno (European Commission 2013). Ko primerjamo osebe z intelektualno motnjo in drugimi razvojnimi motnjami s sovrstniki iste starostne skupine v večinski populaciji, se prvi srečujejo z večjo stopnjo obolevnosti (Hanlon idr. 2018), zlasti na področju kroničnih nenalezljivih bolezni (Carey idr. 2016), umrljivosti in neenakopravnosti pri nudenju zdravstvenih storitev v primerjavi z drugimi v večinski populaciji odraslih (Dieckmann idr. 2015). Prav prioritizacija aktivnega in kakovostnega staranja je pripeljala do povečane skrbi za starajočo se generacijo odraslih ljudi z intelektualno motnjo in ustreznega odziva zdravstvenih institucij na njihove specifične zdravstvene potrebe ter do tega, da so ti pri zagotavljanju omenjenih storitev deležni enakopravne obravnave, tako kot večinska populacija starajočih se odraslih ljudi (Buys idr. 2012a,b). Hahn (2012) opozarja, da imajo ljudje z intelektualno motnjo najrazličnejše posebne potrebe glede zdravstvene oskrbe, ki se povečujejo z njihovim staranjem (Carey idr. 2016). Prav tako imajo nižjo stopnjo srčno-žilne zmogljivosti, doživljajo nižjo stopnjo vakcinacije, manj preventivnih zdravstvenih pregledov (Walsh idr. 2003; Walsh 2008) ter slabšo dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev v primerjavi s posamezniki v večinski populaciji, imajo večje potrebe glede primernih preventivnih zdravstvenih storitev (Anderson idr. 2013), pogosto pa so njihove trenutne zdravstvene potrebe nezadovoljene (Ouellette-Kuntz 2005). Prav zaradi slednjega se starajoča se populacija odraslih z intelektualno motnjo sooča z neenakostjo v zdravju (Emerson in Baines 2011; Carey idr. 2016). Avtor Haveman s sodelavci (2010) je poudaril, da sta gibalna aktivnost in z njo povezana telesna pripravljenost povezani z manjšo možnostjo razvoja kroničnih nenalezljivih bolezni. Ker odrasle osebe z intelektualno motnjo ne dosegajo priporočil Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization 2012) glede ustrezne ravni gibalne aktivnosti, so izpostavljene večjemu tveganju za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, posledičnemu upadu funkcij, različnim poškodbam, padcem, sekundarnim komplikacijam ter ne nazadnje ponavljajočim se hospitalizacijam in zvišani stopnji obolevnosti in umrljivosti (Hahn 2012). Čeprav je telesna pripravljenost pomemben dejavnik pri dobrem počutju in zdravju odraslih oseb z intelektualno motnjo in drugimi razvojnimi motnjami, primanjkuje ustreznih merilnih instrumentov za njeno ugotavljanje (Hilgenkamp idr. 2010). V Sloveniji razen objav avtorjev Kovačič (2019), Kovačič in Zurc (2019), Kovačič idr. (2020) ni opravljenih raziskav o aktivnem staranju odrasle populacije z intelektualno motnjo, prav tako ni raziskav glede njihove podporne mreže pri zagotavljanju redne udeležbe v programih gibalne aktivnosti pod okriljem specialne olimpijade (SO). V nedavnem poročilu SZO je bilo zdravo staranje opredeljeno kot proces razvijanja in vzdrževanja funkcijskih sposobnosti, ki omogoča dobro počutje tudi v pozni starosti (Beard idr. 2016). Tudi Vallance s sodelavci poroča, da odrasli, ki dosegajo svetovna priporočila glede ustrezne količine in intenzitete gibalne aktivnosti oziroma telesne dejavnosti, dosegajo višjo stopnjo kakovosti življenja (Vallance idr. 2012). Več študij, opravljenih na večinski populaciji odraslih (Bize idr. 2007; Martin idr. 2009; Jurakić idr. 2010; Pucci idr. 2012; Gill idr. 2013; Gómez idr. 2013; Heesch idr. 2015; Noronha idr. 2016; Ramires idr. 2017; Zhang idr. 2017; Puciatto idr. 2017, 2018) in starejših (Acree idr. 2006; Yasunaga idr. 2006; White idr. 2009; Krzepota idr. 2015; Halaweh idr. 2015; Vagetti idr. 2015; da Fonte idr. 2016; Rugbeer idr. 2017; Yen in Lin 2018), je poročalo o pozitivni povezanosti priporočljive pogostosti in intenzivnosti gibalne aktivnosti z večjo kakovostjo življenja. Veliko manj pa je kakovostnih pregledov in kliničnih študij, ki so proučevali povezavo gibalne aktivnosti s kakovostjo življenja pri odraslih osebah z intelektualno motnjo (Gaskin in Morris 2008; Slot idr. 2010; Bartlo in Klein 2011, Barak idr. 2014; Blick idr. 2015; Dairo idr. 2016; Pitchford idr. 2018).

Naraščajoča zahteva po celostnem pristopu pri večdimenzionalni rehabilitaciji starajočih se gibalno nedejavnih odraslih ljudi z intelektualno motnjo potrebuje strog raziskovalni protokol, ki bi znan-

stveno ocenil predhodno netestiran vpliv različnih oblik gibalne aktivnosti na izboljšanje posameznih komponent telesne pripravljenosti in kakovosti življenja (Sim in Wright 2000, 88–106).

2. Namen in cilj

Namen obstoječe študije je bil raziskati kratkoročen vpliv treh različnih programov gibalne aktivnosti v okviru specialne olimpijade Slovenije na posamezne komponente telesne pripravljenosti in kakovost življenja starajočih se športnikov z intelektualno motnjo. Skladno s problemom, namenom raziskave, smo si zastavili naslednje cilje: s pomočjo statistične analize ugotoviti vpliv posameznih programov na komponente telesne pripravljenosti in na kakovost življenja starajočih se odraslih oseb z intelektualno motnjo in z uporabo fenomenološkega pristopa (kvalitativni del) pridobiti vpogled v mnenja, stališča, doživljanja in osebne izkušnje oseb z intelektualno motnjo glede udeležbe v programih specialne olimpijade Slovenije (SO) ter pomenu tovrstnih gibalnih aktivnosti (pomen aktivnega staranja). V raziskavi smo testirali naslednje hipoteze:

H1: Udeležba v programu fun fitness plus SO v kombinaciji z rednimi športnimi treningi specialne olimpijade bo izboljšala večino komponent (vključno s podkomponentami) telesne pripravljenosti starajočih se oseb z intelektualno motnjo v primerjavi z osebami z intelektualno motnjo v kontrolni skupini, ki bodo deležne le treningov SO.

H2: Udeležba v programu wellness specialne olimpijade v kombinaciji z rednimi športnimi treningi specialne olimpijade bo izboljšala večino komponent (vključno s podkomponentami) telesne pripravljenosti starajočih se odraslih oseb z intelektualno motnjo v primerjavi z osebami v kontrolni skupini, ki bodo deležne le treningov SO.

H3: Udeležba v programu fun fitness plus SO v kombinaciji z rednimi športnimi treningi specialne olimpijade bo izboljšala kakovost življenja oseb z intelektualno motnjo v primerjavi z osebami z intelektualno motnjo v kontrolni skupini, ki bodo deležne le treningov SO.

H4: Udeležba v programu wellness specialne olimpijade v kombinaciji z rednimi športnimi treningi specialne olimpijade bo izboljšala kakovost življenja oseb z intelektualno motnjo v primerjavi z osebami z intelektualno motnjo v kontrolni skupini, ki bodo deležne le treningov SO.

3. Metode

V obstoječi raziskavi smo uporabili integracijo kvantitativne in kvalitativne metodologije, ki je nastala kot nova dimenzija raziskovanja na zdravstvenem, socialnem, socialnogerontološkem, psihološkem, družboslovnem in pedagoškem področju znanosti ter je izredno priljubljena v zadnjih nekaj letih (Creswell idr. 2007; Creswell in Plano Clark 2011; Teddlie in Tashakkori 2009; Creswell 2012, 2014; Zurc 2013, 2016), in to z namenom, da bi uporabili moči obeh pristopov pri odgovorih na raziskovalna vprašanja. Uporabili smo pojasnjevalni pristop (angl. explanatory design), ki je eden od najpogosteje uporabljenih zaporednih raziskovalnih načrtov pri mešanih metodah (angl. mixed methods), saj kvalitativni podatki dodatno pripomorejo k razlagi pridobljenih kvantitativnih rezultatov (Ivankova idr. 2006; Creswell in Plano Clark 2007). V prvi fazi (slika 3) smo izvedli kvantitativni del raziskave (randomizirana klinična študija), ki mu je sledila uporaba kvalitativne metodologije (fenomenološka študija). Druga kvalitativna faza je bila načrtovana na podlagi rezultatov oziroma v povezavi z rezultati prve kvantitativne faze. Uporabili smo pojasnjevalni načrt, tako imenovano spremljanje modela razlage (angl. explanatory design: follow up explanation model), v katerem je bil poudarek na kvantitativni metodologiji. Z vidika postopka zbiranja podatkov smo uporabili Morganov model QUANT→qual (Morgan 2014, 12–13), v katerem je bila uporabljena nadaljevalna kvalitativna faza v kvantitativni raziskavi. Pojasnjevalni načrt je vključeval zbiranje kvantitativnih podatkov, ki mu je sledila kvantitativna analiza podatkov s kvantitativnimi rezultati. Slednje smo

identificirali za nadaljnje spremljanje. V nadaljevanju je sledilo kvalitativno zbiranje podatkov (intervju z odraslimi osebami z intelektualno motnjo, vključenimi v programe gibalne aktivnosti specialne olimpijade), temu je sledila kvalitativna analiza podatkov (Caracelli in Greene 1993) s kvalitativnimi rezultati. Na koncu smo interpretirali kvantitativne rezultate skupaj s kvalitativnimi rezultati.

Kvantitativni del raziskave: na podlagi priporočil avtorjev (DePoy in Gitlin 2015, 47; Bowling 2000, 191–192; Sim in Wright 2000, 88–89; Polgar in Thomas 2001, 59–60) smo v kvantitativnem delu raziskave uporabili raziskovalni protokol randomizirane kontrolirane klinične študije za primerjavo rezultatov med tremi skupinami programov gibalne aktivnosti specialne olimpijade Slovenije. 30 telesno nedejavnih odraslih oseb z intelektualno motnjo iz ljubljanske regije je bilo izbranih na podlagi slabših rezultatov stopnje telesne aktivnosti (priporočila SZO in IPAQ-LF ter priporočila avtorja Booth (2000)) izmed 51 telesno nedejavnih odraslih športnikov specialne olimpijade iz Mestne občine Ljubljana, ki so vključeni v SO. Glede na vključitvene kriterije so izbrali 30 oseb ter jih glede na proces randomizirane stratifikacije (Kahan in Morris 2012; whether analysis adjusted for all balancing variables, and whether the method of randomisation was adequately reported, and to reanalyse a previously reported trial to assess the impact of ignoring balancing factors in the analysis. DESIGN Review of published trials and reanalysis of a previously reported trial. SETTING Four leading general medical journals (BMJ, Journal of the American Medical Association, Lancet, and New England Journal of Medicine Sedgwick 2015) razvrstili v študijsko skupino 1 (skupina fun fitness plus v kombinaciji z rednimi treningi SO) ($N = 10$), študijsko skupino 2 (skupina wellness v kombinaciji z rednimi treningi SO) ($N = 10$) in skupino 3 oziroma kontrolno skupino (redni treningi SO) ($N = 10$), da bi zagotovili uravnoteženost in primerljivost vseh treh skupin glede na posamezne karakteristike odraslih oseb z intelektualno motnjo in na samo heterogenost omenjene populacije. Stratifikacijski naključni izbor odraslih oseb z intelektualno motnjo je potekal ob uporabi naključno permutiranih blokov. Ta tehnika je zagotovila uravnoteženo zastopanost odraslih moških in žensk z intelektualno motnjo s specifičnimi diagnozami v vseh treh skupinah programov gibalne aktivnosti. Prav tako smo želeli izboljšati moč študije ter se izogniti napaki tipa 1 glede na priporočila številnih avtorjev (Therneau 1993; Kernan 1999; de Hoop idr. 2012; Ivers idr. 2012; McPherson idr. 2012; Misra 2012; Fron Chabouis idr. 2014; Zhang idr. 2017). Uporabili smo protokol dvojno slepe randomizirane klinične študije glede na priporočila (Schulz in Grimes 2002; Al-Marzouki idr. 2005), saj smo zagotovili, da preiskovanci, strokovnjaki, ki so izvajali posamezne programe gibalne aktivnosti, in merilci/ocenjevalci niso vedeli za razvrstitev, v katero skupino (razen imen skupin) so bili preiskovanci naključno razvrščeni (niso vedeli, katera je kontrolna in katera študijska), niti niso vedeli, kaj želimo s posameznim programom gibalne aktivnosti v posamezni skupini doseči. Kvantitativne meritve smo izvedli ob pomoči kliničnih fizioterapevtov in dodiplomskih študentov fizioterapije AMEU-ECM, ki niso vedeli za razvrstitev v skupine, in sicer: prvič po stratificirani randomizaciji (kot priporočata Sim in Wright (2000, 116) in pred začetkom uvedbe programa fun fitness plus in programa wellness specialne olimpijade (zdrav življenjski slog) ter v kombinaciji z občasnimi športnimi treningi specialne olimpijade); drugič po štirih mesecih izvajanja športnih treningov v kombinaciji s programom fun fitness plus in programom wellness SO.

Kvalitativni del raziskave: v kvalitativnem delu raziskave smo uporabili kvalitativni fenomenološki pristop (Todres in Wheeler 2001; Shin 2002; Lavery 2003; Moerer-Urdahl in Creswell 2004; Smith idr. 2009, 11–39), da smo pridobili vpogled v mnenja, stališča, osebne izkušnje in doživljanja odraslih oseb z intelektualno motnjo glede udeležbe v programih gibalne aktivnosti v okviru specialne olimpijade ter v pomen takšne gibalne aktivnosti za telesno pripravljenost in kakovost življenja pri aktivnem staranju. V kvalitativni del raziskave smo vključili šest odraslih oseb z intelektualno motnjo, ki so dosegale povprečne, podpovprečne in nadpovprečne rezultate funkcijskih testov in vprašalnika WHOQOL BREF ter hkrati dosegajo tudi dobre športne rezultate pod okriljem specialne

olimpijade. Zbiranje podatkov s polstrukturiranimi intervjuji vrhunskih športnikov specialne olimpijade je potekalo od 22. aprila 2018 do 15. junija 2018, v dveh časovnih obdobjih. Prvo zbiranje podatkov, ki je vključevalo športnike z intelektualno motnjo, vključene v študijsko skupino fun fitness plus ($N = 2$), ter športnike z intelektualno motnjo, vključene v kontrolno skupino treningi specialne olimpijade ($N = 2$), je potekalo od 22. aprila 2018 do 25. maja 2018. Drugo zbiranje podatkov, ki je vključevalo športnike z intelektualno motnjo, vključene v študijsko skupino wellness ($N = 2$), je potekalo od 1. do 15. junija 2018. Vseh šest polstrukturiranih intervjujev je izvedel in posnel glavni raziskovalec.

Svetovanje je potekalo bodisi v okviru zdravstvenega programa SO fun fitness ter programa SO wellness pod vodstvom fizioterapevta oziroma fitnes inštruktorja v lokalnem okolju preiskovancev. Meritve posameznih segmentov telesne pripravljenosti in kakovosti življenja so potekale v standardiziranih pogojih (primerna temperatura, mirno okolje), da so se lahko preiskovanci popolnoma osredotočili na testiranje in anketiranje ter na same intervjuje.

3.1. Opis instrumenta

Kakovost življenja oseb z intelektualno motnjo smo ocenjevali z vprašalnikom Svetovne zdravstvene organizacije o kakovosti življenja, in sicer s skrajšano različico za osebe z I/RM (angl. World Health Organisation Quality of Life; kratica WHOQOL BREF) (WHOQOL Group 1998), z visoko stopnjo zanesljivosti in medkulturne veljavnosti (Skevington idr. 2004; Berlim idr. 2005). Vprašalnik WHOQOL BREF (WHOQOL Group 1998) smo prevedli v slovenščino in ga validirali. Zanesljivost vprašalnika je sicer navedena že v osnovni sintaksi, ker pa nismo našli razpoložljive študije na slovenski populaciji oseb z intelektualno motnjo, smo validirali slovensko različico. Ker vprašalnik ne meri skupne kakovosti, smo validirali posamezne domene, in sicer telesno počutje (Cronbachov alfa koeficient = 0,760), psihološko počutje (Cronbachov alfa koeficient = 0,864), socialni odnosi (Cronbachov alfa koeficient = 0,781) in okolje (Cronbachov alfa koeficient = 0,814), tako da ugotavljamo, da gre za dobro zanesljivost večdimenzionalnega konstrukta kakovosti življenja. Standardizirani funkcijski testi za merjenje posameznih segmentov telesne pripravljenosti odraslih oseb z intelektualno motnjo so bili izbrani zaradi potrebe po nevsiljivosti in minimalni prekinitvi rutine rehabilitacije/dela v varstveno-delovnih centrih itd. ter zaradi zanesljivosti, veljavnosti in ne nazadnje primernosti za to raziskavo. Funkcijski testi in vprašalniki so bili kratki in preprosti za uporabo.

Skupino funkcijskih testov za ocenjevanje pomembnih segmentov telesne pripravljenosti oseb z intelektualno motnjo je pod okriljem ameriškega združenja fizioterapevtov za zdravstveni program specialne olimpijade fun fitness pripravila avtorica Bainbridge s sodelavci (2013): test merjenja pasivne dorzalne fleksije pri eksteniranem kolenu, test merjenja pasivne ekstenzije kolena (poplitealni kot), modificiran Thomasov test za merjenje ekstenzije kolkov, modificiran Apleyev test za merjenje funkcionalne ramenske rotacije, ročna dinamometrija za merjenje mišične jakosti dlani in podlahti, časovno merjeni test vstajanja (angl. timed stand test), test za merjenje moči ekstenzorjev kolka in kolena, test za merjenje moči mišic rok in ramenskega obroča (angl. push-up test), test za merjenje moči trebušne miškulature, test stoje na eni nogi z odprtimi očmi za vrednotenje statične komponente ravnotežja, test stoje na eni nogi z zaprtimi očmi za vrednotenje statične komponente ravnotežja, test funkcijskega dosega za vrednotenje dinamične komponente ravnotežja, dvominutni test korakanja za ocenjevanje submaksimalne aerobne zmogljivosti (aerobni test).

3.2. Opis vzorca

V raziskavo je bilo skupno vključenih 30 odraslih športnikov z intelektualno motnjo, od tega osem oseb z Downovim sindromom (polovica moških in polovica žensk), osem oseb s cerebralno paralizo (polovica moških in polovica žensk), osem oseb z motnjo avtističnega spektra (polovica moških in polovica žensk), šest s Prader-Willijevim sindromom (polovica moških in polovica žensk),

ki so bili s procesom stratificirane randomizacije naključno razvrščeni v tri skupine. Stopnja odziva v naši raziskavi je bila 100-odstotna.

3.3. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

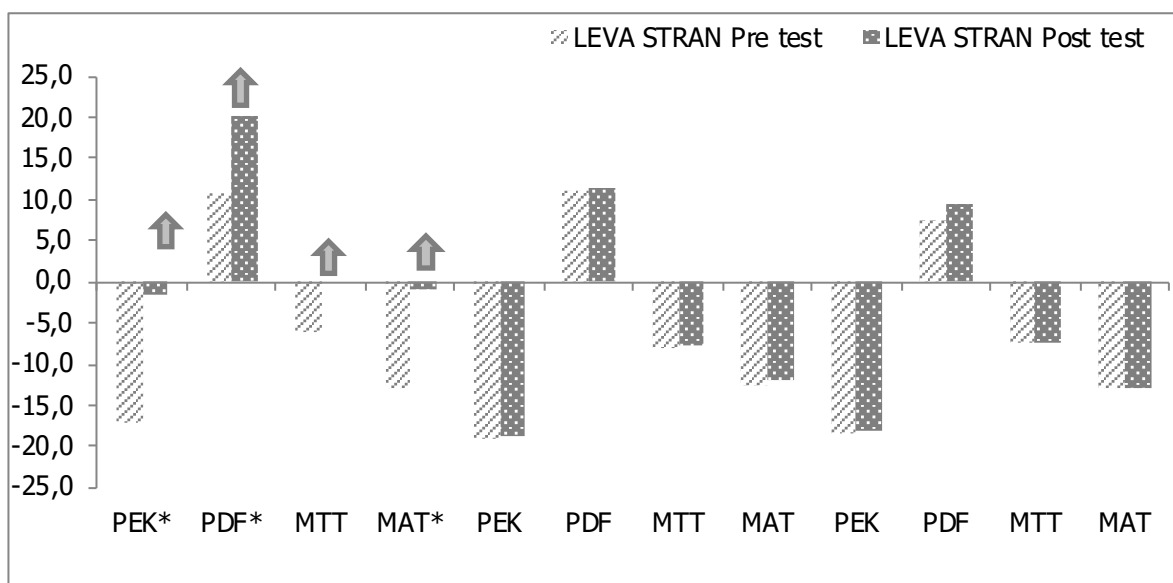
Pridobili smo pisno soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (št. 0120-598/2017/7), soglasje društva Specialna olimpijada Slovenije za izvedbo raziskave ter soglasja oseb z intelektualno motnjo z opravilno sposobnostjo (ki so bile vključene v raziskavo), sicer pa soglasja njihovih staršev oziroma zakonitih zastopnikov. Raziskava je bila opravljena skladno z načeli Helsinške deklaracije o biomedicinskih raziskavah na človeku, določili Konvencije Sveta Evrope o varovanju človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Oviedske konvencije) in skladno z načeli slovenskih Kodeksa zdravniške etike, Kodeksa etike fizioterapevtov Slovenije in Kodeksa etičnih načel v socialnem varstvu ter Mednarodnega kodeksa raziskovalne etike v družboslovju (Butler 2002; Graham idr. 2007; Nichols-Casebolt 2012; European Commission 2013). Zbrane kvantitativne podatke smo analizirali s statističnim programom SPSS, različico 22. Pri analizi smo upoštevali priporočila glede analize podatkov, pri stratificirano randomiziranih kliničnih študijah (Kahan in Morris 2012, 2013) smo preverili, ali so spremenljivke normalno porazdeljene. Za osnovne statistike merjenih spremenljivk smo naredili univariatne analize osnovnih in sestavljenih spremenljivk ter prikazali njihove frekvenčne porazdelitve in opisne statistike. Pri obdelavi kvalitativnih podatkov je analiza transkriptov potekala ročno, sledila je izvedba faze prvega branja, nato ponovnega branja besedila. Sledila je faza kodiranja podatkov v kategorije in koncepte (Popping 2015) s pojasnjevalnim pristopom (Ivankova idr. 2006) glede na vznikle teme iz zbranih podatkov. Z metodo kvalitativne vsebinske analize (Adam idr. 2012) smo v izjavah odraslih športnikov z intelektualno motnjo iskali osrednje teme, ki odgovarjajo na postavljeno raziskovalno vprašanje o dejavnikih glede njihovega doživljanja izboljšanja posameznih komponent telesne pripravljenosti in kakovosti življenja odraslega športnika z intelektualno motnjo, ki je vključen v posamezni program gibalne aktivnosti specialne olimpijade.

4. Rezultati

Povprečna starost vseh vključenih športnikov Specialne olimpijade Slovenije je 29,11 leta, od tega je bilo pet športnikov skupine fun fitness plus, šest športnikov skupine wellness in šest športnikov skupine trening SO starih od 18 do 29 let, trije športniki skupine fun fitness, dva športnika skupine wellness in trije športniki skupine trening SO od 30 do 39 let, en športnik skupine fun fitness plus, en športnik skupine wellness in en športnik skupine trening SO od 40 do 49 let ter po en športnik iz skupine fun fitness plus in wellness več kot 50 let.

4.1. Rezultati gibljivosti

Iz grafa 1 so razvidni začetni rezultati povprečnih vrednosti funkcijskih testov na dominantnem udu, kjer med skupinami ni bilo statistično pomembnih razlik v pasivni gibljivosti levega kolena (PEK) ($p = 0,923$), pasivni dorzalni fleksiji levega stopala (PDF) ($p = 0,638$), modificiranega Thomasovega testa levo (MTT) ($p = 0,782$) ter modificiranega Apleyvega testa levo (MAT) ($p = 0,993$) kar odraža relativno dobro homogenost glede začetne gibljivosti med vključenimi športniki SO.



Graf 1: Primerjava rezultatov funkcijskih testov gibljivosti pri odraslih športnikih in športnicah specialne olimpijade Slovenije v posameznih programih gibalne aktivnosti na začetku in ob koncu študije

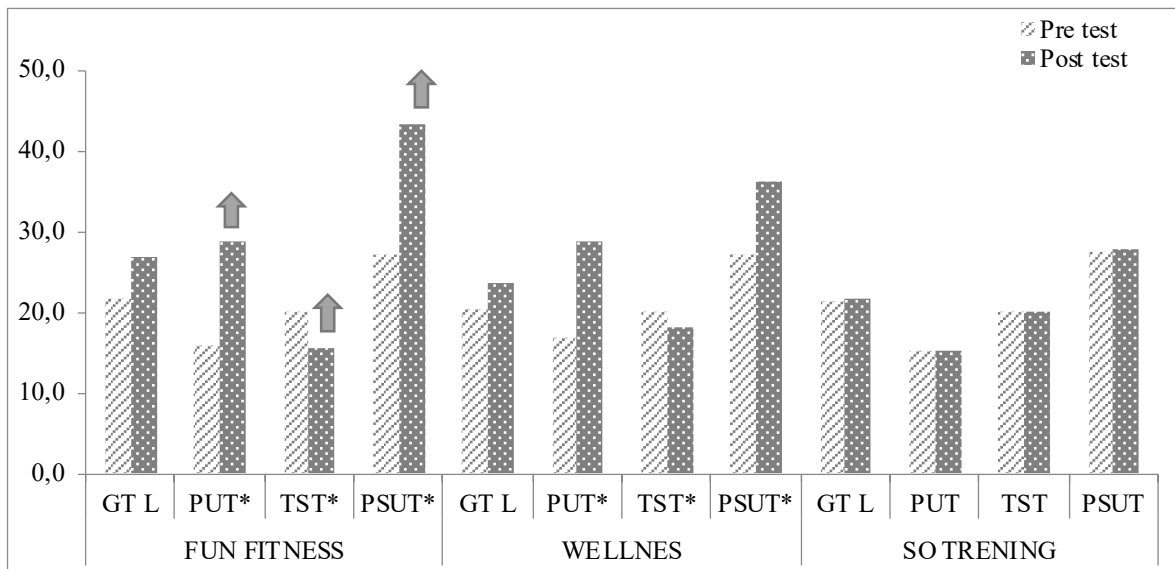
Legenda: PEK = pasivna ekstenzija levega kolena; PDF = pasivna dorzalna fleksija levega stopala; MTT = modificiran Thomasov test, levi kolk (v kotnih stopinjah); MAT = modificiran Apleyev test za funkcijsko rotacijo leve rame. *Razlika pre-post testa je statistično značilna ($p < 0,05$). ↑ Skupina se v fazi post testa statistično značilno razlikuje od ostalih skupin.

Vir: Lastni vir 2020.

Po štirimesečni študiji je pri končnih rezultatih povprečne pasivne gibljivosti levega kolena (izražena v kotnih stopinjah) med študijskima skupinama fun fitness plus ($-1,7^\circ$) in wellness ($-8,9^\circ$) ter kontrolno skupino trening SO ($-18,1^\circ$) prišlo do statistično pomembnih razlik ($p = 0,008$). Analiza povprečnih rezultatov začetne in končne povprečne gibljivosti kolena dominantnega uda je pri študijski skupini fun fitness plus pokazala, da je prišlo do statistično pomembnega izboljšanja gibljivosti ($p = 0,011$). Pri skupini wellness ni prišlo do statistično pomembnega izboljšanja gibljivosti kolena med začetnim in končnim merjenjem ($p = 0,939$), prav tako ne pri skupini trening SO ($p = 0,879$). Po štirimesečni študiji je pri končnih rezultatih povprečne pasivne dorzalne fleksije levega stopala (PDF) med študijskima skupinama fun fitness plus ($20,7^\circ$) in wellness ($11,5^\circ$) ter kontrolno skupino trening SO (11°) prišlo do statistično pomembnih razlik ($p = 0,001$). Analiza povprečnih rezultatov začetne in končne povprečne gibljivosti levega gležnja, modificiranega Thomasovega testa in modificiranega Apleyevga testa je pri študijski skupini fun fitness plus pokazala, da je prišlo do statistično pomembnega izboljšanja gibljivosti ($p < 0,05$), kar ne moremo potrditi za ostali skupini ($p > 0,05$). Prav tako je pri končnih rezultatih funkcijskih testov gibljivosti (PEK, PDF, MTT, MAT) med študijskima skupinama fun fitness plus in wellness ter kontrolno skupino trening SO prišlo do statistično pomembnih razlik ($p < 0,05$).

4.2. Rezultati mišične moči in vzdržljivosti

V grafu 2 predstavljamo primerjavo rezultatov funkcijskih testov mišične moči in vzdržljivosti pri odraslih športnikih in športnicah specialne olimpijade Slovenije v posameznih programih gibalne aktivnosti na začetku in ob koncu študije.



Graf 2: Primerjava rezultatov funkcijskih testov mišične moči in vzdržljivosti pri odraslih športnikih in športnicah specialne olimpijade Slovenije v posameznih programih gibalne aktivnosti na začetku in ob koncu študije

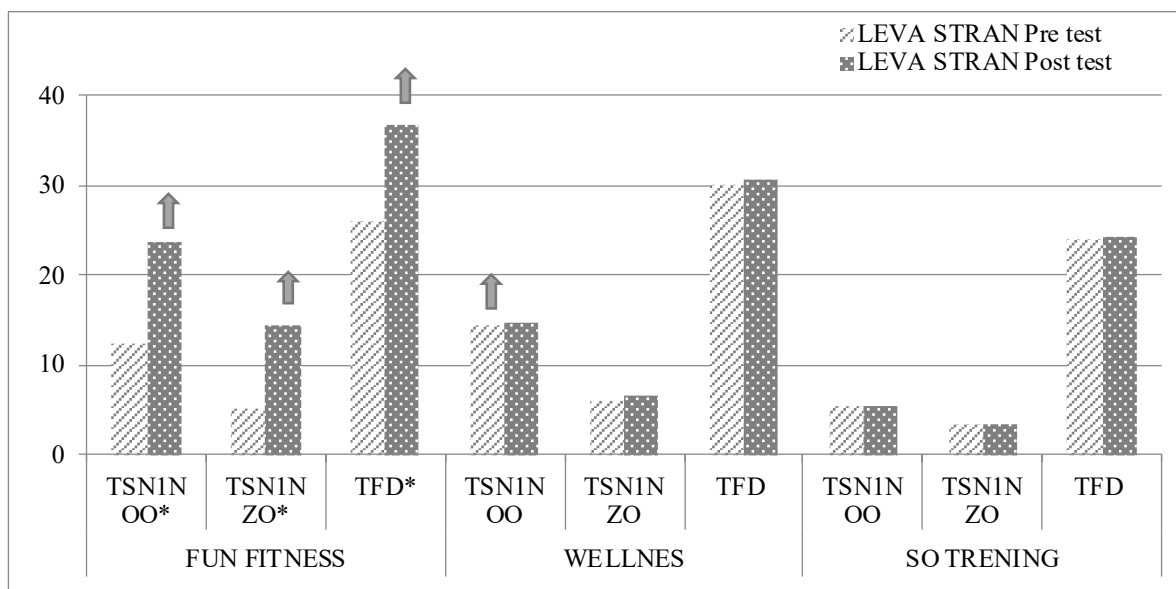
Legenda: GT = grip test, leva roka (v kilogramih); PUT = push-up test (v sekundah); TST = timed stands test (v sekundah); PSUT = partial sit-up test (število trebušnjakov/minuto). *Razlika pre-post testa je statistično značilna ($p < 0,05$). ↑ Skupina se v fazi post testa statistično značilno razlikuje od ostalih skupin.

Vir: Lastni vir 2020.

Iz grafa 2 so razvidne začetne povprečne vrednosti rezultatov funkcijskih testov za ocenjevanje mišične moči in vzdržljivosti, kjer med skupinami ni bilo statistično pomembnih razlik v zmogljivosti prijema leve roke (ročna dinamometrija, angl. grip test – GT) ($p = 0,924$), rezultatov push-up testa (PUT) ($p = 0,524$), timed stands testa (TST) ($p = 0,881$) ter partial sit-up testa (PSUT) ($p = 0,957$), kar odraža relativno dobro homogenost glede začetnih vrednosti mišične moči in vzdržljivosti med vključenimi športniki specialne olimpijade. Analiza povprečnih rezultatov začetne in končne povprečne vrednosti testa za vrednotenje moči ramenske mišične mase in troglave nadlahtne mišice (merjenega s push-up testom (PUT)), rezultatov moči mišic ekstenzorjev kolka in kolena (merjenih s pomočjo timed stand testa (TST)) ter rezultatov testa za vrednotenje moči in vzdržljivosti abdominalne mišične mase (partial sit-up test (PSUT)) je pri študijskih skupinah fun fitness plus in wellness pokazala, da je prišlo do statistično pomembnega izboljšanja mišične moči in vzdržljivosti ($p < 0,05$), kar ne moremo potrditi za kontrolno skupino ($p > 0,05$). Prav tako je pri končnih rezultatih funkcijskih testov mišične moči in vzdržljivosti PUT, TST, PSUT med študijskima skupinama fun fitness plus in wellness ter kontrolno skupino trening SO prišlo do statistično pomembnih razlik ($p < 0,05$).

4.3. Rezultati statičnega in dinamičnega ravnotežja

Iz grafa 3 je razvidna primerjava rezultatov funkcijskih testov ravnotežja pri odraslih športnikih in športnicah specialne olimpijade Slovenije v posameznih programih gibalne aktivnosti na začetku in ob koncu študije.



Graf 3: Primerjava rezultatov funkcijskih testov ravnotežja pri odraslih športnikih in športnicah specialne olimpijade Slovenije v posameznih programih gibalne aktivnosti na začetku in ob koncu študije

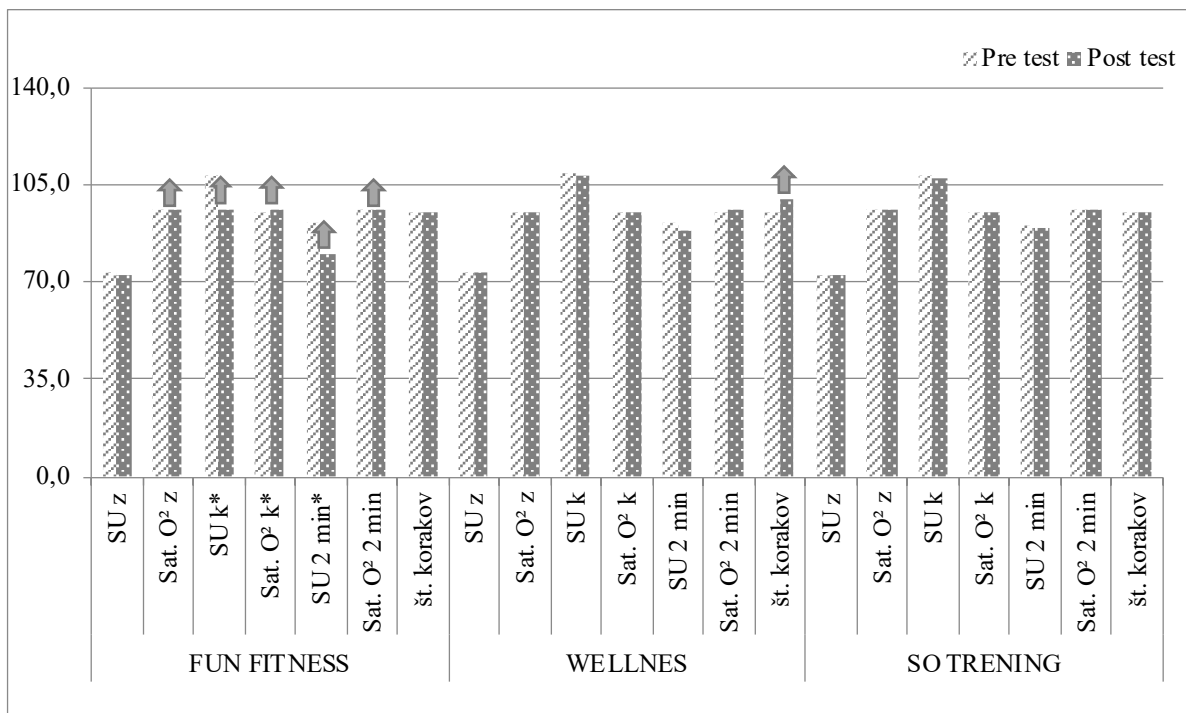
*Legenda: TSN1N OO = test stoji na eni nogi z odprtimi očmi, leva (v sekundah); TSN1N ZO = test stoji na eni nogi z zaprtimi očmi, leva (v sekundah); TFD = test funkcionalnega dosega, leva (v centimetrih). *Razlika pre- post testa je statistično značilna ($p < 0,05$). ↑ Skupina se v fazi post testa statistično značilno razlikuje od ostalih skupin.*

Vir: Lastni vir 2020.

Iz grafa 3 so razvidne začetne povprečne vrednosti rezultatov statičnega ravnotežja pri testih stoji na levi dominantni nogi z odprtimi (TSN1N OO L) in zaprtimi očmi (TSN1N ZO L) ter povprečne vrednosti rezultatov dinamičnega ravnotežja (test funkcijskega dosega – TFD) pri preiskovancih, kjer med skupinami ni bilo statistično pomembnih razlik ($p > 0,05$), kar odraža relativno dobro homogenost glede začetnega statičnega in dinamičnega ravnotežja. Analiza povprečnih rezultatov začetnega in končnega statičnega in dinamičnega ravnotežja je pri študijski skupini fun fitness plus pokazala, da je prišlo do statistično pomembnega izboljšanja ravnotežja ($p < 0,05$), kar ne moremo potrditi za ostali skupini ($p > 0,05$). Prav tako je pri končnih rezultatih statičnega in dinamičnega ravnotežja med študijskima skupinama fun fitness plus in wellness ter kontrolno skupino trening SO prišlo do statistično pomembnih razlik ($p < 0,05$).

4.4. Rezultati aerobne zmogljivosti

Primerjava rezultatov posameznih parametrov funkcijskega testa aerobne zmogljivosti pri odraslih športnikih in športnicah specialne olimpijade Slovenije v posameznih programih gibalne aktivnosti na začetku in ob koncu študije je razvidna iz grafa 4.



Graf 4: Primerjava rezultatov posameznih parametrov funkcijskega testa aerobne zmogljivosti pri odraslih športnikih in športnicah specialne olimpijade Slovenije v posameznih programih gibalne aktivnosti na začetku in ob koncu študije

Legenda: SU z = srčni utrip, začetni v mirovanju (frekvenca srčnega utripa/minuto); SU k = srčni utrip, končni (frekvenca srčnega utripa/minuto); SU 2 min = srčni utrip po 2 min mirovanja po opravljenem testu korakanja (frekvenca srčnega utripa/minuto); Sat. O² z = saturacija kisika, začetna (v odstotkih); Sat. O² k = saturacija kisika, končna (v odstotkih); Sat. O² 2 min = saturacija kisika po 2 min mirovanja po opravljenem testu korakanja (v odstotkih); št. korakov = število korakov v 2 min. *Razlika pre-post testa je statistično značilna ($p < 0,05$). ↑ Skupina se v fazi post testa statistično značilno razlikuje od ostalih skupin.
Vir: Lastni vir 2020.

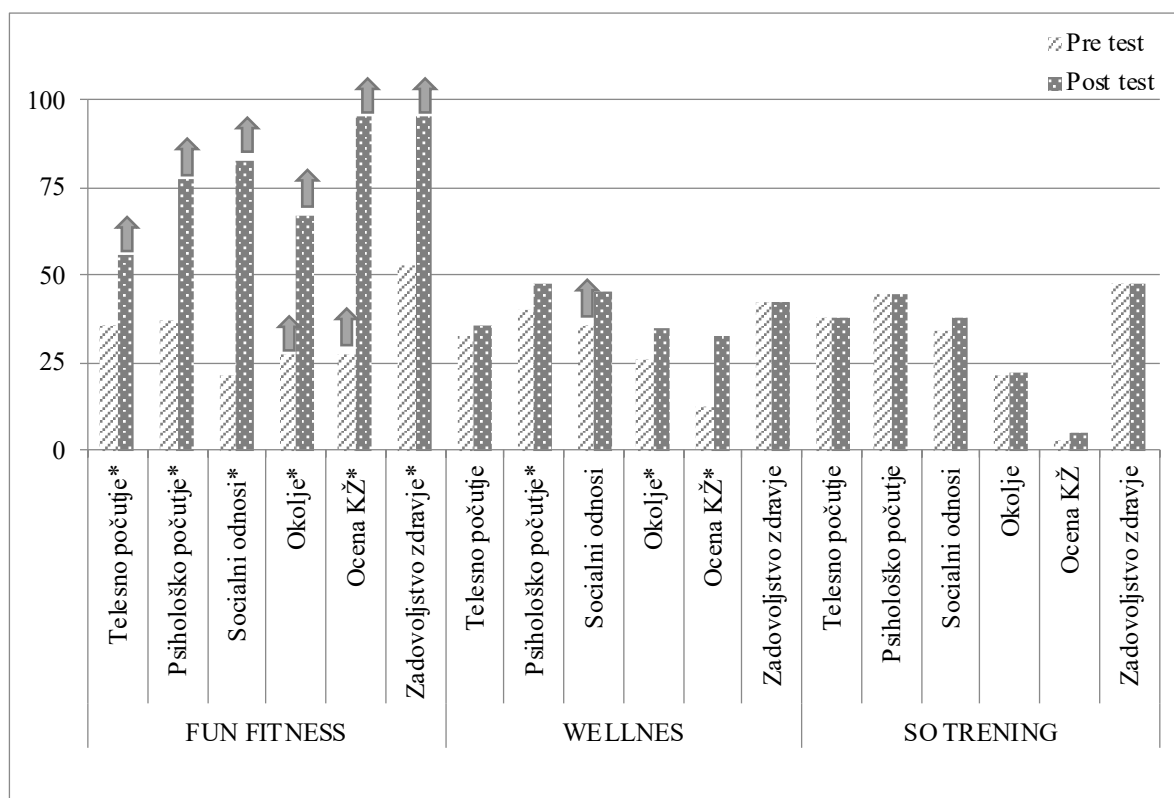
Iz grafa 4 so razvidne začetne povprečne vrednosti rezultatov/parametrov funkcijskega testa submaksimalne aerobne zmogljivosti, kjer med skupinami ni bilo statistično pomembnih razlik v rezultatih začetnega srčnega utripa (SU z) v mirovanju pred izvedbo 2-minutnega testa korakanja (test submaksimalne aerobne zmogljivosti) ($p = 0,750$), končnega srčnega utripa takoj po izvedbi 2-minutnega testa korakanja (SU k) ($p = 0,963$), rezultatov srčnega utripa po 2 minutah mirovanja po izvedbi 2-minutnega testa korakanja (SU 2 min) ($p = 0,986$), začetne saturacije kisika (Sat. O² z) ($p = 0,730$), končne saturacije kisika takoj po izvedbi 2-minutnega testa korakanja (Sat. O² k) ($p = 1,000$) ter saturacije kisika po 2 minutah mirovanja po izvedbi 2-minutnega testa korakanja (Sat. O² 2 min) ($p = 0,823$), kar odraža relativno dobro homogenost glede začetnih vrednosti submaksimalnega aereobnega testa. Analiza povprečnih rezultatov začetnih in končnih vrednosti rezultatov posameznih parametrov funkcijskega testa submaksimalne aerobne zmogljivosti je pri študijski skupini fun fitness plus pokazala, da je prišlo do statistično pomembnega izboljšanja rezultatov končnega srčnega utripa takoj po izvedbi 2-minutnega testa korakanja (SU k) ($p = 0,008$), rezultatov srčnega utripa po 2 minutah mirovanja po izvedbi 2-minutnega testa korakanja (SU 2 min) ($p = 0,028$), končne saturacije kisika takoj po izvedbi 2-minutnega testa korakanja (Sat. O² k) ($p = 0,001$) ter saturacije kisika po 2 minutah mirovanja po izvedbi 2-minutnega testa korakanja (Sat. O² 2 min) ($p = 0,028$), kar ne moremo potrditi za ostali skupini ($p > 0,05$). Prav tako je pri končnih rezultatih parametrov funkcijskega testa submaksimalne aerobne zmogljivosti (končne saturacije kisika takoj po izvedbi 2-minutnega testa korakanja ($p = 0,001$) ter rezultatov srčnega utripa po 2 minutah mirovanja po

izvedbi 2-minutnega testa korakanja ($p = 0,028$) med študijskima skupinama fun fitness plus in wellness ter kontrolno skupino trening SO prišlo do statistično pomembnih razlik ($p < 0,05$), ne pa tudi pri ostalih merjenih parametrih testa aerobne zmogljivosti.

4.5. Rezultati kakovosti življenja

Iz grafa 5 so razvidne začetne povprečne vrednosti rezultatov splošne ocene zadovoljstva z zdravjem (WHOQOL-BREF) pri študijskih skupinah fun fitness plus (52,50) in wellness (42,50) ter pri kontrolni skupini trening SO (47,50), kjer med skupinami ni bilo statistično pomembnih razlik ($p = 0,480$), kar odraža relativno dobro homogenost glede začetne povprečne vrednosti rezultatov splošne ocene zadovoljstva z zdravjem po vprašalniku WHOQOL-BREF med vključenimi športniki specialne olimpijade. Prav tako ni bilo statistično pomembnih razlik pri posameznih domenah kakovosti življenja, kot so telesno in psihološko počutje, socialni odnosi ter okolje.

Analiza povprečnih rezultatov splošne ocene kakovosti življenja po vprašalniku WHOQOL-BREF (ob zaključku štirimesečne RKŠ) in povprečnih rezultatov pri posameznih domenah kakovosti življenja je pri študijskih skupinah fun fitness plus ($p < 0,001$) in wellness ($p < 0,05$) pokazala, da je prišlo do statistično pomembne razlike med začetnimi in končnimi rezultati splošne ocene kakovosti življenja v primerjavi s skupino trening SO ($p > 0,05$), kjer ni prišlo do statistično pomembnih razlik med začetnimi in končnimi rezultati splošne ocene kakovosti življenja in drugih domen po vprašalniku WHOQOL-BREF.



Graf 5: Primerjava posameznih domen kakovosti življenja, merjenih z vprašalnikom WHOQOL-BREF pri odraslih športnikih in športnicah specialne olimpijade Slovenije v posameznih programih gibalne aktivnosti na začetku in ob koncu študije

Legenda: telesno p = telesno počutje; psihološko p = psihološko počutje; soc. odnosi = socialni odnosi; ocena KŽ = ocena kakovost življenja; zad. zdravje = zadovoljstvo z zdravjem. † Skupina se v fazi post testa statistično značilno razlikuje od ostalih skupin.

Vir: Lastni vir 2020.

4.6. Kvalitativni del rezultatov

Športniki SO so navedli pet glavnih podtem znotraj glavne teme – telesno zdravje in dobro počutje, ki so po njihovem mnenju prispevale k njihovi kakovosti življenja.

Preglednica 1: Kvalitativna analiza polstrukturiranega intervjuja z odraslimi osebami z intelektualno motnjo, vključenimi v gibalne programe specialne olimpijade, in njihovo doživljanje izboljšanja posameznih komponent telesne pripravljenosti, ki po njihovem mnenju pomembno prispevajo k boljši kakovosti življenja

GLAVNA TEMA: TELESNO ZDRAVJE IN DOBRO POČUTJE PODTEME: IZBOLJŠANJE POSAMEZNIH KOMPONENT TELESNE PRIPRAVLJENOSTI	KATEGORIJA	KODA	
Percepcija izboljšanja gibljivosti	Izboljšanje funkcije sklepne gibljivosti	Splošna gibljivost sklepov	
		Izboljšana obseg gibljivosti v kolenskem sklepu	
		Izboljšana obseg gibljivosti v ramenskem sklepu	
		Izboljšana obseg gibljivosti v skočnem sklepu	
	Izboljšanje funkcije sklepne stabilnosti	Boljša stabilnost v kolenskem sklepu	
		Boljša stabilnost v komolčnem sklepu	
Percepcija izboljšanja mišične moči in vzdržljivosti	Večja moč posameznih mišičnih skupin	Izboljšana moč mišic rok	
		Izboljšana moč ramenskih mišic	
		Izboljšana moč nožnih mišic	
		Izboljšana moč mišic trupa	
		Izboljšana moč abdominalnih mišic	
	Boljša funkcija mišične vzdržljivosti	Boljša vzdržljivost abdominalnih mišic	
		Boljša vzdržljivost mišic trupa	
Percepcija izboljšanja ravnotežja in z ravnotežjem povezanih funkcij	Funkcije nadzora hotnih gibov	Boljši nadzor kompleksnih gibalnih vzorcev	
		Boljša koordinacija gibov	
Percepcija izboljšanja ravnotežja in z ravnotežjem povezanih funkcij		Boljši nadzor kompleksnih gibalnih vzorcev	
		Izboljšana funkcija gibalnih vzorcev, povezanih s hojo	
		Izboljšana funkcija gibalnih vzorcev, povezanih s tekom	
		Percepcija boljšega ravnotežja	Zmanjšanje padcev doma
			Zmanjšanje padcev na treningih
			Zmanjšanje padcev v delovnem okolju
Zmanjšanje padcev pri vključevanju v širšo skupnost			
PODTEMA: IZBOLJŠANJE AEROBNE ZMOGLJIVOSTI	Srčno-žilna zmogljivost	Boljša kondicija	
Percepcija izboljšanja funkcije srčno žilnega sistema	Funkcije žilja	Boljša prekrvavitev telesa	
	Funkcije srca	Boljši srčni utrip po vadbi	
	Funkcije krvnega tlaka	Normalizacija krvnega tlaka	

Vir: Lastni vir 2020.

Naslednje izjave športnikov z intelektualno motnjo v fun fitness plus skupini najbolje opredelijo podtemo izboljšanja gibljivosti.

»Zdej mam rame ful gibljive, se ful z lahkoto oblečem al pa slečem, tut žogco vržem dlje na treningih.« (ŠFF3)

»Ker sem imel že kot oootrok težave s prepreprepreveč gibljivostjo v kkk kkomolcih, so mi te vaje pomagale pri boljši stastasta stabilnosti.« (ŠFF2)

»Včasih so me bolela kolena, ker so bla preveč gibčna, zej pa je ok. Kolena imam zdaj stabilne. Sm fejst delala vaje za večjo stabilnost kolenov.« (ŠFF1)

Naslednja podtema znotraj izboljšanja posameznih komponent telesne pripravljenosti, ki so jo izpostavili intervjuvanci, je bila povezana z izboljšanjem funkcij mišičja.

»Od kar redno delam vaje za moč, lahko res močno stisnem pest, vržem kuglo daleč. Sem boljši pri treningih suvanja kugle, mam močne roke pa tut rame.« (ŠW1)

»Zdej mi sploh ni problem dvigovat uteži, ko so se mi roke okrepile, pa tut stisk je zdaj ful močn.« (ŠFF3)

V okviru podteme izboljšanje ravnotežja in z ravnotežjem povezanih gibalnih funkcij so intervjuvanci izpostavili izboljšanje funkcije, povezane z nadzorom in koordinacijo med izvajanjem kompleksnejših gibalnih vzorcev, potrebnih med športnimi treningi, gibalnimi aktivnostmi oziroma v dejavnostih vsakdanjega življenja.

»Lažje se obujem, ker mam boljše ravnotežje, in tudi lažje se pod tušem umivam. Na avtobusu me na ovinkih nič več tako ne zanaša kot prej.« (ŠFF1)

»Zdej mmm mmam fff ful dobro ravnotežje ... lažje treniram, pa pppp pleplešem.« (ŠFF2)

»Pri treningih teka smo ful pilili pravilno tehniko teka, zato zdaj bolj pravilno tečem.« (ŠFF3)

V okviru podteme izboljšanje aerobne zmogljivosti so intervjuvanci izpostavili izboljšanje telesne kondicije, prekrvavitve telesa, srčni utrip.

»Zdej mam ful boljšo aerobno kondicijo, tako da mi tudi najnapornejši treningi sploh niso naporni. Res je, da se ful zadiham, da komaj govorim, ampak se ne počutim utrujeno. Vem, da lahko vzdržim te napore med vadbo u fitnessu al pa pri treningih specialne olimpijade.« (ŠFF3)

»Po treningih sploh nisem več tolko utrujen kot prej, tudi če so ful intenzivni.« (ŠW2)

5. Razprava

Ocenjujemo, da ima obstoječa študija visoko notranjo in zunanjo veljavnost, saj smo z uporabo strogega raziskovalnega protokola želeli maksimalno zmanjšati vpliv groženj proti veljavnosti in zanesljivosti obstoječe študije, kot jih je opisala že avtorica Bowling (2000, 135). Te grožnje so znane kot pristranskost in napake, ki lahko kontaminirajo končne rezultate, vendar ocenjujemo, da smo se jim v obstoječi študiji izognili (npr. reaktivni učinek (Hawthornov učinek) in druge). Ugotavljamo, da brez uporabe integracije kvantitativnih in kvalitativnih metod ne bi mogli odgovoriti na vsa zastavljena raziskovalna vprašanja. Prav tako smo z interpretacijo kvalitativnih rezultatov, pridobljenih iz intervjujev v poznejši fazi študije, pridobili bolj detajlne in specifične informacije odraslih oseb z intelektualno motnjo, vključenih v gibanje specialne olimpijade, ki navajajo, da so izboljšanja rezultatov na področju posameznih komponent telesne pripravljenosti pripomogla k večji kakovosti življenja. Prav tako smo s kvalitativnimi rezultati pridobili širši in poglobljen vpogled v kvantitativne rezultate funkcijskih testov gibljivosti, mišične moči in vzdržljivosti ter aerobne zmogljivosti znotraj raziskovalne teme. Ugotavljamo, da lahko na ta način razvijemo bolj zgoščeno razumevanje

učinkovitosti eksperimentalne intervencije fun fitness plus. Ugotavljamo, da so začetna ocenjevanja posameznih komponent telesne pripravljenosti pokazala izredno nizke vrednosti z zdravjem povezane telesne pripravljenosti oziroma slabo telesno pripravljenost športnikov z intelektualno motnjo, ki so vključeni v gibanje Specialna olimpijada Slovenije. Glede na to, da začetna slabša telesna pripravljenost predstavlja niz atributov, ki jih je dosegala telesno nedejavna skupina 30 starajočih se odraslih oseb z intelektualno motnjo iz ljubljanske regije, sicer aktivnih članov specialne olimpijade (plačana članarina za tekoče koledarsko leto), in se je nanašala na njihovo sposobnost, da so se le redko udeleževali gibalne aktivnosti in da so posamezniki imeli težave pri opravljanju številnih funkcionalnih dejavnosti, prav tako pa tudi na področju vključevanja in sodelovanja. Ugotavljamo, da se zlasti začetni rezultati funkcijskih testov telesne pripravljenosti vseh 150 starajočih se odraslih oseb z intelektualno motnjo v naši študiji razlikujejo od normativov enako starih v večinski populaciji, kot je predhodno v svoji presečni študiji ugotovila Bainbridge s sodelavci (2015) na večjem vzorcu športnikov specialne olimpijade z vseh šestih kontinentov. Avtorji so sicer razdelili vzorec športnikov specialne olimpijade (od 9 do 80 let) na dve podskupini, in sicer na telesno bolj sposobne športnike z intelektualno motnjo, ki so se udeležili letnih in zimskih svetovnih iger specialne olimpijade v obdobju 2007–2014, ter na druge, ki se svetovnih iger niso udeležili. Njihovo sposobnost so avtorji definirali na predpostavki, da se svetovnih iger lahko udeležijo le športniki, ki bolj intenzivno trenirajo in dosegajo boljše športne rezultate, kar ne drži. Omenjena predpostavka je napačna in odraža nepoznavanje specifičnih principov razvrščanja športnikov specialne olimpijade po mednarodno sprejetih pravilih v posamične kategorije na podlagi starosti, spola in doseženega rezultata. V višje kategorične skupine v posamezni športni disciplini se na prvo mesto namreč lahko uvrstijo tekmovalci z veliko slabšim rezultatom v primerjavi s tekmovalci z najboljšim rezultatom v prvi kategoriji, oboji pa prejmejo zlato medaljo v svoji kategoriji. Tako je vsem športnikom specialne olimpijade omogočeno tekmovati na svetovnih igrah v svoji kategoriji. Avtorji so v nadaljevanju ocenjevali tri komponente telesne pripravljenosti (mišična jakost in vzdržljivost, ravnotežje in gibljivost) in na podlagi rezultatov funkcijskih testov zdravstvenega programa zabavni fitnes za omenjene komponente ter na podlagi normativnih vrednosti za posamezne teste (Bainbridge idr. 2013) definirali okvare športnikov z intelektualno motnjo na področju telesne zgradbe in funkcije. Ugotovili so, da se odstotek okvar na področju komponente mišična jakost in vzdržljivost povečuje s starostjo športnikov v vseh starostnih kategorijah, medtem ko se odstotek okvar na področju komponent gibljivost in ravnotežje povečuje do obdobja 40–49 let, nato se v obdobju 50–60 let stabilizira, v starostnem obdobju nad 60 let pa ponovno močno narašča. Podoben vzorec s starostjo povezanih okvar na ravni telesne zgradbe in funkcije so avtorji ugotovili v drugi skupini športnikov z intelektualno motnjo, ki se še niso udeležili svetovnih iger, udeležili pa so se tekmovanj na regijski, državnih in mednarodnih ravni ter so jih kategorizirali kot slabše športnike. Ko so primerjali odstotek okvar na področju telesne zgradbe in funkcije s sposobnostjo športnikov, je imela druga skupina višji odstotek okvar na področju komponent mišična jakost in vzdržljivost ter gibljivost in ravnotežje v primerjavi s prvo skupino. Avtorji zaključujejo, da je na podlagi visokega odstotka telesnih okvar pri populaciji športnikov z intelektualno motnjo stanje zaskrbljujoče in da zahteva ustrezno uvedbo gibalnih programov (Bainbridge idr. 2015).

Ugotavljamo, da je udeležba v programu gibalne aktivnosti fun fitness plus v kombinaciji z rednimi športnimi treningi specialne olimpijade statistično pomembno učinkovala na izboljšanje vseh komponent (vključno z večino njihovih podkomponent) telesne pripravljenosti pri vseh vključenih odraslih oseb z intelektualno motnjo iz ljubljanske regije, za razliko od kontrolne skupine, zato prvo hipotezo potrdimo. Ugotavljamo, da udeležba v programu wellness v kombinaciji z rednimi športnimi treningi specialne olimpijade ni statistično pomembno izboljšala večine komponent (in njihovih podkomponent) telesne pripravljenosti oseb z intelektualno motnjo, zato drugo hipotezo zavrnemo. Ugotavljamo, da je na podlagi analize kratkoročnih učinkov programa gibalne aktivnosti

fun fitness plus v kombinaciji z rednimi športnimi treningi specialne olimpijade na kakovost življenja prišlo do statistično pomembnega izboljšanja v vseh domenah vprašalnika WHOQOL BREF (telesno počutje, psihološko počutje, socialni odnosi, okolje ter dodatni domeni: posameznikova ocena kakovosti življenja in zadovoljstvo z zdravjem) pri vseh desetih udeležencih z intelektualno motnjo, za razliko od kontrolne skupine, zato tretjo hipotezo potrdimo. Ugotavljamo, da je na podlagi analize kratkoročnih učinkov programa gibalne aktivnosti wellness v kombinaciji z rednimi športnimi treningi specialne olimpijade na kakovost življenja prišlo do statistično pomembnega izboljšanja le v treh domenah vprašalnika WHOQOL BREF (psihološko počutje, okolje ter v dodatni domeni: ocena kakovosti življenja) pri vseh desetih udeležencih z intelektualno motnjo, za razliko od kontrolne skupine, zato četrto hipotezo potrdimo.

Treba je poudariti, da do omenjenih razlik med večinsko populacijo in populacijo starajočih se odraslih z intelektualno motnjo definitivno prihaja zaradi omenjene zmanjšane zmožnosti na področju intelektualne motnje kot tudi pridruženih težav, na primer okvare na področju telesne zgradbe in funkcij, pridruženih senzornih in telesnih okvar in prizadetosti odraslih oseb z intelektualno motnjo, ki vplivajo na različne gibalne modele, na spremenjene gibalne vzorce in držo telesa z uporabo asociiranih reakcij, kompenzatornih reakcij ali z uporabo patoloških gibalnih sinergij, ki so značilne za večino podskupin oseb z razvojnimi motnjami (Piek in Dycck 2004; Martin idr. 2010; Chang idr. 2011).

Na podlagi analize kvantitativnih in kvalitativnih rezultatov ugotavljamo, da je do statistično pomembnih razlik v vseh rezultatih funkcijskih testov za ocenjevanje komponent telesne pripravljenosti (gibljivost, mišična moč in vzdržljivost, ravnotežje in aerobna zmogljivost) pri preiskovancih v skupini fun fitness plus prišlo zaradi pospešenega motoričnega učenja na podlagi integriranega večkomponentnega vadbenega programa, ki temelji na sodobnem konceptu plastičnosti živčno-mišičnega sistema in motoričnega učenja ter je pomembno prispeval k zmanjšanju okvar (zaradi razvojnih motenj) na področju gibljivosti, mišične moči in vzdržljivosti, ravnotežja in aerobne zmogljivosti, k izboljšanju funkcioniranja na področju dejavnosti ter sodelovanja starajočih se odraslih oseb z intelektualno motnjo. Udeležba odraslih oseb z intelektualno motnjo v omenjenem programu je ob pomoči koordiniranega procesa pod nadzorom interdisciplinarnega tima strokovnjakov s področja socialne gerontologije in medicinske rehabilitacije omogočila nadaljevanje njihove rehabilitacije, hkrati jim je omogočila dosegati vloge, ki ustrezajo njihovim življenjskim pričakovanjem, željam in potrebam po vzdrževanju dobre telesne pripravljenosti, samostojnosti in neodvisnosti ter uspešnosti pri vzajemnem sodelovanju v skupnosti ter tudi kakovosti življenja. Ocenjujemo, da je večkomponentni program gibalne aktivnosti fun fitness plus uspešen tudi pri nadomeščanju primanjkljajev in okvar na področju telesnih zgradb in funkcij, dejavnosti in sodelovanja pri odraslih osebah z intelektualno motnjo. Na podlagi kvalitativne analize rezultatov 18 intervjujev s športniki specialne olimpijade iz vseh treh skupin programov gibalne aktivnosti specialne olimpijade na področju telesne pripravljenosti ugotavljamo, da so intervjuvanci v skupini fun fitness plus navajali izboljšanje splošne gibljivosti sklepov, izboljšanje obseg gibljivosti v kolenskem, ramenskem, skočnem in kolenskem sklepu, odrasle osebe z Downovim sindromom so kot pozitivne učinke poudarile tudi boljšo stabilnost v komolčnem in kolenskem sklepu, saj je bil zaradi splošne hiper mobilnosti omenjenih sklepov pri tej populaciji program usmerjen v izboljšanje njihove stabilnosti. Prav tako so subjektivno navajali izboljšanje moči mišic rok, nog in trupa ter mišične vzdržljivosti abdominalnih mišic in mišic trupa ter posledično izboljšanje funkcije gibalnih vzorcev, povezanih s hojo in tekom, zmanjšanje padcev doma in na treningih ter izboljšanje aerobne zmogljivosti v smislu izboljšanja srčnega utripa po vadbi. Hiper mobilnost je bilo zaznati le v komolčnih sklepih, ne pa tudi v kolenskem in kolčnem sklepu, kjer nekateri od njih niso dosegali normativov, ki so jih predlagali avtorji (Bainbridge idr. 2013). Osebni dejavniki tako predstavljajo determinante funkcioniranja posamezne odrasle osebe z intelektualno motnjo, prav tako pa so lahko mediatorji uspešne kom-

pliance glede upoštevanja smernic in priporočil, povezanih z zdravim življenjskim slogom, rednim udejevanjem v programih gibalne aktivnosti fun fitness plus in wellness ter zdravimi prehranjevalnimi navadami in priporočili glede izvajanja pogostosti zmerne in visokointenzivne gibalne aktivnosti za izboljšanje posameznih komponent telesne pripravljenosti. Na podlagi kvantitativnih in kvalitativnih rezultatov glede subjektivne percepcije dviga kakovosti življenja pri odraslih osebah z intelektualno motnjo ugotavljamo, da lahko optimalno podporno okolje pri zagotavljanju redne gibalne aktivnosti v specifičnih programih specialne olimpijade fun fitness plus in wellness pri omenjenih osebah ranljive populacije z intelektualno motnjo pripomore k boljši telesni pripravljenosti in posledično višji kakovosti življenja športnikov, vključenih v gibanje Specialna olimpijada Slovenije. Glede na analizo kvantitativnih podatkov lahko izrazimo visoko stopnjo zaskrbljenosti, saj so bile začetne povprečne vrednosti rezultatov pri vseh domenah vprašalnika o kakovosti življenja WHOQOL BREF pri vseh 150 vključenih osebah z intelektualno motnjo izredno nizke v primerjavi z rezultati odraslih oseb enake starosti v večinski populaciji (Hawthorne idr. 2006), kar lahko odraža tudi neenakost zdravja v tej ranljivi populaciji, na kar so opozarjali mnogi avtorji (Emerson in Baines 2011; Clough idr. 2016; Walker idr. 2016).

Enako stari odrasli so v večinski populaciji v študiji avtorja Hawthorne s sodelavci (2006) dosegali povprečno število 70 točk na področju telesnega zdravja, 70 točk na področju psihološkega dobrega počutja, 71 točk na področju socialnih odnosov ter 75 točk na področju okolja, medtem ko so odrasli z intelektualno motnjo v skupini fun fitness plus, skupini wellness in kontrolni skupini pred randomizacijo dosegali v povprečju 34 točk na področju telesnega zdravja, 38 točk na področju psihološkega dobrega počutja, 28 točk na področju socialnih odnosov ter 26 točk na področju okolja. Meeberg (1993, 32) je med prvimi navajal, da je kakovost življenja zelo kompleksna in zajema tako subjektivne kot objektivne komponente. Te so izredno pomembne, saj je po njegovem mnenju subjektivni vidik bistven, ker je občutek osebnega zadovoljstva intrinzičen za kakovost življenja, prav tako je potrebna objektivna komponenta. Avtor v svojem članku navaja primere različnih aspektov ljudi, ki živijo bodisi v revščini in bedi ter nikoli niso izkusili drugačnega sloga življenja, in v nadaljevanju navaja, da so lahko prav tako zadovoljni s svojim življenjem. Človek, ki gleda na omenjene pogoje življenja od zunaj, jih lahko oceni kot škodljive za zdravje in bi drugače ocenil kakovost njihovega življenja. Zato smo v kvalitativnem delu te raziskave tudi mi zajeli subjektivne poglede doživljanja odraslih oseb z intelektualno motnjo, njihove percepcije in vrednote glede učinkov različnih programov gibalne aktivnosti specialne olimpijade na kakovost življenja, ki predstavljajo vitalen del rezultatov študije z integracijo metod. Udeleženci skupin fun fitness plus so po zaključku navajali statistično pomembno izboljšanje kakovosti življenja v vseh domenah vprašalnika WHOQOL BREF, in sicer na področju povprečnih rezultatov v domenah okolja ($p = 0,001$), socialnih odnosov ($p = 0,001$), psihološkega zdravja ($p = 0,001$) in telesnega zdravja (tako skupina fun fitness plus kot skupina wellness: $p = 0,001$) ter v dveh dodatnih postavkah glede splošne ocene zadovoljstva z zdravjem (skupina fun fitness plus: $p = 0,001$; skupina wellness: $p = 0,009$) in kakovosti življenja (tako skupina fun fitness plus kot skupina wellness: $p = 0,001$). Pri kontrolni skupini trening SO do statistično pomembnih sprememb kakovosti življenja ni prišlo na nobenem od omenjenih področij, kar kaže, da je program gibalne aktivnosti fun fitness plus s svojo večkomponentno zasnovo močno pripomogel k izboljšanju zgoraj navedenih rezultatov.

Ugotavljamo, da je uporaba kvantitativnega vprašalnika Svetovne zdravstvene organizacije WHOQOL BREF pri odraslih osebah z zmerno in lažjo intelektualno motnjo, vključenih v to študijo, prav tako učinkovito in dovolj občutljivo ocenjevalno orodje za evalvacijo učinkov posameznih programov gibalne aktivnosti specialne olimpijade na kakovost življenja, kot so predhodno dokazali številni avtorji (Bredemeier idr. 2014; Simões idr. 2015; Simões in Santos 2016), prav tako pri drugih podskupinah večinske populacije odraslih (Skevington idr. 2004; Bize idr. 2007; Aghaei idr. 2014; Peleias idr. 2017) ter pri starejših odraslih v večinski populaciji (Pernambuco idr. 2012; Pucci idr. 2012; Zhang idr.

2012; Gill idr. 2013; Sampaio S. in Sampaio C. 2013; Aparecida-Barbosa idr. 2014; Fonte idr. 2016b; Skwiot in Juškiewicz-Swaczyna 2017; Puciato idr. 2017, 2018). Ugotavljamo, da je glede na omenjene kvalitativne rezultate nizke kakovosti življenja vseh 30 odraslih oseb z intelektualno motnjo iz Ljubljane v začetnem ocenjevanju potreben takojšen odziv vodstva specialne olimpijade in tudi vodstva posameznih članic specialne olimpijade, to je vladnih in nevladnih institucij, javnih socialnovarstvenih zavodov, društev in tudi resornih ministrstev, kot sta ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter ministrstvo za zdravje, ter socialnogerontološke stroke, da v prihodnje izboljšajo kakovost življenja odraslih oseb z intelektualno motnjo, ki se srečujejo z neenakostjo v zdravju in doživljajo nizko stopnjo kakovosti življenja v povezavi z nizko stopnjo telesne dejavnosti in telesne pripravljenosti. Kot navajata Ovsenik in Lipič (2011, 58), procesa staranja ne velja dramtizirati, saj se je treba z njim realno soočiti in kompetentno odgovoriti na potrebe staranja, kar vsekakor velja tudi za populacijo starajočih se odraslih oseb z intelektualno motnjo. Ugotavljamo, da je v naši študiji prav zaradi ustreznega interdisciplinarnega pristopa vseh deležnikov, zlasti vključenosti tima študentov socialne gerontologije, ki je s svojimi svetovanji in predavanji omenjeni populaciji 30 odraslih oseb z intelektualno motnjo, vključenih v program gibalne aktivnosti fun fitness plus, omogočil vseživljenjsko učenje ter skupaj s fizioterapevtskim timom zagotavljal neposredno podporo starajočim se odraslim osebam z intelektualno motnjo, ki je bistvena za kakovost življenja, kot je v svoji študiji ugotavljal že Friedman (2018). Z vsem naštetim je podpora interdisciplinarnega tima strokovnjakov vplivala na spremembo življenjskega sloga odraslih oseb z intelektualno motnjo, saj so izboljšali kakovost življenja, zadovoljstvo z življenjem in zdravjem ter samospoštovanje ter percipirali pomen aktivnega in produktivnega staranja, kar odraža kvalitativen in kvantitativen del rezultatov obstoječe študije, ki je ena od prvih tako v slovenskem kot tudi mednarodnem prostoru. Koncept kakovosti življenja, ki smo ga uporabili v tej študiji, je pomemben za določanje javne politike za osebe z intelektualno motnjo, za vrednotenje programov gibalne aktivnosti in drugih rehabilitacijskih storitev, ki so jih deležne v lokalnem okolju in institucijah, prav tako je pomemben za sam razvoj novih večkomponentnih programov gibalne aktivnosti specialne olimpijade. Na podlagi obstoječe integracije kvantitativnih in kvalitativnih rezultatov študije soglašamo z avtorji (Stewart idr. 2008; Robertson idr. 2014), da z integracijo metod pri kvalitativni fazi študije pridobimo globlji vpogled v potrebe glede podpornih strategij, podpornih virov in intervencijskih preferenc ter vpogled v zadovoljstvo kot doživljanje učinkov intervencij za ranljive skupine, kamor uvrščamo tudi populacijo odraslih oseb z intelektualno motnjo. S kvantitativno fazo pa smo v obstoječi študiji preučili učinke in rezultate programov gibalne aktivnosti specialne olimpijade ter zanesljivost in veljavnost ocenjevanja telesne pripravljenosti in kakovosti življenja, kar potrjuje relevantnost raziskave tudi pri samem zmanjševanju neenakosti v zdravju oseb z intelektualno motnjo, vključenih v gibanje Specialna olimpijada Slovenije. Ugotavljamo, da smo z integracijo kvantitativne in kvalitativne raziskovalne paradigme pridobili novo dimenzijo vzročno-posledične povezave učinkovitosti programov gibalne aktivnosti na kakovost življenja in telesno pripravljenost tudi z bogatimi kvalitativnimi podatki glede multiplih osebnih doživljanj, percepcij, stališč in mnenj odraslih z intelektualno motnjo ter pomembne napovedne vrednosti udeležbe v samem programu fun fitness za višjo kakovost življenja in za boljšo telesno pripravljenost. Omenjeno posledično izboljša funkcioniranje na področju telesnih zgradb in funkcij ter tudi na področju dejavnosti in sodelovanja, kar ne nazadnje vpliva na boljše splošno zdravje starajočih se odraslih oseb z intelektualno motnjo, vključenih v gibanje Specialna olimpijada Slovenije.

Ena od omejitev kvantitativnega dela obstoječe raziskave je ta, da izvedba trojno slepe randomizirane klinične študije v našem primeru ni bila mogoča, torej da bi tudi glavni raziskovalec bil slep glede razvrstitve, zlasti v kvalitativnem delu študije. Naslednja omejitev je ta, da se nam v obstoječi randomizirani klinični študiji v družbenem okolju skupnosti, kamor so bili vključeni preiskovanci z intelektualno motnjo, ni uspelo izogniti vsem begavim spremenljivkam, saj je v takšnem neklinič-

nem okolju vedno lahko prisotnih nekaj nekontroliranih, zunanjih spremenljivk, ki jih ni mogoče izolirati (interakcija z drugimi udeleženci, interakcija v domačem okolju itd.), zato posledično vedno obstaja določen odstotek možnosti alternativnih razlag. Kljub temu da smo s strogim raziskovalnim protokolom (uporaba randomizirane klinične študije) prispevali k maksimalni kontroli obstoječega raziskovalnega okolja, ostaja dejstvo, da eksperiment predstavlja nenaravno socialno situacijo z diferenciacijo vlog. Kljub vsemu pa je treba opozoriti, da so v tej študiji sodelovale le odrasle osebe z lažjo in zmerno intelektualno motnjo, ne pa tudi osebe s težjo in težko motnjo, kar je ena od omejitev pri generalizaciji rezultatov na celotno populacijo športnikov z intelektualno motnjo, ki sodelujejo v gibanju Specialna olimpijada Slovenije. Ena od omejitev je tudi izredna heterogenost te ranljive populacije, zato v vzorec nismo zajeli posameznikov z drugimi diagnozami, povezanimi z razvojnimi motnjami, prav tako nismo vključili starejših in starih odraslih oseb s težko in najtežjo intelektualno motnjo, saj jih je bilo premalo, da bi jih lahko razvrstili v tri skupine. Prav tako menimo, da obstoječi raziskovalni okvir zanje ni aplikabilen, zato rezultatov ne moremo posplošiti na celotno populacijo starajočih se odraslih z lažjo, zmerno, težjo in težko intelektualno motnjo, vključenih v gibanje Specialna olimpijada Slovenije v ljubljanski regiji, temveč le na populacijo z lažjo in zmerno intelektualno motnjo. Kljub temu da smo pri vzorčenju maksimalno pozornost posvetili vključitvenim in izključitvenim kriterijem, menimo, da trenutni vzorec odraža realno stanje populacije odraslih z lažjo in težjo intelektualno motnjo na terenu.

6. Zaključek

Z obstoječo študijo smo ob pomoči integracije kvantitativne in kvalitativne metodologije raziskali kompleksen vpliv programov gibalne aktivnosti na posamezne komponente telesne pripravljenosti, in sicer na gibljivost, mišično zmogljivost, ravnotežje in aerobno zmogljivost, ter njihove povezanosti s kakovostjo življenja starajočih se odraslih z intelektualno motnjo. Na podlagi integracije kvantitativne in kvalitativne metodologije smo pridobili vpogled v stopnjo telesne pripravljenosti, kakovost življenja in v osebne izkušnje odraslih oseb z intelektualno/razvojno motnjo, ki so vključene v programe gibalne aktivnosti gibanja Specialna olimpijada Slovenije. Prav tako smo pridobili vpogled v njihova osebna doživljanja in izkušnje o zavedanju pomena vpliva programa gibalne aktivnosti na telesno pripravljenost ter o pomembnosti gibalne aktivnosti pri aktivnem staranju.

Socialnogerontološka stroka si še posebej pri ranljivi populaciji starajočih se oseb z intelektualno motnjo proaktivno prizadeva za vzpostavljanje takšne družbene percepcije, ki omogoča in vzpostavlja podporno okolje za višjo kakovost življenja odraslih oseb z intelektualno motnjo. Slovenska družba in zlasti znanstveniki, ki raziskujemo na področju socialne gerontologije, smo postavljeni pred resno večdimenzionalno problematiko reševanja številnih dilem, povezanih z aktivnim staranjem odraslih oseb z intelektualno motnjo, ki se tako kot enako stari vrstniki večinske populacije soočajo z izrazitim trendom staranja slovenskega prebivalstva. Glede na nam dostopne podatke v slovenskem prostoru ne obstajajo dokazi, da bi se sistematično evalvirala kakovost življenja odraslih oseb z intelektualno motnjo, vključenih v gibanje specialne olimpijade, niti kakovost odraslih oseb z intelektualno motnjo, ki niso športno aktivne. S socialnogerontološke perspektive bi bilo treba v prihodnje, na podlagi omenjene, z dokazi podprte prakse na področju promocije različnih programov gibalne aktivnosti specialne olimpijade in aktivnega staranja oseb z intelektualno motnjo, z roko v roki s predstavniki vladnih in nevladnih organizacij pristopiti k implementaciji ustreznih socialnogerontoloških svetovalnih in drugih storitev znotraj programov gibalne aktivnosti in aktivnega staranja omenjene ranljive populacije oseb z intelektualno motnjo ter tudi v prihodnje zagotavljati in evalvirati kakovost tovrstnih promocijskih programov v duhu procesa deinstitutionalizacije oziroma inkluzivnega zdravja ter inkluzivnega programa gibalne aktivnosti za vse. Glede na dejstvo, da se pripravlja sprejem zakona o dolgotrajni oskrbi, je to za socialnogerontološko stroko odlična priložnost, da opozori na večdimenzionalno problematiko staranja odraslih

oseb z intelektualno motnjo, vključenih v gibanje specialne olimpijade, in tudi drugih, ki v gibanje niso vključeni, ter poišče ustrezne rešitve za takojšnjo implementacijo omenjenih programov pri celotni populaciji starajočih se oseb z intelektualno motnjo in tudi drugih starejših, ki bi se v duhu omenjene inkluzivne politike želeli v skupnosti udeleževati v programih gibalne aktivnosti. Socialni gerontologi morajo kot člani interdisciplinarnega tima prvi sprejeti izziv kompleksne več-dimenzionalne problematike aktivnega staranja odraslih oseb z intelektualno motnjo, saj je to prvi korak, ki bo zmanjšal številna neskladja in neenakosti v zdravju, ki jih doživlja omenjena ranljiva populacija v primerjavi z večinsko populacijo, saj se bodo v nasprotnem primeru te neenakosti pospešeno nadaljevale.

Literatura

- Acree, Luke S., Jessica Longfors, Anette S. Fjeldstad, Cecilie Fjeldstad, Bob Schank, Kevin J. Nickel, Polly S. Montgomery in Andrew W. Gardner. 2006. Physical Activity Is Related to Quality of Life in Older Adults. *Health and Quality of Life Outcomes* 4 (1): 37.
- Aghaei, Masoud, Amin Azimkhani, Sadegh Abbasian, Ali Ashkani in Mahdi Talebpour. 2014. A Relationship between Physical Activity and Healthy Quality of Life in Students. *Turkish Journal of Sport and Exercise* 16 (2): 15–15.
- Al-Marzouki, Sanaa, Stephen Evans, Tom Marshall in Ian Roberts. 2005. Are These Data Real? Statistical Methods for the Detection of Data Fabrication in Clinical Trials. *British Medical Journal* 331 (7511): 267–70.
- Ainbridge, Donna, Tracy Arnold, Marry Lannon, Sandra Block in Amy Shellard. 2015. The Relationship of Impairments in Balance to Vision and/or Hearing Deficiency in Special Olympics Athletes. *Physiotherapy* 101 (May): e103.
- Bainbridge, Donna, Tracy Arnold, Amy Shellard in Vicky Tilley. 2015. The Relationship of Age and Athletic Ability to Fitness Impairments in Special Olympics Athletes. *Physiotherapy* 101 (May): e102.
- Bainbridge, Donna, James Gleason in Vicky Tilley. 2013. *Fun Fitness: Learn How to Organize, Promote and Present*. USA: Special Olympics.
- Beard, John R., Alana Officer, Islene Araujo de Carvalho, Ritu Sadana, Anne Margriet Pot, Jean-Pierre Michel, Peter Lloyd-Sherlock. 2016. The World Report on Ageing and Health: A Policy Framework for Healthy Ageing. *The Lancet* 387 (10033): 2145–54.
- Bize, Raphaël, Jeffrey A. Johnson in Ronald C. Plotnikoff. 2007. Physical Activity Level and Health-Related Quality of Life in the General Adult Population: A Systematic Review. *Preventive Medicine* 45 (6): 401–15.
- Booth, Michael. 2000. Assessment of Physical Activity: An International Perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 71 (2 Suppl): S114–20. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10925833> (12. maj 2020).
- Bowling, Ann. 2000. *Research Methods In Health: Investigating Health and Health Services*. 1st ed. Buckingham: Open University Press.
- Bredemeier, Juliana, Gabriela Peretti Wagner, Marilyn Agranonik, Tatiana Spalding Perez in Marcelo P. Fleck. 2014. The World Health Organization Quality of Life Instrument for People with Intellectual and Physical Disabilities (WHOQOL-Dis): Evidence of Validity of the Brazilian Version." *BMC Public Health* 14 (1): 538.
- Buys, Laurie, Rosemary Aird in Evonne Mille. 2012. Active Ageing Among Older Adults With Lifelong Intellectual Disabilities: The Role of Familial and Nonfamilial Social Networks. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 93 (1): 55–64.
- Caracelli, Valerie J. in Jennifer C. Greene. 1993. Data Analysis Strategies for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis* 15 (2): 195–207.
- Carey, Iain, Sunil Shah, Fay Hosking, Stephen DeWilde, Tess Harris, Carole Beighton in Derek Cook. 2016. Health Characteristics and Consultation Patterns of People with Intellectual Disability: A Cross-Sectional Database Study in English General Practice. *British Journal of General Practice* 66 (645): e264–70.
- Chang, Yao-Jen, Shu-Fang Chen in Jun-Da Huang. 2011. A Kinect-Based System for Physical Rehabilitation: A Pilot Study for Young Adults with Motor Disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32 (6): 2566–70.
- Clough, Sharyn, Zahra Shehabi in Craig Morgan. 2016. Reducing Health Inequalities in People with Learning Disabilities: A Multi-Disciplinary Team Approach to Care under General Anaesthesia. *British Dental Journal* 220 (10): 533–37.
- Creswell, John W. in Vicki L. Plano Klark. 2011. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 2nd ed. Thousand Oaks: CA: Sage.
- DePoy, Elizabeth in Laura N. Gitlin. 2015. *Introduction to Research-E-Book: Understanding and Applying Multiple Strategies*. 2nd ed. St.Louis: Elsevier Health Sciences.

- Emerson, Eric in Susannah Baines. 2011. Health Inequalities and People with Learning Disabilities in the UK. *Tizard Learning Disability Review* 16 (1): 42–48.
- Evenhuis, Heleen, C. Michael Henderson, Helen Beange, Nicholas Lennox in Brian Chicoine. 2000. *Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities: Physical Health Issues*. Geneva, Switzerland.
- Fonte, Eduardo da, Pedro Henrique Feitosa, Luiz Teixeira de Oliveira Neto, Carla Leal de Araújo, José Natal Figueiroa in João Guilherme Alves. 2016. Effects of a Physical Activity Program on the Quality of Life among Elderly People in Brazil. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 5 (1): 139–42.
- Foster, Liam in Alan Walker. 2015. Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist* 55 (1): 83–90.
- Friedman, Carli. 2018. Direct Support Professionals and Quality of Life of People With Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities* 56 (4): 234–50.
- Fron Chabouis, Hélène, Francis Chabouis, Florence Gillaizeau, Pierre Durieux, Gilles Chatellier, N. Dorin Ruse in Jean-Pierre Attal. 2014. Randomization in Clinical Trials: Stratification or Minimization? The HERMES Free Simulation Software. *Clinical Oral Investigations* 18 (1): 25–34.
- Gill, Diane L., Cara C. Hammond, Erin J. Reifsteck, Christine M. Jehu, Rennae A. Williams, Melanie M. Adams, Elizabeth H. Lange, Katie Becofsky, Enid Rodriguez in Ya-Ting Shang. 2013. Physical Activity and Quality of Life. *Journal of Preventive Medicine & Public Health* 46 (Suppl 1): S28–34.
- Gómez, Luis F., José Moreno, Olga L. Gómez, Rocio Carvajal in Diana C. Parra. 2013. Physical Activity and Health-Related Quality of Life among Adult Women in Cali, Colombia: A Cross-Sectional Study. *Quality of Life Research* 22 (9): 2351–58.
- Hahn, Joan Earle. 2012. Minimizing Health Risks Among Older Adults With Intellectual and/or Developmental Disabilities: Clinical Considerations to Promote Quality of Life. *Journal of Gerontological Nursing* 38 (6): 11–17.
- Halaweh, Hadeel, Carin Willen, Anna Grimby-Ekman in Ulla Svantesson. 2015. Physical Activity and Health-Related Quality of Life Among Community Dwelling Elderly. *Journal of Clinical Medicine Research* 7 (11): 845–52.
- Hanlon, Peter, Sara MacDonald, Karen Wood, Linda Allan in Sally-Ann Cooper. 2018. Long-Term Condition Management in Adults with Intellectual Disability in Primary Care: A Systematic Review. *BJGP Open*, March, bjgpopen18X101445.
- Hawthorne, Graeme, Helen Herrman in Barbara Murphy. 2006. Interpreting the WHOQOL-Br ef: Preliminary Population Norms and Effect Sizes. *Social Indicators Research* 77 (1): 37–59.
- Heesch, Kristiann C., Yolanda R. van Gellecum, Nicola W. Burton, Jannique G. Z. van Uffelen in Wendy J. Brown. 2015. Physical Activity, Walking, and Quality of Life in Women with Depressive Symptoms. *American Journal of Preventive Medicine* 48 (3): 281–91.
- Ivankova, Nataliya V., John W. Creswell in Sheldon L. Stick. 2006. Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field Methods* 18 (1): 3–20.
- Johnson, Kimberly J. in Jan E. Mutchler. 2014. The Emergence of a Positive Gerontology: From Disengagement to Social Involvement. *The Gerontologist* 54 (1): 93–100.
- Juraki c, Danijel,  zeljko Pedi i c in Zrinka Greblo. 2010. Physical Activity in Different Domains and Health-Related Quality of Life: A Population-Based Study. *Quality of Life Research* 19 (9): 1303–9.
- Kahan, Brennan in Tim Morris. 2012. Reporting and Analysis of Trials Using Stratified Randomisation in Leading Medical Journals: Review and Reanalysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 345 (September): e5840.
- Kernan, Walter. 1999. Stratified Randomization for Clinical Trials. *Journal of Clinical Epidemiology* 52 (1): 19–26.
- Kovačič, Tine. 2019. Učinki vadbenih programov specialne olimpijade na telesno zdravje odraslih ljudi z intelektualno in razvojno motnjo. *Kakovostna starost* 22/3 (2019): 71–93.
- Kovačič, Tine in Joca Zurc. 2019. Vpliv gibalnih programov Specialne olimpiade Slovenije na izboljšanje gibljivosti ramenskega obroča odraslih oseb z intelektualno motnjo. * port: revija za teoretična in praktična vprašanja športa* 67: 152–158.
- Kovačič, Tine, Miha Kovačič, Rok Ovsenik in Joca Zurc. 2020. The impact of multicomponent programmes on balance and fall reduction in adults with intellectual disabilities: a randomised trial. *Journal of Intellectual Disability Research* 64(5):381–394.
- Krzepota, Justyna, El zbieta Biernat in Beata Florkiewicz. 2015. The Relationship between Levels of Physical Activity and Quality of Life among Students of the University of the Third Age. *Central European Journal of Public Health* 23 (4): 335–39.
- Li, Fan, Elizabeth L. Turner, Patrick J. Heagerty, David M. Murray, William M. Vollmer in Elizabeth R. DeLong. 2017. An Evaluation of Constrained Randomization for the Design and Analysis of Group-Randomized Trials with Binary Outcomes. *Statistics in Medicine* 36 (24): 3791–3806.
- Liang, Jiayin in Baozhen Luo. 2012. Toward a Discourse Shift in Social Gerontology: From Successful Aging to Harmonious Aging. *Journal of Aging Studies* 26 (3): 327–34.

- Martin, Corby, Timothy S. Church, Angela M. Thompson, Conrad P. Earnest in Steven N. Blair. 2009. Exercise Dose and Quality of Life. *Archives of Internal Medicine* 169 (3): 269.
- Martin, Neilson C., Jan Piek, Grant Baynam, Florence Levy in David Hay. 2010. An Examination of the Relationship between Movement Problems and Four Common Developmental Disorders. *Human Movement Science* 29 (5): 799–808.
- McPherson, Gladys C., Marion K. Campbell in Diana R. Elbourne. 2012. Use of Randomisation in Clinical Trials: A Survey of UK Practice. *Trials* 13 (1): 198.
- Meeberg, A. Glenda. 1993. Quality of Life: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing* 18 (1): 32–38.
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve Republike Slovenije. 2014. *Akcijski program za invalide od 2014–2021*.
- Morgan, L. David. 2014. *Integrating Qualitative and Quantitative Methods A Pragmatic Approach*. Portland: SAGE publications Inc.
- Noronha, Daniele Durães, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins, Diego dos Santos Dias, Marise Fagundes Silveira, Alfredo Maurício Batista De Paula in Desirée Sant Ana Haikal. 2016. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Entre Adultos e Fatores Associados: Um Estudo de Base Populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 21 (2): 463–74.
- Ovsenik, Marija in Nikolaj Lipič. 2011. Starenje – Izazov Znanosti Ili Umjetnost Života. In *Društvo i Tehnologija: Knjiga Sažetaka. XVIII. Međunarodni Znanstveni Skup, Lovran 28.–30. Junij 2011, Zagreb: Hrvatsko Komunikološko Društvo & Nonacom*, 58.
- Peleias, Munique, Patricia Tempski, Helena BMS Paro, Bruno Perotta, Fernanda B. Mayer, Sylvia C Enns in Silmar Gannam. 2017. Leisure Time Physical Activity and Quality of Life in Medical Students: Results from a Multicentre Study. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine* 3 (1): e000213.
- Pernambuco, Carlos Soares, Bernardo Minelli Rodrigues, Jani Cleria Pereira Bezerra, Alessandro Carrielo, André Dias de Oliveira Fernandes, Rodrigo Gomes de Souza Vale in Estelio Henrique Martin Dantas. 2012. Quality of Life, Elderly and Physical Activity. *Health* 04 (02): 88–93.
- Piek, Jan P. in Murray J. Dyck. 2004. Sensory-Motor Deficits in Children with Developmental Coordination Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autistic Disorder. *Human Movement Science* 23 (3–4): 475–88.
- Polgar, Stephen in Thomas Shane A. 2001. *Introduction to Research in the Health Sciences*. 4th ed. Harcourt Publishers Limited.
- Popping, Roel. 2015. Analyzing Open-Ended Questions by Means of Text Analysis Procedures. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique* 128 (1): 23–39.
- Pucci, Gabrielle, Rodrigo S. Reis, Cassiano R. Rech in Pedro C. Hallal. 2012. Quality of Life and Physical Activity among Adults: Population-Based Study in Brazilian Adults. *Quality of Life Research* 21 (9): 1537–43.
- Puciato, Daniel, Zbigniew Borysiuk in Michał Rozpara. 2017. Quality of Life and Physical Activity in an Older Working-Age Population. *Clinical Interventions in Aging* Volume 12 (October): 1627–34.
- Puciato, Daniel, Michał Rozpara in Zbigniew Borysiuk. 2018. Physical Activity as a Determinant of Quality of Life in Working-Age People in Wrocław, Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15 (4): 623.
- Ramires, Virgílio Viana, Fernando César Wehrmeister, Andrea Wendt Böhm, Leony Galliano, Ulf Ekelund, Soren Brage in Inácio Crochemore Mohnsam da Silva. 2017. Physical Activity Levels Objectively Measured among Older Adults: A Population-Based Study in a Southern City of Brazil. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 14 (1): 13.
- ReNPSV13-20. 2013. *Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNPSV13–20)*. Ur. l. RS 39/2013.
- Robertson, Clare, Daryll Archibald, Alison Avenell, Flora Douglas, Pat Hoddinott, Edwin van Teijlingen in Dwayne Boyers. 2014. Systematic Reviews of and Integrated Report on the Quantitative, Qualitative and Economic Evidence Base for the Management of Obesity in Men. *Health Technology Assessment* 18 (35).
- Rowe, John W. in Robert L. Kahn. 1997. Successful Aging. *The Gerontologist* 37 (4): 433–40.
- Rugbeer, Nivash, Serela Ramklass, Andrew Mckune in Johan van Heerden. 2017. The Effect of Group Exercise Frequency on Health Related Quality of Life in Institutionalized Elderly. *Pan African Medical Journal* 26.
- Schulz, Kenneth in David Grimes. 2002. Blinding in Randomised Trials: Hiding Who Got What. *Lancet (London, England)* 359 (9307): 696–700.
- Sedgwick, Philip. 2015. Treatment Allocation in Trials: Stratified Randomisation. *BMJ* 350 (feb26 6): h978–h978.
- Sewo Sampaio, Priscila Yukari, Emi Ito in Ricardo Aurélio Carvalho Sampaio. 2013. The Association of Activity and Participation with Quality of Life between Japanese Older Adults Living in Rural and Urban Areas. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics* 4 (2): 51–56.
- Sim, Julius in Chris Wright. 2000. *Research in Health Care: Concepts, Designs and Methods*. 1st ed. Cheltenham: Nelson Thornes.

- Simões, Cristina in Sofia Santos. 2016. The Impact of Personal and Environmental Characteristics on Quality of Life of People with Intellectual Disability. *Applied Research in Quality of Life*, April.
- Simões, Cristina, Sofia Santos in Claudia Claes. 2015. Quality of Life Assessment in Intellectual Disabilities: The Escala Pessoal de Resultados versus the World Health Quality of Life-BREF. *Research in Developmental Disabilities* 37 (February): 171–81.
- Skevington, Suzanne M., M. Lotfy, and K. A. O'Connell. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13 (2): 299–310.
- Skwiot, Marlena in Barbara Juśkiewicz-Swaczyna. 2017. Physical Activity and Quality of Life According to Students of the University of the Third Age. *Advances in Rehabilitation* 31 (4): 45–56.
- Stewart, Miriam, Edward Makwarimba, Alison Barnfather, Nicole Letourneau in Anne Neufeld. 2008. Researching Reducing Health Disparities: Mixed-Methods Approaches. *Social Science & Medicine* 66 (6): 1406–17.
- Therneau, M. Terry. 1993. How Many Stratification Factors Are 'Too Many' to Use in a Randomization Plan? *Controlled Clinical Trials* 14 (2): 98–108.
- Vagetti, Gislaine Cristina, Valter Cordeiro Barbosa Filho, Natália Boneti Moreira, Valdomiro de Oliveira, Oldemar Mazzardo, and Wagner de Campos. 2015. The Association between Physical Activity and Quality of Life Domains among Older Women. *Journal of Aging and Physical Activity* 23 (4): 524–33.
- Vallance, Jeff K., Dean T. Eurich, Celeste M. Lavalley in Steven T. Johnson. 2012. Physical Activity and Health-Related Quality of Life among Older Men: An Examination of Current Physical Activity Recommendations. *Preventive Medicine* 54 (3–4): 234–36.
- Vertot, Nelka. 2010. *Starejše Prebivalstvo v Sloveniji*. Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <http://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf> (25. januar 2018).
- Walker, Carol, Charles R. Beck, Richard Eccles in Chris Weston. 2016. Health Inequalities and Access to Health Care for Adults with Learning Disabilities in Lincolnshire. *British Journal of Learning Disabilities* 44 (1): 16–23.
- Walsh, Patricia Noonan. 2008. Health Indicators and Intellectual Disability. *Current Opinion in Psychiatry* 21 (5): 474–78.
- Walsh, Patricia Noonan, Mike Kerr in van Schrojenstein Lantman-de Valk. 2003. Health Indicators for People with Intellectual Disabilities: A European Perspective. *European Journal of Public Health* 13 (3 Suppl): 47–50.
- WHOQOL Group. 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine* 28 (3): 551–58.
- World Health Organization. 2000. *Ageing and Intellectual Disabilities – Improving Longevity and Promoting Healthy Ageing: Summative Report*. Geneva, Switzerland.
- Yasunaga, Akitomo, Fumiharu Togo, Eiji Watanabe, Hyuntae Park, Roy J. Shephard in Yukitoshi Aoyagi. 2006. Yearlong Physical Activity and Health-Related Quality of Life in Older Japanese Adults: The Nakanojo Study. *Journal of Aging and Physical Activity* 14 (3): 288–301.
- Yen, Hsin-Yen in Li-Jung Lin. 2018. Quality of Life in Older Adults: Benefits from the Productive Engagement in Physical Activity. *Journal of Exercise Science & Fitness* 16 (2): 49–54.
- Zhang, Li, Xiaolei Guo, Jiyu Zhang, Xi Chen, Chengchao Zhou, Dandan Ge in Yangyang Qian. 2017. Health-Related Quality of Life among Adults with and without Hypertension: A Population-Based Survey Using EQ-5D in Shandong, China. *Scientific Reports* 7 (1): 14960.
- Zhang, Yang, Bo Qu, Shisi Lun, Dongbo Wang, Ying Guo in Jie Liu. 2012. Quality of Life of Medical Students in China: A Study Using the WHOQOL-BREF. Edited by Hamid Reza Baradaran. *PLoS ONE* 7 (11): e49714.
- Zurc, Joca. 2013. Integracija kvalitativne in kvalitativne metodologije v raziskavah v zdravstvu: sistematična pregledna študija. *Zdravstveno varstvo* 52: 221–35.

Skrb za zdravje starejših v Mestni občini Ljubljana kot dejavnik aktivnega staranja

Concern for health of the elderly in the City of Ljubljana as a factor of active ageing

Nejc Krašovec, mag. zdr. ved

Gerontološko društvo Slovenije

dr. Nikolaj Lipič, viš. pred.

Gerontološko društvo Slovenije

zasl. prof. ddr. Marija Ovsenik

Gerontološko društvo Slovenije

Povzetek

Uvod: Vprašanja glede skrbi za zdravje vseh generacij – tudi starejših – morajo postati izziv države, regij in lokalnih skupnosti na eni in različnih znanstvenih ved na drugi strani, ki morajo (so)ustvarjati pogoje in okoliščine za udejanjanje nove paradigme skrbi za zdravje na vseh nivojih družbenega življenja. Namen prispevka je ugotoviti zadovoljstvo starejših občank in občanov iz MOL s konceptom »zadovoljstvo starejših s skrbjo za zdravje«.

Metode: V raziskavi o skrbi za zdravje je sodelovalo 435 oseb iz MOL, starih 55 let in več. Podatke smo zbrali z metodo anketiranja v letu 2020 in jih obdelali s statističnimi metodami.

Rezultati: Starejši iz MOL so v splošnem zadovoljni s prizadevanjem za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti ter s kakovostjo programov na področju skrbi za zdravje za starejše v MOL. Med spoloma starejših iz MOL so razlike statistično značilne le v zadovoljstvu z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti. Glede na izobrazbo starejših iz MOL pa obstajajo statistično značilne razlike v zadovoljstvu s prizadevanjem za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, zadovoljstvom z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti ter zadovoljstvom s kakovostjo programov na področju skrbi za zdravje za starejše.

Razprava: Čas je za sodoben, na doktrini utemeljen pristop k skrbi za zdravje v smeri samostojnega, zdravega, varnega in aktivnega staranja. Pri tem je potrebna podpora MOL.

Ključne besede: zdravje, skrb za zdravje, aktivno staranje, zdravstveno varstvo, Mestna občina Ljubljana

Abstract

Introduction: Healthcare issues for all generations - including the elderly - should become a challenge for the state, regions and local communities on one hand and various scientific disciplines on the other, which should co-create conditions and circumstances for new healthcare paradigm implementation in all levels of social life. The purpose of the paper is to determine satisfaction of senior citizens from the City of Ljubljana with the concept of "satisfaction of the elderly with healthcare".

Methods: 435 people from the City of Ljubljana, aged 55 and over, participated in the healthcare survey. Data was collected using survey method and processed using statistical methods in 2020.

Results: The elderly from the City of Ljubljana are generally satisfied with efforts to strengthen their own physical and mental health, with information and awareness about healthy lifestyle in old age and quality of healthcare programs for the elderly in the City of Ljubljana. Differences between genders of the elderly from the City of Ljubljana are statistically significant only in satisfaction with information and awareness of healthy lifestyle in old age. According to education of the elderly from the City of Ljubljana, there are statistically significant differences in satisfaction with efforts to strengthen their own physical and mental health, satisfaction with information and awareness of a healthy lifestyle in old age and satisfaction with quality of healthcare programs for the elderly.

Discussion: It is time for a modern, doctrine-based approach to healthcare to independent, healthy, safe and active ageing. Support of the City of Ljubljana is vital.

Key words: health, concern for health, active ageing, health care, the City of Ljubljana.

1. Uvod

Skrb za zdravje vseh generacij je v zadnjem času ena izmed najbolj aktualnih strokovnih, znanstvenih in medijskih razprav, ki jim lahko sledimo še posebej v zadnjem času ob pojavu in širjenju novega koronavirusa. Še več, na spletu in v različnih medijih lahko spremljamo številne nasvete, recepte in marketinške objave za nakupe različnih zdravil, prehranskih dodatkov, rekreacijske opreme in drugega za posamezne starostne skupine kot »najprimernejšo« skrb za zdravje in počutje. Zato se marsikomu zastavlja resno vprašanje glede strokovnih in znanstveno verodostojnih učinkov vseh teh različnih pristopov k zdravju in počutju posameznika, za nekaterimi se skriva le želja po uspešni trženjski propagandi in prodaji. Zato je lahko povprečno informiran potrošnik pogosto in opravičeno v dvomu. Če pa govorimo o starejšem potrošniku, ki nima vseh potrebnih znanj, izkušenj in informacij, so lahko različne zlorabe še toliko pogostejše, saj so ti pogosto v pretirani skrbi za zdravje na nekoliko bolj »enostaven« način (npr. s tabletami in prehranskimi dopolnili ipd.) pripravljani »kupiti« marsikaj.

Vprašanja glede skrbi za zdravje vseh generacij – tudi starejših – morajo postati izziv države, regij in lokalnih skupnosti na eni in različnih znanstvenih ved na drugi strani, ki morajo (so)ustvarjati pogoje in okoliščine za udejanjanje nove paradigme skrbi za zdravje na vseh nivojih družbenega življenja. Pri tem je treba pristope k skrbi za zdravje prilagoditi potrebam, željam in motivom različnih starostnih skupin – mladih, odraslih in starejših. Celostno pa mora ostati skrb za zdravje največji izziv prav zdravstvenega varstva, saj mora odzivanje in prilagajanje zdravstvenega varstva v 21. stoletju, v družbi znanja, temeljiti na sinergičnih učinkih socialne zaščite, dostopnosti do zdravstvenih storitev, dolgotrajne oskrbe in skrbi za zdravje vsakogar. Le tako bomo v starajoči se družbi z ustrežno promocijo in skrbjo za zdravje ter krepitvijo koncepta aktivnega staranja dosegli razbremenitev zdravstvenega varstva in zmanjšali izdatke za zdravstvene storitve. To so v okviru prizadevanj za samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij tudi vodila Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017). S povezovanjem vseh deležnikov na področju skrbi za zdravje in na utemeljenem vključevanju vseh ključnih komponent zdravstvenega varstva pri skrbi za zdravje na vseh ravneh družbenega življenja, bi prispevali k boljšemu splošnemu zdravju vseh, kar bi rezultiralo v zdravo in (pro)aktivno dolgoživo slovensko družbo.

2. Teoretična izhodišča

2.1. Sledi demografskih sprememb sodobnega časa

Uhlenberg (2013, 12) nas ob spremljanju aktualnih demografskih trendov opozarja, da se v skoraj vseh državah po svetu delež otrok zmanjšuje in delež starejše populacije povečuje. Rabo pojma staranje prebivalstva prvič zasedimo na Švedskem in v Franciji v 19. stoletju, od koder se do leta 1950 razširi na večino sveta. Higo in Ta Khan (2015, 149) navajata, da stopnja staranja prebivalstva v 21. stoletju ne bo enakomerna, vendar pa bo med letoma 2020 in 2025 prvič v zgodovini število starejših preseгло število otrok.

Pri spremljanju demografskih trendov pa je potrebno razumevanje posledic demografskih sprememb razširiti iz nacionalnega nivoja (makro) tudi na raven regij (mezo) in lokalnih skupnosti (mikro), saj se le tako lahko, kot navajata Ozmec in Lipič (2015), tudi na mezo ali mikro ravni ustrezno odzivamo na potrebe okolja. To velja tudi na primeru naše raziskave v tem prispevku, kjer se osredotočamo na Mestno občino Ljubljana (v nadaljevanju MOL), ki ima v primerjavi z državnimi demografskimi kazalniki boljše demografsko sliko.

O'Sullivan (2018, 10) navaja, da se demografsko staranje nanaša na premik v starostnem profilu družbe k starejši populaciji. Sami ne moremo izbirati stabilne in vzdržne populacije z nizko smrtnostjo otrok in dolgim življenjem, ne da bi imeli tudi spremenjeno starostno strukturo. Staranje je značilnost stabilizacijske faze tranzicije in ne proces, ki bi se nadaljeval, dokler ne bo celotna populacija stara. Higo in Ta Khan (2015, 150–151) dodajata, da starostno sestavo prebivalstva določajo njegovi pretekli vzorci rodnosti, umrljivosti in migracij. Od naštetih spremenljivk je najpomembnejša rodnost, ki posredno vodi k staranju prebivalstva. Kadar rodijo ženske manj otrok, se delež otrok v populaciji zmanjšuje, delež starejših pa se povečuje. Razlog za povečanje deleža starejših prebivalcev v razvitih državah, glede na države v razvoju, vidita v tem, da je v razvitih državah prišlo do upadanja rodnosti veliko prej kot v državah v razvoju.

Globalnih pogledov na socialne, ekonomske in zdravstvene izzive kot posledice staranja je ogromno. Suhrcke idr. (2010, 377) staranje opredeljujejo kot proces, pri katerem starejši posamezniki postanejo večji delež celotnega prebivalstva, in dodajajo, da pojav lahko opredelimo kot svetovni, če se pojavi v različnih državah in v različnih stopnjah. Sambt (2007, 110) meni, da so demografi proces hitrega staranja prebivalstva pričakovali in predvidevali že desetletja. Projekcije pa niso vzbudile posebne skrbi pri celotni populaciji, saj ljudje posledic (še) ne občutijo na lastni koži.

2.2. Učinki staranja prebivalstva pri razumevanju družbenih sprememb in »medgeneracijske pogodbe«

C. King in K. King (2010, 402) menita, da uspešno in aktivno človeško staranje v najširšem pomenu odraža evlucijsko prilagoditev, ki zagotavlja medgeneracijsko podporo in družbene prispevke. Za izpolnitev družbenega potenciala starejši potrebujejo dnevne funkcije in vitalnost, ki jim omogočajo sodelovanje v fizičnih in družbenih prizadevanjih, ki se pojavljajo okrog njih.

R. Ovsenik in M. Ovsenik (2015, 150) menita, da so edina gotovost našega časa informacijske, globalizacijske in druge spremembe. Prav tako navajata, da je dinamika sprememb staranja hitrejša od dinamike odgovorov in zato povzročajo raznovrstne dileme na socialni in socialnogerontološki ravni. Tudi s poudarjanjem aktivnega staranja.

Svetovna zdravstvena organizacija (2017) aktivno staranje razume kot »proces optimizacije priložnosti za zdravje, sodelovanje in varnost, da bi izboljšali kakovost življenja starejših«. Kot navajata Higo in TA Khan (2017) se je povečano zanimanje za raziskave v zvezi z aktivnim staranjem pojavilo v socialnih, gerontoloških in socialnopolitičnih vedah v zadnjem desetletju. Hkrati poudarjata, da

se proces staranja, kot demografski fenomen, močno razlikuje po regijah sveta in je odvisen od časovnega obdobja in hitrosti napredovanja. Staranje prebivalstva se lahko obravnava kot dosežek sodobne družbe in kot vir priložnosti za še večji družbeni in gospodarski razvoj. V zgodovinskem kontekstu je svetovno staranje eden izmed najbolj izjemnih zgodovinskih uspehov ljudi v katerikoli dobi; na splošno ta demografski premik odraža, da je na svetovni ravni prišlo do podaljševanja življenja človeške populacije. Daljšanje pričakovane življenjske dobe lahko pomeni številne možnosti za participacijo starejših na različnih ravneh družbenega življenja, ki temeljijo na njihovem družbenem kapitalu. Wyl in Beck (2014, 2) dopolnjujeta, da na splošno prilagajanje različnim družbenim tveganjem vodi k prerazporeditvi sredstev od mlajših, bolj zdravih posameznikov, do starejših, bolnih zavarovancev, s čimer se na nekakšen način vzpostavi oblika medgeneracijske solidarnosti.

Na drugi stani pa Spijker in MacInnes (2013, 20) menita, da je staranje prebivalstva zaskrbljujoče predvsem za oblikovalce politik, saj za vsakega delavca, ki plačuje davke in zavarovanje, obstaja več starejših državljanov, ki povečujejo zahteve po socialnem zavarovanju, zdravju in sistemu socialnega varstva. To pomeni, da morajo mlajši in bolj zdravi posamezniki prispevati več, da bi dosegli izravnano tveganj. Po mnenju Wyla in Becka (2014, 10) je mogoče, da mlajši odrasli morda ne bodo mogli nositi svojega solidarnostnega bremena, kar vodi do neučinkovitosti in neenakosti pri financiranju zdravstva. Spijker in MacInnes (2013, 20) dodajata, da se zaradi povečevanja življenjskega standarda povečujejo tudi povprečni izdatki za zdravstveno varstvo, kar pomeni, da morajo mlajši in bolj zdravi posamezniki prispevati več k prilagajanju tveganj, da bi dosegli izravnano tveganj. Wyl in Beck (2014, 10) opozarjata, da takšni trendi lahko ogrozijo »medgeneracijsko pogodbo«, saj lahko privedejo do prekomernih transferjev solidarnosti od mladih do starih in s tem poslabšanje načela skupnostnih bonitet med generacijami.

Foner (2000, 272) se, sklicujoč na ekonomista Thurowa, ki je že leta 1996 trdil, da se »v prihodnjih letih lahko ponovno vzpostavi razredna vojna mladih proti starejšim in ne revnih proti bogatim«, sprašuje, zakaj, in odgovarja, da bo naraščajoč delež starejšega prebivalstva povzročil eksplozijo stroškov javnega pokojninskega in zdravstvenega varstva za starejše ljudi. Po tem scenariju možnih konfliktov med različnimi starostnimi skupinami bi lahko bile ovire za družbeno integracijo starejših ljudi resne, saj se delovno sposobna populacija bolj odziva na vprašanja družbene vloge starejših. Wyl in Beck (2014, 2) dodajata, da čeprav se daljšanje pričakovane življenjske dobe pogosto dojema kot pozitivno, pa vseeno predstavlja obremenitev sistema socialnega in zdravstvenega varstva sodobnih družb, kjer se razmerje med upokojenci in aktivnimi delavci vse bolj spreminja v smislu, da mora manj aktivnih delavcev podpirati vse več upokojevcev.

Tudi Spijker in MacInnes (2013, 20–21) ugotavljata, da staranje prebivalstva nenehno povečuje prispevke za prilagajanje tveganj mlajših generacij. Različni vzorci izkoriščanja zdravstvenega varstva med mladimi in starimi zavarovanci temeljijo na težavah povečevanja solidarnostnih transferjev od mladih do starejših generacij. Medtem ko so se izdatki za zdravstvene storitve za mlade odrasle (19–25 let) povečali le zmerno, je bila rast stroškov močnejše povezana s podaljšano pričakovano življenjsko dobo kot s starostjo. Dodajata še, da je starostna odvisnost določena tako, da so vsi ljudje nad zakonsko določeno pokojninsko dobo odvisni od solidarnostnih transferjev, ne glede na njihove ekonomske, socialne ali zdravstvene razmere.

Pozitivno stran staranja opisujeta Higo in TA Khan (2015, 158–159), ki navajata, da zmanjšanje število rojstev – eden od glavnih demografskih dejavnikov staranja prebivalstva – lahko privede v koncentracijo virov, ki jih je treba razdeliti med manj konkurenčnimi posamezniki. Takšna razpoložljivost virov lahko prinese koristi, kot so bolj izobražene in bolj zdrave mlajše generacije. Tako lahko v ekonomskem pogledu staranje prebivalstva ustvarja spodbudo za prihranek denarja ob upokojitvi, kar lahko prispeva h gospodarski rasti na nacionalni ravni s spodbujanjem kopičenja fizičnega in

človeškega kapitala ter tehnološkega napredka. Na drugi strani pa poudarjata, da je staranje prebivalstva sodobnim družbam postavilo povsem nove izzive, ki jih v preteklosti še ni bilo.

Zver in Srakar (2015, 150) navajata, da se v evropskih državah pričakovano trajanje življenja še naprej podaljšuje, predvsem na račun znižanja umrljivosti v starejših letih. Ključno vprašanje, ki se ob tem pojavi, pa je, kako preživimo dodatna leta: v dobrem ali slabem zdravstvenem stanju. Krašovec (2018) se je v tem kontekstu vprašal, kako doseči večjo odzivnost sistema zdravstvenega varstva pri vprašanih skrbi za zdravje v dolgoživi družbi. Krašovec in Lipič (2018) sta se vprašala, kako dodatna leta preživeti ob udeležanju koncepta aktivnega staranja. Odgovori so pomembni za načrtovanje zdravstvene in socialne politike in dolgotrajne oskrbe ter tudi za ekonomske in socialne vidike.

2.3. Skrb za zdravje – individualna perspektiva vsakega starejšega človeka

Zdravje in bolezni se skozi generacije prenašajo z genetskimi, socialnimi in kulturnimi mehanizmi, navajata Gustaaf in Bonneux (2009, 158), in dodajata, da nas geni, ki jih podedujemo od staršev in družbe, v kateri smo rojeni, oblikujejo v kompleksnem kulturnem in družbenem okolju, ki je vse bolj ugodno za dolgo in zdravo življenje populacije. Staranje družbe skupaj s podaljšano pričakovano življenjsko dobo napoveduje povečanje potrebe po skrbi za zdravje v starosti in dolgotrajni oskrbi.

Levasseur idr. (2017, 2) navajajo, da kronične bolezni, kot so artritis, revmatizem, hipertenzija, srčne bolezni ali sladkorna bolezen, prizadenejo predvsem starejše prebivalstvo, hkrati pa se starejše skupine ljudi srečujejo tudi z invalidnostjo, in poudarjajo, da takšni demografski izzivi vplivajo na oblikovanje dolgožive družbe. Predvideno povečanje kroničnih stanj, povezanih s staranjem, ki posledično vplivajo na raznovrstne obremenitve v sistemu zdravstvenega varstva, po navajanju C. Kinga in K. Kinga (2010, 405) predstavlja trden argument za spodbujanje običajne telesne dejavnosti posameznika kot strategije primarne preventive.

C. King in K. King (2010, 401) na osnovi znanstvenih dokazov navajata, da sta srednji in starejši sloj prebivalstva najbolj fizično nedejavna in da se s fizično dejavnostjo v srednji odrasli dobi povečuje možnost za preprečitev nastanka kroničnih bolezni, izboljšanje zdravja in kakovosti življenja v času šestega desetletja življenja. Spodbujanje zdravja je proces, ki ljudem omogoča, da povečajo nadzor in izboljšajo svoje zdravje ter se osredotočajo na spodbujanje samospoštovanja in spoprijemanje z zmožnostmi posameznikov, kar na koncu vodi k manjši odvisnosti od strokovnih storitev (Levasseur idr. 2017, 2).

Suhrcke idr. (2010, 378) ugotavljajo, da so na področju javnega zdravja nekateri raziskovalci zagovorniki možnosti »zdravega staranja« ali celo »uspešnega staranja«. Povzemajo, da bi lahko iz takšnega scenarija izkoristili gospodarske koristi: prvič, ljudem bi omogočili, da bi še naprej delovali (prispevali k delovnemu kontingentu), in drugič, preprečili ali vsaj ublažili bi naraščajoč stroškovni pritisk na sistem zdravstvenega in socialnega varstva. Pozitivno zdravje, kot ga poimenujejo Levasseur idr. (2017, 2), se osredotoča na to, zakaj so nekateri ljudje zdravi in drugi, v istem položaju, niso. Pri tem dodajajo, da ukrepi pozitivnega zdravja vključujejo rezultate, kot so zadovoljstvo z življenjem, funkcionalni status in uspešnost.

Po mnenju C. Kinga in K. Kinga (2010, 410–413) so izzivi, s katerimi se moramo soočiti v 21. stoletju in ki pozitivno vplivajo na povečanje splošne skrbi za zdravje, naslednji: prvič, pomanjkanje sistemskega pristopa k razmišljanju o rešitvah telesne dejavnosti, drugič, pomanjkanje specifičnosti v trenutni promociji telesne dejavnosti, ter tretjič, spremljanje in vodenje dokaznih gradiv kot poseben cilj za študije in razvoj intervencij.

Pri izbiri in uresničevanju ciljev na področju skrbi za zdravje igra percepcija časa temeljno vlogo, saj, kot poudarjata Solinge in Henkens (2018, 155–162), se zdi način, kako ljudje dojemajo svojo

prihodnost, pomemben za njihove načrte in vedenje. Pričakovana življenjska doba je koncept, ki ocenjuje pričakovanja posameznikov glede njihovega življenjskega obdobja, pri katerem sta dve psihološki spremenljivki – samoučinkovitost in zadovoljstvo z življenjem – pozitivno povezani z vrednotenjem pričakovane življenjske dobe; z drugimi besedami, napovedana življenjska doba je lahko le odraz optimistične (ali pesimistične) življenjske usmeritve. Kasesnik (2012, 22) meni, da na daljše pričakovano trajanje življenja vpliva tudi prihodnji razvoj zdravil in zdravljenja. Pri tem naj se poleg staranja prebivalstva za načrtovanje razvoja zdravil in zdravljenja upoštevajo projekcije prihodnje obolevnosti in umrljivosti. Za globalni napredek je potrebno mednarodno povezovanje, s čimer bi lahko dosegli skupno zastavljene cilje, skladne z demografskimi spremembami. Za uspešno reševanje problemov, povezanih z demografskimi spremembami, je poleg demografije treba upoštevati tudi epidemiologijo, navajata Gustaaf in Bonneux (2009, 158), kajti po njunih besedah bi lahko rekli, da sta epidemiologija in demografija povezani v populacijskih zdravstvenih znanostih, ki delita zdrav način življenja ljudi. Njuna skupna dolžnost je raziskati, kako optimizirati zdrav življenjski slog ljudi in kakšne so politične posledice daljšega in bolj zdravega življenja.

2.4. Skrb za zdravje in spodbujanje zdravega načina življenja

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017, 44) opozarja, da je zdravje pomemben dejavnik razvoja družbe in da je mogoče z zviševanjem števila zdravih let zmanjšati izdatke za zdravstvo ter izboljšati blaginjo vseh starostnih generacij. To je možno na nacionalni ravni doseči s strukturnimi ukrepi za zagotavljanje in spodbujanje zdravju prijaznega okolja, z okrepitevijo politik za spodbujanje zdravega življenjskega sloga (promocija zdravega načina življenja, obvladovanje tveganj ...), s krepitevijo programov za preprečevanje bolezni z zgodnjim odkrivanjem dejavnikov tveganja, z oblikovanjem programov za povečanje vlaganj delodajalcev v zdravje zaposlenih, z okrepitevijo programov za promoviranje zdravja in zdravega načina življenja, z ohranjanjem in krepitevijo telesnega in duševnega zdravja posameznika ter z okrepitevijo področja duševnega zdravja (UMAR 2017, 45).

3. Namen in cilj

Namen prispevka je ugotoviti zadovoljstvo starejših občank in občanov iz MOL s konceptom »zadovoljstvo starejših s skrbjo za zdravje« v MOL. Cilj prispevka je preučiti zadovoljstvo starejših iz MOL s prizadevanji za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL ter s kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga za starejše v MOL.

Za proučitev koncepta »zadovoljstvo starejših s skrbjo za zdravje« v MOL smo si zastavili naslednje tri hipoteze:

H1: Starejši iz MOL so v splošnem zadovoljni s prizadevanjem za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti ter s kakovostjo programov na področju skrbi za zdravje za starejše v MOL.

H2: Obstajajo statistično značilne razlike v prizadevanju za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, informiranosti in ozaveščenosti o zdravem življenjskem slogu v starosti ter kakovosti programov na področju skrbi za zdravje za starejše glede na spol starejših iz MOL.

H3: Obstajajo statistično značilne razlike v prizadevanju za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, informiranosti in ozaveščenosti o zdravem življenjskem slogu v starosti ter kakovosti programov na področju skrbi za zdravje za starejše glede na izobrazbo starejših iz MOL.

4. Metodologija

4.1. Metode, tehnike zbiranja in obdelava podatkov

V raziskavi smo uporabili kvantitativno raziskovalno paradigmo, deskriptivno metodo, metodo kompilacije in komparacije ter metodo analize in sinteze. Podatke smo zbrali z metodo anketiranja. Pridobljene podatke smo obdelali s statističnimi metodami (opisna in sklepna statistika), pri čemer smo uporabili program IBM SPSS. Rezultate smo predstavili s pomočjo opisne statistike in jih interpretirali skladno s cilji, tako da smo ugotovitve anketne raziskave primerjali z ugotovitvami teoretičnega dela. Za obdelavo podatkov smo uporabili neodvisni t-test in ANOVA.

4.2. Opis instrumenta

Kot raziskovalni instrument smo uporabili strukturirani anketni vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega in odprtega tipa. Anketiranci so se glede na svojo naklonjenost trditvi odločili po petstopenjski intervalni lestvici stališč, kjer 1 pomeni »zelo nezadovoljen« in 5 »zelo zadovoljen«.

Vprašalnik je obsegal triindvajset vsebinsko zaokroženih delov, med katerimi smo v tem prispevku uporabili podatke iz dveh sklopov, in sicer socialnodemografski podatki (spol, starost in izobrazba) in skrb za zdravje.

4.3. Opis vzorca

Raziskava je kompleksna in je zato v njej sodelovalo 597 anketirancev, starih 55 let in več. Spolno strukturo anketirancev prikazuje tabela 1, iz katere je razvidno, da je sodelovalo 81,4 % žensk in 18,6 % moških. Spolno strukturo prikazujemo, ker bomo v drugi zastavljeni hipotezi preverjali razlike v prizadevanju za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, informiranosti in ozaveščenosti o zdravem življenjskem slogu v starosti ter kakovosti programov na področju skrbi za zdravje za starejše glede na spol starejših iz MOL. Starost anketiranih je v povprečju znašala 68,07 leta (SD = 7,81) in se je gibala med starostjo 55 in 90 let. V delu raziskave o skrbi za zdravje, ki je predmet tega prispevka, je sodelovalo 435 oseb, od tega 351 žensk (80,6 %) in 84 moških (19,4 %).

Tabela 1: Spol anketirancev

Spol	Število anketirancev	Delež (%)	Kumulativni delež (%)
Ženski	486	81,4	81,4
Moški	111	18,6	100,0
Skupaj	597	100,0	

Vir: Lastna raziskava, 2020.

Ker bomo v tretji zastavljeni hipotezi proučevali razlike v prizadevanju za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, informiranosti in ozaveščenosti o zdravem življenjskem slogu v starosti ter kakovosti programov na področju skrbi za zdravje za starejše glede na izobrazbo starejših iz MOL, v tabeli 2 prikazujemo izobrazbeno strukturo anketirancev. Ugotavljamo, da ima večina anketirancev končano srednješolsko izobrazbo (30,2 %), sledijo anketiranci z visokošolsko izobrazbo (28,1 %) in nato anketiranci s končano višješolsko izobrazbo (18,6 %). Pri ostalih stopnjah dosežene izobrazbe je delež anketirancev manjši od 10 %. Najmanj anketiranih nima končane osnovne šole (1%) ali pa imajo končano le osnovno šolo (2,5 %).

Tabela 2: Dosežena izobrazba anketirancev

Dosežena izobrazba	Število anketirancev	Delež (%)	Kumulativni delež (%)
Brez osnovne šole	6	1	1
Osnovna šola	15	2,5	3,5
Poklicna šola	48	8	11,6
Srednja šola	180	30,2	41,7
Višja šola	111	18,6	60,3
Visoka šola	168	28,1	88,4
Fakulteta	21	3,5	92
Specializacija	27	4,5	96,5
Magisterij	21	3,5	100
Skupaj	597	100	

Vir: Lastna raziskava, 2020.

5. Rezultati

5.1. Splošno zadovoljstvo starejših iz MOL na področju skrbi za zdravje

V tabeli 3 prikazujemo deskriptivno statistiko zadovoljstva starejših s prizadevanjem za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, zadovoljstva starejših z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti ter zadovoljstva s kakovostjo programov na področju skrbi za zdravje za starejše v MO. Sodelovalo je 435 anketirancev, ki so svoje odgovore podajali na petstopenjski intervalni številski lestvici, kjer 1 pomeni »zelo nezadovoljen« in 5 »zelo zadovoljen«. Najvišje zadovoljstvo so anketiranci izrazili »s prizadevanji za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja« ($M = 3,70$; $SD = 0,912$), sledi zadovoljstvo »z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL« ($M = 3,10$; $SD = 1,043$). Najmanjše zadovoljstvo anketiranci izražajo pri »kakovosti programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje) v MOL« ($M = 3,06$; $SD = 0,992$).

Tabela 3: Splošno zadovoljstvo na področju skrbi za zdravje v MOL

Zadovoljstvo	N	M	SD
S prizadevanji za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja	435	3,70	0,912
Z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL	435	3,10	1,043
S kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje) v MOL	435	3,06	0,992

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava, 2020.

5.2. Razlike v zadovoljstvu glede lastnega prizadevanja, informiranosti in kakovosti programov na področju skrbi za zdravje starejših iz MOL glede na spol

V nadaljevanju smo rezultate glede lastnega prizadevanja, informiranosti ter kakovosti programov na področju skrbi za zdravje starejših v MOL primerjali glede na spol, kar prikazuje tabela 4. V primerjavi rezultatov deskriptivne statistike izbranih treh področij lahko opazimo, da med anketirankami in anketiranci prihaja do največjih razlik v zadovoljstvu »z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL«. Anketiranci najvišje zadovoljstvo pripisujejo »prizadevanju za krepitev lasnega telesnega in duševnega zdravja« ($M = 3,71$; $SD = 0,844$), sledi zadovoljstvo »s kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje) v MOL« ($M = 3,04$; $SD = 0,870$) in najmanjše zadovoljstvo izražajo »z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL« ($M = 2,89$; $SD = 0,982$). Najvišje zadovoljstvo pa anketiranke pripisujejo »prizadevanju za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja« ($M = 3,70$; $SD = 0,928$), na drugem mestu je zadovoljstvo »z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL« ($M = 3,15$; $SD = 1,052$) in najmanj zadovoljstva »s kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje) v MOL« ($M = 3,07$; $SD = 1,020$).

Tabela 4: Razlike v zadovoljstvu glede lastnega prizadevanja, informiranosti in kakovosti programov na področju skrbi za zdravje starejših v MOL glede na spol

Zadovoljstvo	Spol	N	M	SD
S prizadevanji za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja	Ženski	351	3,70	0,928
	Moški	84	3,71	0,844
Z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL	Ženski	351	3,15	1,052
	Moški	84	2,89	0,982
S kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje) v MOL	Ženski	351	3,07	1,020
	Moški	84	3,04	0,870

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava, 2020.

5.3. Razlike v zadovoljstvu glede lastnega prizadevanja, informiranosti in kakovosti programov na področju skrbi za zdravje starejših v MOL glede na izobrazbo

V tabeli 5 prikazujemo deskriptivno zadovoljstvo glede lastnega prizadevanja, informiranosti in kakovosti programov na področju skrbi za zdravje starejših v MOL glede na njihovo izobrazbo. Najvišje zadovoljstvo »s prizadevanji za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja« opazimo pri anketirancih brez končane osnovnošolske izobrazbe ($M = 4,50$; $SD = 0,548$) in s končano fakultetno izobrazbo ($M = 4,17$; $SD = 0,924$), najmanjše zadovoljstvo pa se izkaže pri osnovnošolski izobrazbi ($M = 2,75$; $SD = 0,452$) in magistrski izobrazbi ($M = 3,33$; $SD = 1,138$). Pri zadovoljstvu »z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL« so najvišje zadovoljstvo prav tako izrazili anketiranci brez osnovnošolske izobrazbe ($M = 4,00$; $SD = 1,095$) in s končano visokošolsko izobrazbo ($M = 3,33$; $SD = 0,972$), medtem ko so najmanj zadovoljni anketiranci z magisterijem ($M = 2,50$; $SD = 0,985$) in osnovnošolsko izobrazbo ($M = 2,75$; $SD = 1,138$). Najbolj zadovoljni »s kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje) v MOL« so prav tako anketiranci brez končane osnovnošolske izobrazbe ($M = 4,00$;

SD = 1,095) in z visokošolsko izobrazbo (M = 3,26; SD = 0,905), najmanjše zadovoljstvo pa izražajo anketiranci z magisterijem (M = 2,50; SD = 0,985) in s specializacijo (M = 2,60; SD = 1,056).

Tabela 5: Razlike v zadovoljstvu glede lastnega prizadevanja, informiranosti in kakovosti programov na področju skrbi za zdravje starejših v MOL glede na izobrazbo

Zadovoljstvo	Izobrazba anketirancev	N	M	SD
S prizadevanji za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja	Brez osnovne šole	6	4,50	0,548
	Osnovna šola	12	2,75	0,452
	Poklicna šola	24	3,38	0,875
	Srednja šola	135	3,62	0,929
	Višja šola	81	3,74	0,932
	Visoka šola	126	3,86	0,836
	Fakulteta	18	4,17	0,924
	Specializacija	15	3,80	0,414
	Magisterij	18	3,33	1,138
	Skupaj	435	3,70	0,912
Z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL	Brez osnovne šole	6	4,00	1,095
	Osnovna šola	12	2,75	1,138
	Poklicna šola	24	3,25	1,422
	Srednja šola	135	3,00	0,922
	Višja šola	81	3,00	1,162
	Visoka šola	126	3,33	0,972
	Fakulteta	18	3,00	1,029
	Specializacija	15	3,20	0,775
	Magisterij	18	2,50	0,985
	Skupaj	435	3,10	1,043
S kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje) v MOL	Brez osnovne šole	6	4,00	1,095
	Osnovna šola	12	2,75	0,452
	Poklicna šola	24	3,25	1,327
	Srednja šola	135	2,96	0,969
	Višja šola	81	3,11	1,000
	Visoka šola	126	3,26	0,905
	Fakulteta	18	2,83	0,924
	Specializacija	15	2,60	1,056
	Magisterij	18	2,50	0,985
	Skupaj	435	3,06	0,992

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava, 2020.

6. Razprava

Razpravo usmerjamo v preverjanje zastavljenih hipotez, ki se nanašajo na preučevanje zadovoljstva starejših iz MOL s prizadevanji za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, zadovoljstva z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL ter zadovoljstva s kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga za starejše v MOL.

Solinge in Henkens (2018) menita, da je način, kako ljudje dojemajo svojo prihodnost na področju zdravja, pomemben za njihove načrte na področju skrbi za zdravje v smislu optimistične ali pesimistične življenjske usmeritve. Prav zato nas je pri prvi hipotezi zanimalo, ali so starejši iz MOL v splošnem zadovoljni s prizadevanjem za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti ter s kakovosti programov na področju skrbi za zdravje za starejše v MOL. Ker smo pri vseh treh proučevanih področjih zadovoljstva starejših iz MOL na področju skrbi za zdravje dobili vrednosti aritmetične sredine na intervalu $3,06 \leq M \leq 3,70$, kar je na zgornji polovici petstopenjske merske lestvice, lahko prvo hipotezo, da so starejši iz MOL v splošnem zadovoljni s prizadevanjem za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti ter s kakovosti programov na področju skrbi za zdravje za starejše v MOL, potrdimo.

Spodbujanje zdravja je proces, ki ljudem omogoča, da povečajo nadzor in izboljšajo svoje zdravje ter se osredotočajo na spodbujanje samospoštovanja in spoprijemanje z zmožnostmi posameznikov, kar na koncu vodi k manjši odvisnosti od strokovnih storitev (Levasseur idr. 2017, 2). Zanimalo nas je, kakšne so razlike v dojetanju skrbi za zdravje med spoloma, zato smo pri drugi hipotezi preverjali, ali obstajajo statistično značilne razlike v prizadevanju za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, informiranosti in ozaveščenosti o zdravem življenjskem slogu v starosti ter v kakovosti programov na področju skrbi za zdravje za starejše glede na spol starejših iz MOL. Pri analizi rezultatov neodvisnega t-testa smo ugotovili, da statistično značilne razlike glede na spol obstajajo le v delu hipoteze, ki se navezuje na zadovoljstvo »z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL« ($p = 0,039$). V delih hipoteze, ki se navezujeta na zadovoljstvo »s prizadevanjem za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja« ($p = 0,904$) in zadovoljstvo »s kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje) v MOL« ($p = 0,787$), pa statistično značilnih razlik med spoloma ni moč zaznati. Zato drugo hipotezo, da obstajajo statistično značilne razlike v zadovoljstvu s prizadevanjem za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, zadovoljstvom z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti ter zadovoljstvom s kakovostjo programov na področju skrbi za zdravje za starejše glede na spol starejših iz MOL, lahko le delno potrdimo.

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017) poudarja pomen skrbi za zdravja vseh generacij – tudi starejših – za krepitev samostojnega, zdravega in varnega življenja ne glede na različne socialno-demografske okoliščine. Nas je v okviru tretje hipoteze zanimalo, ali obstajajo statistično značilne razlike v prizadevanju za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, informiranosti in ozaveščenosti o zdravem življenjskem slogu v starosti ter v kakovosti programov na področju skrbi za zdravje za starejše glede na izobrazbo starejših iz MOL. Analiza rezultatov z ANOVA je pokazala, da je pri zadovoljstvu »s prizadevanji za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja« ($p = 0,000$), zadovoljstvu »z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti v MOL« ($p = 0,007$) in zadovoljstvu »s kakovostjo programov za promocijo zdravja in zdravega življenjskega sloga (predvsem bolj zdrava prehrana in gibanje) v MOL« ($p = 0,002$) moč zaznati statistično značilne razlike glede na izobrazbo starejših iz MOL. Tako lahko tretjo hipotezo, da obstajajo statistično značilne razlike zadovoljstvu s prizadevanjem za krepitev lastnega telesnega in duševnega zdravja, zadovoljstvom z informiranostjo in ozaveščenostjo o zdravem življenjskem slogu v starosti ter

zadovoljstvom s kakovostjo programov na področju skrbi za zdravje za starejše glede izobrazbo starejših iz MOL, v celoti potrdimo.

7. Zaključek

Hitro staranje prebivalstva, tudi v MOL, je aktualna problematika današnjega in jutrišnjega dne. Velik vpliv na krepitev zdravja in zadovoljstva starejše populacije ima optimistična promocija in strokovno utemeljeno spodbujanje skrbi za zdravje. Vse generacije se morajo zavedati, da lahko največ same prispevajo k lastnemu zdravju z odmikanjem od tveganj za različna kronična obolenja in poškodbe, saj lahko tako razbremenijo zdravstveni in socialni sistem, ki ju bo ali ju že bremeni dolgoživa družba. V raziskavi ugotavljamo, da se posamezniki kljub dejstvu, da lahko sami največ naredijo za svoje zdravje in dobro počutje, še vedno premalo zavedajo pomena koncepta zdravja in dobrega počutja za aktivno staranje.

Res je tudi, da spremembe na področju pozitivne skrbi za zdravje na individualni in družbeni ravni zahtevajo čas in konstantno podporo z informiranjem in ozaveščanjem na eni ter primeri dobrih praks skrbi za zdravje prepoznanih posameznikov na drugi strani (npr. športniki, politiki, zdravniki ipd.). Programi, ki jih ponuja država, niso dovolj. Podporo morajo ponuditi tudi lokalne skupnosti. MOL je tukaj zgled dobre prakse, saj se je v zadnjih letih močno razvila športna in rekreacijska infrastruktura. Morda bi veljalo več pozornosti nameniti ustreznosti te infrastrukture za starejše v MOL in večji promociji različnih programov skrbi za zdravje za starejše. Priložnost na področju skrbi za zdravje vidimo tudi v medgeneracijskem povezovanju, ki lahko ponudi učinke za vse vključene generacije.

Čas je, da spremenimo način razmišljanja o skrbi za zdravje in naredimo prve korake v smeri samostojnega, zdravega, varnega in aktivnega staranja, kar je tudi vizija Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017). Ozavestiti je treba, da smo najbolj sami odgovorni za svojo zdravo prihodnost in aktivni način življenja. Lokalna skupnost MOL nas pri tem podpira.

Literatura

- Bonneux, Luc in Antoon Gustaaf. 2009. Medical Demography and Epidemiology: Dizygotic Twins. *European Journal of Epidemiology* 24 (4): 157–159.
- Foner, Anne. 2000. Age Integration or Age Conflict as Society Ages? *The Gerontologist* 40 (3): 272–276.
- Higo, Masa in Hafiz Ta Khan. 2015. Global Population Aging: Unequal Distribution of Risks in Later Life between Developed and Developing Countries. *Global Social Policy: An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development* 15 (2): 146–166.
- Kasesnik, Karin. 2012. Vpliv napredka zdravljenja na pričakovano trajanje življenja. V *Zbornik 15. mednarodne multikonference Informacijska družba – IS 2012*, ur. Janez Malačič in Matjaž Gams, 19–22. Ljubljana: Institut Jožef Stefan.
- King, C. Abby in K. Diane King. 2010. Physical Activity for an Aging Population. *Public Health Reviews* 32 (2): 401–426.
- Krašovec, Nejc. 2018. *Izzivi zdravstvenega varstva v času demografskih sprememb in dolgožive družbe*. Magistrsko delo. Maribor: Alma Mater Europaea – ECM.
- Krašovec, Nejc in Nikolaj Lipič. 2018. Strategija dolgožive družbe: odgovor na demografske spremembe in izziv zdravstvenemu varstvu. V *Za človeka gre: izzivi za znanost in izobraževanje*, ur. Bojana Filej, 249–262. Maribor: Alma Mater Europaea – ECM.
- Levasseur, Mélanie, Marie-France Dubois, Mélissa Gagnéux, Verena Menec, Raina Parminder, Mathieu Roy, Catherine Gabaude, Yves Couturier in Catherine St-Pierre. 2017. Capturing How Age-Friendly Communities Foster Positive Health, Social Participation and Health Equity: A Study Protocol of Key Components and Processes That Promote Population Health in Aging Canadians. *BMC Public Health* 17 (1): 1–11.
- O'Sullivan, Jane. 2018. Our society is ageing. Should we be concerned?. *GEODATE* 31(1): 10–16.
- Ovsenik, Rok in Marija Ovsenik. 2015. Creativity – life imperative of individuals and organizations. *Innovative Issues and Approaches in Social Sciences* 8(2): 150–164.

- Ozmec, Tatjana in Nikolaj Lipič. 2015. Demografski pogled na staranje prebivalstva v občini Ormož – izzivi za uvajanje socialnogerontoloških storitev. V *Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov: zbornik prispevkov z recenzijo, 7. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Celje, 8. maj 2015*, ur. Boris Miha Kaučič, Alenka Presker Planko, Darja Plank in Esih Katja, 454–462. Celje: Visoka zdravstvena šola.
- Sambt, Jože. 2007. Staranje prebivalstva in javnofinančni izdatki za pokojnine, zdravstvo in dolgotrajno oskrbo. V *Slovenija pred demografskimi izzivi 21. stoletja: zbornik 10. mednarodne multikonference Informacijska družba – IS 2007*, ur. Janez Malačič in Matjaž Gams, 110–14. Ljubljana: Institut Jožef Stefan.
- Solinge, V. Hanna, in Kène Henkens. 2018. Subjective Life Expectancy and Actual Mortality: Results of a 10-Year Panel Study among Older Workers. *European Journal of Ageing* 15(2): 155–164.
- Spijker, Jeroen in John MacInnes. 2013. Population Ageing. The Timebomb That Isn't?. *BMJ: British Medical Journal* 347(7933): 20–22.
- Suhrcke, Marc, Elena Fumagalli, in Ruth Hancock. 2010. Is There a Wealth Dividend of Aging Societies?. *Public Health Reviews* 32(2): 377–400.
- Svetovna zdravstvena organizacija. Dostopno na: <http://www.who.int/health-topics/> (9. september 2020).
- Uhlenberg, Peter. 2013. Demography Is Not Destiny The Challenges and Opportunities of Global Population Aging. *Generations* 37(1): 12–18.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj; Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.
- Wyl, V. Viktor in Konstantin Beck. 2014. Risk Adjustment in Aging Societies. *Health Economics Review* 4(7). Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/s13561-014-0007-5> (10. junij 2018).
- Zver, Eva in Andrej Srakar. 2015. Mere oviranosti kot podlaga za ocenjevanje zdravih let življenja in potreb po dolgotrajni oskrbi. V *Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji – prvi rezultati raziskave SHARE*, ur. Boris Majcen, 150–163. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja.

Vloga socialnovarstvenih programov na področju aktivnega staranja: primer nevladne organizacije Altra

Role of social welfare programmes in the field of active ageing: the case of NGO Altra

dr. Suzana Oreški, viš. pred.

Altra

Povzetek

Prispevek problematizira vprašanje skrbi za starejše osebe s težavami v duševnem zdravju, saj so le-te zaradi mnogih pridruženih zdravstvenih in socialno-ekonomskih stisk in težav osamljene, ranljive, nezdravljene, pogosto prezrte v sistemu služb s področja socialnega in zdravstvenega varstva ter izpostavljene zlorabam in diskriminaciji v širši družbi. Odgovor na pereča družbena vprašanja išče na primeru dejavnosti s področja duševnega zdravja, ki se izvajajo v okviru nevladne organizacije Altra, pri čemer se opira na konceptualna izhodišča dolgožive družbe ter preventive in promocije duševnega zdravja.

V raziskavi je uporabljen kvalitativni raziskovalni pristop: pri pisanju teoretičnih izhodišč deskriptivna metoda in v raziskovalnem delu študija primera nevladne organizacije Altra, ki ima sedež v Mestni občini Ljubljana, deluje pa tudi širše.

Rezultati raziskave so pokazali, da je povprečna starost oseb s težavami v duševnem zdravju, ki so vključene v socialnovarstvene programe organizacije Altra, nad 50 let, velik delež pa je tudi starejših od 60 let s pridruženimi kroničnimi zdravstvenimi težavami in kompleksnimi življenjskimi stiskami. Glede na to, da se tudi osebe s težavami v duševnem zdravju starajo, predstavljajo za različne programe na področju duševnega zdravja dodaten izziv v smislu podpore tem osebam in njihovi socialni mreži. Zaradi tega je potreben strokoven premislek o oblikovanju in izvajanju aktivnosti, ki bodo ciljno, na nacionalni, regionalni in tudi lokalni ravni, zasledovale ukrepe v okviru drugega stebra Strategije dolgožive družbe.

Ključne besede: starejše osebe s težavami v duševnem zdravju, aktivno staranje, duševno zdravje, socialnovarstveni programi, nevladne organizacije.

Abstract

The article problematizes the issue of care for the elderly with mental health problems, as they are isolated, vulnerable, untreated, often ignored in the system of social and healthcare services and exposed to abuse due to different accompanying health and socio-economic distress and discrimination in society. The answer to problematic social issue is sought in the case of mental health activities carried out within NGO Altra, based on conceptual starting points of a long-lived society and prevention and promotion of mental health.

Qualitative research method is used: descriptive method in writing theoretical framework, case study of non-governmental organization Altra in research, which is based in the City of Ljubljana and operates beyond it.

Research results show that the average age of people with mental health problems, who are included in Altra's social care programs, is over 50, a large proportion is over 60 with accompanying medical conditions and emotional distress.

Taking into account that people with mental health problems are also ageing, they represent an additional challenge for various mental health programs in terms of supporting them and their social network.

As a result, professional consideration is needed to formulate and implement activities pursuing second pillar measures of the Active Ageing Strategy at the national, regional and local levels.

Key words: elderly people with mental health problems, active ageing, mental health, social welfare programs, non-governmental organizations.

1. Uvod

Socialnovarstveni programi so namenjeni preprečevanju in reševanju socialnih stisk posameznih ranljivih skupin prebivalstva ter v določenih primerih tudi vzdrževanju sprejemljivega socialnega stanja posameznikov. Izvajajo jih pretežno nevladne organizacije, izjemoma tudi javni socialnovarstveni zavodi, in predstavljajo dopolnitev ali alternativo socialnovarstvenim storitvam ter se sofinancirajo preko javnih razpisov. Izvajajo se na podlagi verifikacije ali smernic oziroma pod pogoji, ki so objavljeni v javnih razpisih za sofinanciranje, zato za izvajanje ni predpisanih tehničnih, kadrovskih in vsebinskih standardov. Oblikujejo se tako, da upoštevajo značilnosti in potrebe posamezne ciljne skupine uporabnikov in izhajajo iz posebnosti okolja, v katerem se izvajajo (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti 2020, 16. avgust).

V Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNPSV13–20) so v poglavju »Mreža javne službe na področju socialnovarstvenih programov« opredeljeni socialnovarstveni programi, ki se izvajajo na različnih področjih oziroma za posamezne ciljne skupine, med katerimi je tudi pomoč starejšim osebam, ki potrebujejo podporo v vsakodnevem življenju, ter področje duševnega zdravja, na katerega sem v prispevku osredotočamo. V nevladne organizacije s področja duševnega zdravja so namreč vključene tudi starejše osebe s težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo celovito psihosocialno pomoč in podporo pri ohranjanju samostojnosti, krepitvi psihofizičnega in duševnega zdravja, vključevanju v socialno in družbeno življenje, varovanju pravic ter dostojanstva itn.

Resolucija nacionalnega programa duševnega zdravja (ReNPDZ18–28) delovanje nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja uvršča na področje preventive duševnih motenj in promocije duševnega zdravja (Oreški 2019, 200), kar je mogoče prepoznati tudi v Strategiji dolgožive družbe (UMAR 2017), predvsem v drugem stebru, Samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij, s poudarkom na ohranjanju in krepitvi lastnega telesnega ter duševnega zdravja, okrepitvi področja duševnega zdravja s posebno pozornostjo na ekonomsko ranljivih skupinah in programih, poudarja tudi krepitev drugih dejavnikov življenjskega sloga za te skupine. Prav tako se uvršča v tretji steber Strategije dolgožive družbe, ki opredeljuje vključenost v družbo, psihosocialne podporne dejavnike, medgeneracijsko sodelovanje, prostovoljstvo, preprečevanje diskriminacije in nasilja v družbi

Koncept aktivnega staranja torej opredeljuje aktivnost in ustvarjalnost v vseh življenjskih obdobjih, skrb za zdravje in medgeneracijsko sodelovanje ter solidarnost. Konceptualne usmeritve poudarjajo, da posameznik tudi v starosti lahko živi in naj tudi živi aktivno, zdravo, neodvisno in varno, v medgeneracijskem sožitju ter naj polno uživa svoje pravice. Poudarja še skrb za zdravje in zdrav

življenjski slog vse življenje ter družbeno vključenost. Koncept aktivnega staranja zaobjema širšo skupino starejših.

Zagotovo pa je prav posebno pozornost treba nameniti starostnikom in starajočim se osebam, ki so zaradi kronične duševne motnje dolgotrajno vključeni v različne oblike skupnostnih programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije. V njih zadovoljujejo svoje potrebe po vključevanju v družbo, krepitvi socialne mreže, ohranjanju funkcionalnih in drugih veščin, kar sovpada tako s tretjim kot tudi drugim stebrom Strategije dolgožive družbe (UMAR, 2017).

2. Namen in cilj

Namen prispevka je predstaviti potrebe starejših oseb s težavami v duševnem zdravju pri udeleževanju koncepta aktivnega staranja. Pri pisanju prispevka smo se ciljno usmerili v študijo primera društva Altra, ki deluje v Mestni občini Ljubljana in širše.

3. Teoretična izhodišča

3.1. Starejši s težavami v duševnem zdravju

Pri starejših sta skrbi za duševno in telesno zdravje prepleteni, saj imajo pogosto več diagnoz (WHO 2020). Težave v duševnem zdravju se v starosti lahko pojavijo v obliki demence, ki predstavlja pereč javnozdravstveni in družbeni problem in je kot takšen prednostno obravnavan v ključnih dokumentih na nacionalni in svetovni ravni². Lahko se pojavijo v obliki depresije kot posledice kroničnih telesnih bolezni, osamljenosti po izgubi bližnje osebe ali drugih izgub, kot posledica upokojitve (npr. izguba službenega položaja, zmanjšanje prihodkov, socialnih stikov ipd.), kar pogosto vodi tudi do samodestruktivnega in samomorilnega vedenja, celo do samomora (Černjavič 2019).

Osebam, ki so obbolele za eno izmed oblik kronične duševne motnje v mladosti, se lahko s staranjem primarni duševni motnji pridružijo tudi druge zdravstvene težave oziroma diagnoze (povišan krvni tlak, holesterol, diabetes, težave z zobmi, artritis, možganske kapi, srčna obolenja, poapnenje žil ipd.), ki vplivajo na slabšo kakovost njihovega življenja, povečujejo slabo počutje, poslabšujejo psihofizično zdravje ter vplivajo na njihovo socialno izolacijo (Osborn 2001).

Zaskrbljujoče je stanje pri starejših s pridruženimi težavami oz. komorbidnimi stanji, ki so potisnjeni na družbeni rob zaradi revščine, so invalidsko upokojeni, z nizkimi prihodki, brez družine ali bližnjih oseb, ki bi zanje skrbele. Revščina vpliva na njihov nezdrav življenjski slog, slabe prehranjevalne navade, slabo so tudi informirani o pravicah in težko poskrbijo zase (Kevin idr. 2019, Antunes idr. 2018). Pogosto so osamljeni, nezmožni in nemotivirani pri iskanju ustrezne pomoči, slabo se znajdejo v sistemu služb in so prepuščeni sami sebi (Canjuga 2019). Zaradi samoizolacije so prezrti v sistemu služb, posledično nezdravljeni in žrtve različnih zlorab. Potrebujejo tudi zagovornika, ki varuje njihove pravice in interese ter jim nudi pomoč pri uveljavljanju in varovanju temeljnih pravic in svoboščin (Tratnik-Volasko 2011; Lamovec 1993, Altra 2019a, Altra 2019b).

Slabo ekonomsko stanje in osamljenost sta najpogosteje slab napovednik, ki rezultira v negativnih zdravstvenih izidih in zaskrbljujoče vpliva na zdravstvene, socialne in gospodarske razsežnosti (ReNPDZ18–28). Zaradi izpostavljenosti različnim tveganjem potrebujejo podpirne vire v skupnosti, ki jim tudi omogočajo vzdrževanje dobrega psihofizičnega in duševnega zdravja (Dallaire idr. 2010). Dolgotrajna vključenost starejših oseb s težavami v duševnem zdravju v osmišljene aktivnosti oziroma aktivnosti, ki jim omogočajo socialno in družbeno vključevanje, pomoč in podporo pri načrtovanju oskrbe, varovanje njihovih pravic, skrb za njihovo telesno in duševno zdravje, je varovalni

2 Dementia: a public health priority. WHO. Strategija obvladovanja demence do leta 2020.

dejavnik, ki preprečuje poglobljanje in slabšanje duševnih motenj in pridruženih zdravstvenih težav (ReNPDZ18–28).

3.2. Vloga socialnovarstvenih programov na področju duševnega zdravja v okviru koncepta aktivnega staranja

Za zadovoljitev specifičnih potreb starejših oseb z duševno motnjo so pri zasledovanju ciljev in ukrepov s področja aktivnega staranja pomembni tudi aktivnosti in programi v skupnosti, ki jih izvajajo nevladne organizacije s področja duševnega zdravja. Gre za aktivnosti, ki jih nevladne organizacije izvajajo v okviru javnih, verificiranih socialnovarstvenih programov in predstavljajo dopolnitev, pogostokrat pa zanje edino možnost v mreži služb s področja socialnega varstva.

Mnogi avtorji delovanje nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja uvrščajo na področje preventivne dejavnosti, ki je usmerjena v skupine ljudi z duševno motnjo oziroma povečanim tveganjem za nastanek duševne motnje (Dernovšek in Šprah 2011), oziroma na področje psihosocialne rehabilitacije (Švab 2015; Zupančič 2016), ki pa je eno izmed področjih preventive (Oreški 2019). V jeziku dolgožive družbe govorimo o podpornih virih v skupnosti, ki jih potrebujejo starejše osebe s težavami v duševnem zdravju, in sicer s področja medgeneracijskega sodelovanja, vključevanja v raznolike prostočasne, ljubiteljske, družabne, kulturne in prostovoljske dejavnosti ter varovanja njihovih pravic (UMAR 2017). V okviru t. i. terciarne preventive sem uvrščamo namestitvene programe, dnevne, svetovalne in strukturirane aktivnosti, skupine za samopomoč, prostovoljstvo, varovanje pravic (Brumen 2016; Oreški idr. 2009, Oreški 2019).

4. Metodologija

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop. Pri pisanju teoretičnih izhodišč smo uporabili deskriptivno metodo, v raziskovalnem delu pa študijo primera društva Altra.

5. Raziskovalna spoznanja študije primera in diskusija

5.1. Prizadevanja nevladne organizacije Altra na področju aktivnega staranja v Mestni občini Ljubljana

Altra, odbor za novosti v duševnem zdravju, je prostovoljna, nevladna, nepridobitna, neprofitna in humanitarna organizacija s statusom nevladne organizacije v javnem interesu s področja socialnega varstva ter statusom humanitarne organizacije, ki ju je dodelilo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Dejavnosti izvajamo v osrednjeslovenski regiji v Ljubljani in Senožetih ter na Prevaljah in v drugih koroških občinah.

Namen društva je varovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin oseb s težavami v duševnem zdravju, varovanje in krepitev njihovega dostojanstva ter njihova zaposlitvena in psihosocialna rehabilitacija. Namen je tudi reševanje in lajšanje socialnih stisk in težav oseb s težavami v duševnem zdravju, zagotovitev pomoči zanje, okrepitev njihovega psihofizičnega zdravja in zagotovitev pomoči bližnjim (Altra 2015).

Ocenjujemo, da je bilo v letu 2019 v programe vključenih približno 700 oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih bližnjih. Na vzorcu 545 evidentiranih in kontinuirano vključenih oseb s težavami v duševnem zdravju ocenjujemo, da je 3,6 % oseb starejših od 65 let, 14,3 % oseb je starejših od 60 ter 46 % oseb starejših od 50 let (Altra 2019a). Prav tako so rezultati kratke samoevalvacije namestitvenih programov, ki je bila narejena v času razglasitve pandemije covid-19, v mesecu aprilu 2020, na vzorcu 42 vključenih uporabnikov, in je merila predvsem kazalnik starosti in kronične zdravstvene težave, pokazali, da v stanovanjskih skupinah prevladuje starejša populacija uporabnikov s pridruženimi kroničnimi zdravstvenimi težavami. V skupini med 55 in 75 let je osem uporabnikov s

pridruženimi kroničnimi težavami (sladkorna bolezen, astma, revma, srčno-žilne bolezni, možganska kap ter zdravstvene težave zaradi posledic alkoholizma in drugih odvisnosti). Pri ostalih je povprečna starost 53 let in imajo tudi pridružene kronične bolezni (diabetes tipa 2, srčno-žilne bolezni, Chronova bolezen). Na splošno je njihovo fizično zdravje slabše, saj je večina »veriznih« kadilcev. Zaradi t. i. komorbidnih stanj so bolj ranljivi in izpostavljeni hitrejši okužbi ter možnostim večjih zapletov, saj okužba s covidom-19 pri slednjih dokazano poteka v težji obliki in pusti dolgotrajne posledice v organizmu (NIJZ 2020).

Ocena starosti v socialnovarstvene programe društva Altra vključenih oseb s težavami v duševnem zdravju ter njihovih pridruženih kroničnih zdravstvenih težav je predvsem pokazatelj, da je zanje potrebna dodatna skrb, ki jo v določeni meri sicer že udeležujemo z aktivnostmi s področja aktivnega staranja, opredeljenimi v tretjem stebru Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017). Pokazatelj dolgoživosti je tudi, da človek ostane del družbenih socialnih omrežij, vpet v osmišljene aktivnosti in preventivne dejavnosti, ki krepijo njegovo psihofizično in duševno zdravje.

Dnevne strukturirane aktivnosti skupine za samopomoč, svetovanje in varovanje pravic se izvajajo v javnih verificiranih socialnovarstvenih programih, kot so dnevni center, svetovalnica in zagovorništvo. Poudarek je na izvajanju dnevnih, družabnih in raznolikih prostočasnih, izletniških in kulturnih aktivnosti skupin za samopomoč, psihoedukativnih delavnic, varovanju pravic, samozagovorništvo in zagovorništvo, informiranju in svetovanju. Programi se izvajajo v Ljubljani in na Prevaljah na Koroškem.

V ospredju dnevnega centra so skupinske aktivnosti, ki potekajo na različnih tematskih delavnicah, v pogovornih skupinah, skupinah za samopomoč, kulturnih skupinah, na ustvarjalnih delavnicah, v okviru rekreativne vadbe, delavnic za pridobivanje in ohranjanje funkcionalnih znanj (šivanje, kuhanje, tuji jeziki, računalniško opismenjevanje).

Splošni namen programa je spodbujanje uporabnikov k aktivnemu in kakovostnemu preživljanju prostega časa in vključevanju v širše družbeno in družabno življenje. Posebnost programa je tudi izletniška dejavnost, ki obsega celodnevne izlete, v poletnih mesecih tudi kopanje v morju ali jezeru, v zimskem času obiskovanje različnih term. Aktivnosti potekajo po vnaprej pripravljenem urniku, ki je oblikovan glede na potrebe vključenih uporabnikov. Razen skupinskih aktivnosti se pozornost namenja še svetovalnim in razbremenilnim pogovorom.

V društvu si prizadevamo tudi za organizacijo in izvajanje različnih družabnih in športnih dogodkov, ki so namenjeni vključevanju uporabnikov in njihovih bližnjih v družabno, športno, pohodniško, izletniško in kulturno življenje. Cilj je krepitev psihofizičnega zdravja, zdravega življenjskega stila, spretnosti in talentov s področja umetniškega izražanja, kognitivnih spretnosti, večanja socialne mreže, medgeneracijskega sodelovanja in mreženja, krepitev soudeležbe pri oblikovanju in izvajanju poslanstva društva, promocija talentov prek umetniških razstav in dramskih iger. Pri tem smo izpostavili zgolj nekaj aktivnosti, ki so močno obiskane in zaželeno: majske igre, pohodi po hribih, ki smo jih izvajali dvakrat mesečno, novoletna zabava, uprizoritve dramske igre, rock koncert, umetniške razstave, dogodki v lokalnih in četrtinskih skupnostih z namenom informiranja širše javnosti o pomenu duševnega zdravja. V omenjene aktivnosti se je vključilo skupno 470 oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Ocenjujemo, da je med njimi 44 % starejših od 50 let ter 7 % starejših od 60 let (Altra 2019).

V programu svetovalnica se uporabnikom nudi pomoč pri vključitvi v organizacijo in opredelitvi psihosocialnih težav, po potrebi usmerjanje v druge službe oziroma informiranje o oblikah pomoči, ki potekajo v mreži služb glede na opredeljen tip težave, ter strukturirano in dalj časa trajajočo individualno pomoč in podporo pri urejanju in odpravljanju psihosocialnih težav in stisk. Izvajajo se vodene skupine za samopomoč, psihoedukativne delavnice, psihosocialno svetovanje, družab-

ništvo in druženje s prostovoljci, skladno s potrebami uporabnikov tudi pomoč pri organiziranju storitev in pomoč v domačem okolju ter pomoč in svetovanje svojcem oz. bližnjim osebam.

V programu svetovalnica je poudarek na osebnem svetovanju, nudenju empatične podpore, razbremenitvi, informiranju o dejavnostih društva in o vlogi posameznih strokovnjakov v mreži služb. Pomoč je individualna in prilagojena potrebam uporabnikov oziroma njihovih bližnjih. Pri starejših osebah s poslabšano duševno motnjo je potreben tudi premislek o oblikah pomoči in podpore, ki jih oseba potrebuje v domačem okolju in so povezane predvsem z nadzorom nad konzumiranjem medikamentozne terapije, pomočjo pri skrbi zase in usmerjanjem v aktivnosti, ki osmišljajo vsakdan. Strukturirane aktivnosti in vključenost vanje tudi izven domačega okolja so nujne, saj preprečujejo osamljenost in krepijo duševno zdravje, preprečujejo zdrse v apatijo in potencialno druge neprilike. Oseba je vključena v dejavnosti, ki ji omogočajo stike z drugimi osebami kot tudi s strokovnimi izvajalci, ki jim zaupa, jo poznajo, zato lahko hitreje in učinkovito reagirajo na morebitne težave ter jih nemudoma in spotoma urejajo, prav tako pa rešujejo oziroma prepoznavajo njene potrebe, ki jih tudi lahko pravočasno uresničujejo s pomočjo drugih izvajalcev in virov v skupnosti.

Kot primer dobre prakse v programu svetovalnica predstavljamo: Meta in Mojca sta sestri, ki iščeta pomoč za svojo ostarelo mater, ki ima 82 let in po smrti moža in njunega očeta že tri leta živi sama v hiši. Močno sta zaskrbljeni zaradi njenega poslabšanega duševnega stanja, ki se kaže v obliki preganjavice in blodenj (bila je prepričana, da o njej poročajo na televiziji, da jo sosedge ogovarjajo, da ji želijo nekaj narediti ipd.), posledično nespanja, slabe skrbi zase, razdražljivosti. Opišeta, da je mati že pol leta v takšnem stanju, da je iz dneva v dan slabše oz. da se zgodijo novi dogodki, ki pričajo o potrebnosti nujne obravnave. S sistemom služb sta se prvič soočali, po pomoč se obrneta z namenom, da pomagamo urediti situacijo z mamo. Hitro nam je uspelo urediti nujni psihiatrični pregled na gerontopsihiatriji, kjer so za namen nadaljnje diagnostike priporočali nujno obravnavo na nadzorovanem oddelku. Niso diagnosticirali demence, temveč psihotično motnjo, zaradi katere se je mati že zdravila v preteklosti in je bila pretežni del njenega življenja v remisiji. Ob izgubi moža se je njen vsakdan močno spremenil, tudi občutek varnosti in stabilnosti, saj sta odsotnost moža in spremenjena dnevna struktura močno vplivali na njeno počutje, ki se je tako poslabšalo, da ni zmogla več skrbeti zase, počutila se je ogroženo in preganjano, bila je tudi v slabem fizičnem stanju. Hčerki sta prihajali vsakodnevno, velikokrat so se tudi slišali po telefonu, vendar mati zaradi poslabšane in nezdravljene duševne motnje ni zmogla poskrbeti zase. V času zdravljenja na oddelku so ravno tako svetovali podporo in pomoč v domačem okolju, najboljša pa bi bila namestitev v dom starejših. Ker so domovi v Sloveniji zasedeni in je dolga čakalna vrsta, sta dobili nadaljnje informacije o oblikah pomoči, ki ju je mogoče organizirati v sklopu javnega socialnega in zdravstvenega varstva (vključitev v dnevne strukturirane aktivnosti v nevladnih organizacijah, domovih za starejše ali medgeneracijskih centrih, obisk patronaže službe, storitve pomoči na domu).

Primer dobre prakse opisuje učinkovitost celovitega pristopa, ki pomoči potrebnim omogoči dostop do služb, ki jih potrebujejo in so odgovor na njihove izražene potrebe in skrbi. Osnova takšnega pristopa pa je seveda poznavanje problematike starejših oseb s kroničnimi duševnimi motnjami ter vloge in pomena posameznih služb pri svetovanju in vodenju, sposobnost celostnega videnja osebe, njenih bližnjih in vodenja skozi proces uveljavljanja pravic do zdravljenja in dostojne obravnave v mreži služb.

V okviru socialnovarstvenega programa zagovorništvo v Ljubljani in na Prevaljah na Koroškem so na voljo psihosocialno in pravno zagovorništvo ter treningi in delavnice krepitve moči in samozagovorništva s ciljem varovanja pravic, interesov ter integritete oseb s težavami v duševnem zdravju

Kot primer dobre prakse v programu zagovorništvo predstavljamo: v program je že nekaj let vključena starejša gospa Doroteja, ki je slabega fizičnega zdravja in išče pomoč pri zagovorniku že vrsto let, obdobje, glede na tip težav, s katerimi se sooča. Najprej v zvezi z vprašanji starostne upokojitve,

pozneje z vprašanji, povezanimi z dedovanjem, in vprašanji, povezanimi z upravičenostjo do izredne denarne socialne pomoči. Najbolj poglobljeno pa smo z gospo sodelovali, ko je doživela padec na avtobusu Ljubljanskega potniškega prometa (LPP). Sodelovanje je predstavljalo pomoč pri pisanju vloge za brezplačno pravno pomoč (pozneje, ko vloga ni bila obravnavana v času, ki ga Zakon o upravnih postopkih določa, tudi kontaktiranje službe za brezplačno pravno pomoč in dopolnjevanje vloge), po rešeni vlogi večkratno spremstvo k odvetnici in sodelovanje pri zbiranju prič in pridobivanju izjav. Poleg omenjenega tudi vzdrževanje stikov z odvetnico, interpretiranje pojasnil odvetnice uporabnici, klici odvetnice (skupaj z uporabnico), kadar je bilo potrebno pridobiti informacije o primeru, spremstvo na razgovor s policistom, zadolženim za primer, ter tudi večkratni telefonski stiki z omenjenim policistom. Nekajmesečno sodelovanje se je v omenjenem primeru končalo s plačilom poravnave s strani LPP. V vsem tem času se je gospa udeleževala tudi delavnic, ki jih organiziramo v okviru zagovorništva, razbremenilnih pogovorov, že omenjene pomoči pri uveljavljanju pravic iz javnih sredstev in brezplačne pravne pomoči. Vse omenjene storitve uporablja še danes.

Namestitveni program se izvaja v okviru javnega, verificiranega socialnovarstvenega programa »Mreža stanovanjskih skupin za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju«, katerega namen je zagotavljanje celovite psihosocialne pomoči in podpore, ki zaradi občasnih in dolgotrajnih težav potrebujejo strokovno podporo in pomoč za optimalno funkcioniranje v vsakdanjem življenju. V program je vključenih 42 uporabnikov, prevladuje populacija oseb v starostni skupini med 53 in 75 let s pridruženimi kroničnimi zdravstvenimi težavami.

Izvajajo se aktivnosti, ki stremijo h krepitvi varovalnih dejavnikov in preprečujejo poslabšanje duševne motnje. Praviloma gre za zadovoljevanje potreb na vseh ravneh posameznikovega življenja: bivanja, skrbi za higieno, jemanja terapije, pomoči pri širitvi socialne mreže, urejanja vsakodnevnih aktivnosti, učenja socialnih spretnosti ipd. Posamezni strokovni delavec skupaj s timom intenzivno in dolgotrajno sodeluje z uporabnikom pri krepitvi njegove samostojnosti in življenja v skupnosti. Ravno tako poskrbi za zdravljenje ostalih pridruženih težav, spremlja uporabnike k zdravniku, specialistom in skrbi, da se upoštevajo navodila in priporočila drugih strokovnjakov za preprečevanje in ohranjanje zdravja ter dobrega počutja.

Prav tako izvajamo tudi taborniško dejavnost, pri kateri ne gre zgolj za tipična letovanja s hotelsko uslugo, temveč za strokovno vodene in organizirane poletne in zimske taborne, s celovito oskrbo, kjer imajo uporabniki in njihovi bližnji možnost kakovostnega preživljanja prostega časa in dela na sebi. Namen taborov je izvedba strnjenih aktivnosti v naravi s cilji izboljšanja in krepitve telesnega in duševnega zdravja, rešitve akutnih stisk, če se pojavijo v času letovanja, krepitve socialnih stikov in vključitve v družabne, prostočasne aktivnosti z namenom preprečevanja osamljenosti in izolacije, krepitve stikov in medosebnih odnosov z bližnjimi osebami, pridobitve spretnosti za kakovostno preživljanje prostega časa in vključitve ekonomsko ranljivejših uporabnikov in bližnjih na letovanje, izlete in druge prostočasne aktivnosti. Večina vključenih uporabnikov prejema nizke prejemke (invalidske pokojnine, denarne socialne pomoči), ki jim onemogočajo kakovostno preživljanje časa v obliki strnjenih počitniških aktivnosti v naravi.

V preteklem letu smo izvedli štiri taborne, na štirih različnih lokacijah, ki so se izvajali osem dni. Vanje se je vključilo 63 uporabnikov, od tega dve osebi starejši od 70 let, šestinpetdeset oseb starih med 55 in 60 let ter pet oseb nad 60 let (Altra 2019a).

V društvu intenzivno izvajamo tudi promocijsko dejavnost, ki je namenjena informiranju ter ozaščanju o izobraževanju in usposabljanju uporabnikov, bližnjih, prostovoljcev in širše javnosti o različnih temah s širšega področja duševnega zdravja. Cilj je tudi informirati že vključene uporabnike, njihove bližnje, člane, simpatizerje in druge deležnike o rednih in aktualnih dejavnostih organizacije in novostih na področju skupnostne obravnave. Konkretni aktivnosti obsegajo predvsem

izdajo zloženik, glasilo, publikacij in osveževanje spletne strani ter družabnih omrežij, organizacijo predavanj in delavnic ter delo s prostovoljci.

6. Zaključek

Samoevalvacija programov iz vidika kronološke starosti in pridruženih kroničnih zdravstvenih težav oseb s težavami v duševnem zdravju, ki so vključene v socialnovarstvene programe društva Altra, je pokazala, da je povprečna starost uporabnikov nad 50 let, velik delež pa je tudi starejših od 60 let. Zagotovo je to pokazatelj, da jim je zaradi staranja in pridruženih kroničnih težav, ekonomske ranljivosti, osamljenosti, družbene in sistemske izključenosti potrebno nameniti še dodatno skrb. Nekateri oblike pomoči in podpore že udeležujemo s pomočjo zgoraj opisanih aktivnosti, ki sovpadajo s konceptom aktivnega staranja, opredeljenega v Strategiji dolgožive družbe (UMAR 2017). Dejavniki aktivnega staranja oseb s težavami v duševnem zdravju je namreč, da človek ostane del družbenih, socialnih omrežij, vpet v osmišljene aktivnosti in preventivne dejavnosti, ki krepijo njegovo psihofizično in duševno zdravje. Glede na to, da se tudi osebe s težavami v duševnem zdravju starajo, predstavljajo za različne programe na področju duševnega zdravja dodaten izziv v smislu podpore tem osebam in njihovi socialni mreži.

Zagotovo je potreben strokoven premislek o oblikovanju in izvajanju aktivnosti, ki bodo ciljno, na nacionalni, regionalni in tudi lokalni ravni zasledovale ukrepe v okviru drugega stebra Strategije dolgožive družbe. Izziv in dodana vrednost obstoječim programom in aktivnostim bo izvajanje aktivnosti s področja izobraževanja in ozaveščanja o zdravem načinu življenja in vzdrževanju telesnega zdravja, aktivnosti za preprečevanje oziroma obvladovanje spominskih motenj, izvajanje specializiranega zagovorništva, uvedba dodatnih vrstniških skupin za samopomoč in prostovoljcev za izvajanje programov družabništva, zaposlitev strokovnega delavca za koordiniranje podpore v skupnosti, ki bo povezoval formalne in neformalne vire v skupnosti za tiste, ki živijo sami in se ne zmorejo pogosto vključevati v aktivnosti v lokalni skupnosti, ter pridobitev stabilnih finančnih sredstev za zagotavljanje tovrstnih aktivnosti, kar je ključnega pomena. Ker so naše društvene aktivnosti usmerjene v okolje Mestne občine Ljubljana, si bomo še naprej prizadevali za udeleževanje koncepta aktivnega staranja tudi za osebe s težavami v duševnem zdravju.

Literatura

- Altra. 2015. *Statut društva Altra*. Ljubljana: interno gradivo.
- Altra 2019a. *Letna poročila društva Altra*. Ljubljana: interno gradivo.
- Altra 2019b. *Letna poročila programa Zagovorništvo oseb s težavami v duševnem zdravju: 2017–2019*. Ljubljana: interno gradivo.
- Antunes, Ana, Frasilho, Diana, Azeredo-Lopes, Sofia, Silva, Manuela, Cardoso, Graca in Jose Miguel Cladas-de-Almeida. 2018. *The effect of socioeconomic position in the experience of disability among people with mental disorders: findings from the World Mental Health Survey Initiative Portugal*. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30086758/> (28. avgust 2020).
- Brumen, Srečko. 2016. *Razvoj služb za duševno zdravje v skupnosti z vidika nevladnih organizacij* (specialistično delo). Dostopno na: <https://egradiva.fsd.uni-lj.si/search/extshow/1594> (30. avgust 2020).
- Canjuga, Irena. 2019. *Social and emotional loneliness among elderly and developing models of prevention* (doktorska disertacija). Maribor: Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor.
- Černjavič, Mateja. 2019. *Socialni dejavniki tveganja za samomorilno vedenje pri starejših odraslih: stopnja socialne izolacije, občutek osamljenosti in prisotnost želje po smrti zaradi medosebnih odnosov* (magistrsko delo). Maribor: Filozofska fakulteta, Univerza v Mariboru.
- Dallaire, Bernadette, McCubbin, Michael, Provost, Mélanie, Carpentier, Normand in Michèle Clément. 2010. *Progress and living situations among the elderly with severe mental illness: perspectives of psychosocial services*. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20420749/> (28. avgust 2020).
- Dementia: a public health priority*. Dostopno na: https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/ (17. avgust 2020).

- Dernovšek, Mojca Zvezdana in Liljana Šprah. 2011. *Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozare, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU.
- Tratni-Volasko, Marjeta, ur. 2011. *Zagovornišтво starejših*. Zbornik referatov in razprav, št. 1/2011. Ljubljana: Državni svet RS. Dostopno na: http://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/zbornik_zagovornistvo_starejsih.pdf (28. avgust 2020).
- Kevin, M. Simon, Beder, Michaela in Marc W. Manseau. 2017. *Addressing Poverty and Mental Illness*. Dostopno na: <https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/psychtimes/c9dcf2db20a301c59f4c80340b6f88b66ddd4d4d.pdf> (17. avgust 2020).
- Lamovec, Tanja, ur. 1993. *Zagovornišтво. Duševno zdravje v skupnosti*. Ljubljana: Skupnost socialnega varstva Slovenije.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. 2020. *Socialnovarstveni programi*. Dostopno na <https://www.gov.si teme/socialnovarstveni-programi/> (16. avgust 2020).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/koronavirus-pogosta-vprasanja-in-odgovori#ali-za-okuzbami-z-novim-koronavirusom-zbolevalo-le-starejse-in-kronicno-bolne-osebe-ali-lahko-zbolijo-tudi-mlajsi%3F> (1. september 2020).
- Oreški, Suzana. 2019. Vloga nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja. V *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki*, ur. Lilijana Šprah, 197–205. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU.
- Oreški, Suzana, Dobnik, Bogdan, Štepec, Andreja in Srečko Brumen. 2009. *Povečanje in dostopnost služb za varovanje duševnega zdravja v vseh regijah RS* (interno gradivo). Ljubljana: Koordinacija nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v skupnosti.
- Osborne, P. J. David. 2001. *The poor physical health of people with mental illness*. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071612/> (28. avgust 2020).
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja* (ReNPDZ18–28). Ur. l. RS 24/2018.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020* (ReNPSV13–20). Ur. l. RS 39/2013.
- Strategija obvladovanja demence do leta 2020*. Dostopno na https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Preventiva-in-skrb-za-zdravje/nenalezljive-bolezni/Strategija_obvladovanja_demence.pdf (17. avgust 2020).
- Švab, Vesna. 2015. *Obravnava v skupnosti*. Dostopno na: http://sent.si/fck_files/file/Ucbenik_OBRAVNAVA_V_SKUPNOSTI_Vesna_Svab_ur.pdf (30. avgust 2020).
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Dostopno na: https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf (16. avgust 2020).
- WHO. 2020. *Mental health of older adults*. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> (17. avgust 2020).
- Zupančič, Vesna. 2016. *Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo* (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani.

Dolgotrajna oskrba in aktivno staranje v Mestni občini Ljubljana

Long-term care and active ageing in the City of Ljubljana

dr. Nikolaj Lipič, viš. pred.

Gerontološko društvo Slovenije

Vilko Kolbl, mag.

Gerontološko društvo Slovenije

Povzetek

Uvod: Slovenija postaja dolgoživa družba. Glavnina starejših želeli v starosti živeti v domačem okolju. Vse več ljudi zaradi starosti in starostnih sprememb, kroničnih bolezni, poškodb in invalidnosti potrebuje tujo pomoč. Potrebe po dolgotrajni oskrbi se krepijo, četudi še vedno nimamo z zakonodajo urejenih izhodišč za vzpostavitev in implementacijo sistema dolgotrajne oskrbe. Namen prispevka je preučiti pomen zadovoljstva starejših iz Mestne občine Ljubljana (MOL) z informiranostjo, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo storitev dolgotrajne oskrbe v MOL.

Metode: V raziskavo smo vključili 597 oseb iz MOL, starih 55 let in več. Anketiranje smo izvedli v sredini leta 2020. Podatke smo obdelali z relevantnimi metodami deskriptivne in inferenčne statistike.

Rezultati: Ugotavljamo, da ni statistično značilnih razlik v zadovoljstvu s storitvami dolgotrajne oskrbe v MOL glede na spol. Obstaja pozitivna povezanost med zadovoljstvom z zdravjem in zadovoljstvom s storitvami med starejšimi iz MOL. Obstaja tudi pozitivna povezanost med zadovoljstvom z aktivnim staranjem in zadovoljstvom s storitvami dolgotrajne oskrbe med starejšimi iz MOL. Zadovoljstvo starejših s storitvami dolgotrajne oskrbe v MOL vpliva na zadovoljstvo starejših s kakovostnim staranjem.

Razprava: Četudi je MOL največja slovenska občina in je Ljubljana glavno mesto Slovenije, v raziskavi identificiramo zaskrbljenost starejših občank in občanov z dostopnostjo do storitev dolgotrajne oskrbe, kar predstavlja izziv za lokalno skupnost v prihodnje.

Ključne besede: dolgotrajna oskrba, aktivno staranje, zdravje, kakovostno staranje, Mestna občina Ljubljana.

Abstract

Introduction: Slovenia is becoming a long-lived society. Majority of the elderly want to live in their home environment. More people need care due to age-related changes, chronic illnesses, injuries and disabilities. The need for long-term care is growing, even though there is a lack of legally regulated base to establish and implement long-term care system. The purpose of the paper is to examine the importance of satisfaction of the elderly from the City of Ljubljana (COL) with information, accessibility, offer and quality of long-term care services in COL.

Methods: Survey was conducted in mid-2020. 597 people over 55 living in the City of Ljubljana (COL) were included in research using descriptive and inferential statistics.

Results: There are no statistically significant differences in satisfaction with long-term care services in the City of Ljubljana according to gender. There is a positive correlation between health satisfaction and service satisfaction among the elderly from the City of Ljubljana. There is also a positive correlation between satisfaction with active ageing and satisfaction with long-term care services among the elderly from the City of Ljubljana. Satisfaction of the elderly with long-term care services in the City of Ljubljana affects satisfaction of the elderly with quality ageing.

Discussion: Even though the City of Ljubljana is the largest Slovenian municipality and the capital of Slovenia, survey identifies concerns about availability of long-term care services, which poses a challenge to local community in the future.

Key words: long-term care, active ageing, health, quality ageing, the City of Ljubljana.

1. Uvod

Staranje prebivalstva je globalni izziv človeštva in zaznamuje tudi slovensko družbo, ki postaja vse bolj dolgoživa. Prav dolgoživost slovenskega prebivalstva je izziv znanosti in politiki pri vzpostavljanju koncepta aktivnega staranja, ki postaja vse bolj aktualna družbena in politična tema pri odzivanju na zaostrene demografske spremembe. Če so naši predniki v prejšnjem stoletju in še prej le malo pozornosti namenjali načrtovanju lastne starosti, je to danes tako del naše individualne kot tudi družbene projekcije: s kom in kako bomo živeli v starosti – torej vprašanje družinske in skupnostne dinamike; kje bomo živeli in kako bomo pripravljeni na starostne in siceršnje omejitve – torej načrtovanje stanovanjske in mobilnostne problematike; s katerimi in kolikšnimi finančni resursi bomo razpolagali v starosti – torej vprašanja pokojninske vzdržnosti in dodatnih varčevanj za obdobje starosti; ali bomo zdravi in aktivni – torej vprašanja zdravega načina življenja in sprejemanja zdravega sloga življenja za zdravo, varno in samostojno življenje v starosti ipd. Prizadevanja posameznika in družbe so usmerjena v zagotavljanje kakovostnega življenja v vseh obdobjih življenja: v mladosti, ko se izobražujemo in vstopamo na trg dela, v času odraslosti, ko smo delovno aktivni in si osmišljamo življenje z ustvarjanjem družine in pogojev za srečno življenje, in tudi v starosti, ko ostajamo socialno vključeni in se aktivno staramo. Prav zato je aktivno staranje družbeni konstrukt, za katerega se moramo truditi vse življenje in ki rezultira v uspešnem staranju, kar je želja vsakega posameznika.

Seveda pa sta staranje in kakovost življenja v starosti nekako uganki za vsakogar od nas, saj se zaradi starosti in starostnih sprememb, težav z zdravjem, s kroničnimi bolezenskimi spremembami, raznimi poškodbami in invalidnostmi, življenje lahko povsem spremeni, potrebujemo pomoč družinskih ali drugih oskrbovalcev v domačem okolju ali celo več, lahko so spremembe tako akutne, da potrebujemo institucionalno varstvo in oskrbo. Večina starejših si tudi v teh spremenjenih in oteženih življenjskih okoliščinah še vedno želi ostati v domačem okolju in se tam starati. To podpirajo tudi strokovne in politične agende na področju obravnave, dela in skrbi za starejše s krepitvijo deinstitucionalizacije varstva starejših, saj so v Sloveniji zelo omejene kapacitete institucionalnega varstva starejših. Na tem mestu v ospredje vstopi potreba po konceptualizaciji sistema in nuja po implementaciji sodobnega in globalno primerljivega koncepta dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju DO), ki bo integriral vse tiste storitve, ki bodo starejšemu človeku zaradi starosti ali starostnih sprememb, kroničnih bolezni, poškodb ali invalidnosti omogočile kakovostno, varno in samostojno življenje v domačem okolju.

Več kot 90 % starejših bi se želelo postarati tam, kjer živijo. To idejo podpirajo tudi strateški načrti evropskega semestra za DO za države članice, vendar ne vključujejo dovolj inovacij, da bi resnično

izboljšali življenjske razmere starejših z ustrezno opremljenim okoljem in vzdržnim financiranjem (Szander idr. 2017).

In kakšne so potrebe po DO v skupnosti? Ramovš (2019a, 58) ocenjuje, da DO danes potrebuje 4 % prebivalstva, v prihodnjih desetletjih bo ta delež dva ali trikrat večji, pri čemer tri četrtine oskrbe prevzamejo domači in nekaj tudi drugi neformalni oskrbovalci v skupnosti: sosedje, prijatelji in prostovoljci. Še več, Hlebec idr. (2016) so s študijo pokazali, da je v Sloveniji 4 % starejših z izrazito nezadovoljenimi potrebami po oskrbi, kar bi socialno politiko moralo spodbujati k razvoju formalnih služb na podeželju in spodbujanju ukrepov politike za neformalne oskrbovalce.

Družbenopolitična in strokovna javnost v zadnjem desetletju vzpostavljata inovativni koncept DO v Sloveniji, ki naj bi bil odgovor na specifične potrebe različnih ranljivih ciljnih skupin na eni in demografskih sprememb z izrazitim staranjem slovenske družbe na drugi strani. Tako se v Sloveniji vzpostavlja nova družbenodemografska realnost, ki rezultira v dolgoživo družbo. Prav mozaik potreb in pričakovani dolgožive slovenske družbe zahteva na doktrini relevantnih ved in strokovnih pristopov utemeljeno dolgotrajno oskrbo, ki bo prispevala k vzdržnim družbenim in strokovnim okoliščinam za implementacijo koncepta DO (Lipič 2018).

Alarmantne potrebe po DO seveda sledijo aktualnim demografskim izzivom in demografskim projekcijam, s katerimi se sooča tudi Mestna občina Ljubljana (v nadaljevanju MOL), ki je predmet našega proučevanja. V raziskavo smo vključili prebivalce MOL, stare 55 let in več. Zato želimo v nadaljevanju z nekaj osnovnimi podatki orisati aktualno demografsko sliko MOL. Za primerjavo navajamo tudi podatke za Slovenijo. V prvi polovi leta 2020 je v MOL živel 94.810 prebivalcev, starih 55 let in več, od tega 53.414 žensk (56,4 %; Slovenija 54,2 %) in 41.396 moških (43,6 %; Slovenija 45,8 %). Prebivalci, stari 55 let in več, predstavljajo 32,1 % vseh prebivalcev v MOL (Slovenija 34,3 %) (SURS 2020a). Povprečna starost prebivalcev v MOL je 42,6 leta (Slovenija 43,5 leta), žensk 44,1 leta (Slovenija 45,0 leta) in moških 41,0 leta (Slovenija 42,0 leta). Indeks staranja³ znaša 135 za celotno prebivalstvo iz MOL (Slovenija 134,3), 165,2 za ženske (Slovenija 158,2) in 107,7 za moške (Slovenija 111,8). Koefficient starostne odvisnosti starih⁴ za vse prebivalce iz MOL znaša 29,7 (Slovenija 31,3), 35,7 za ženske (Slovenija 37,3) in 23,9 za moške (Slovenija 25,7) (SURS 2020b). V letu 2019 je naravni prirast na 1000 prebivalcev⁵ v MOL znašal 1, v Sloveniji pa -0,6 (SURS 2020c).

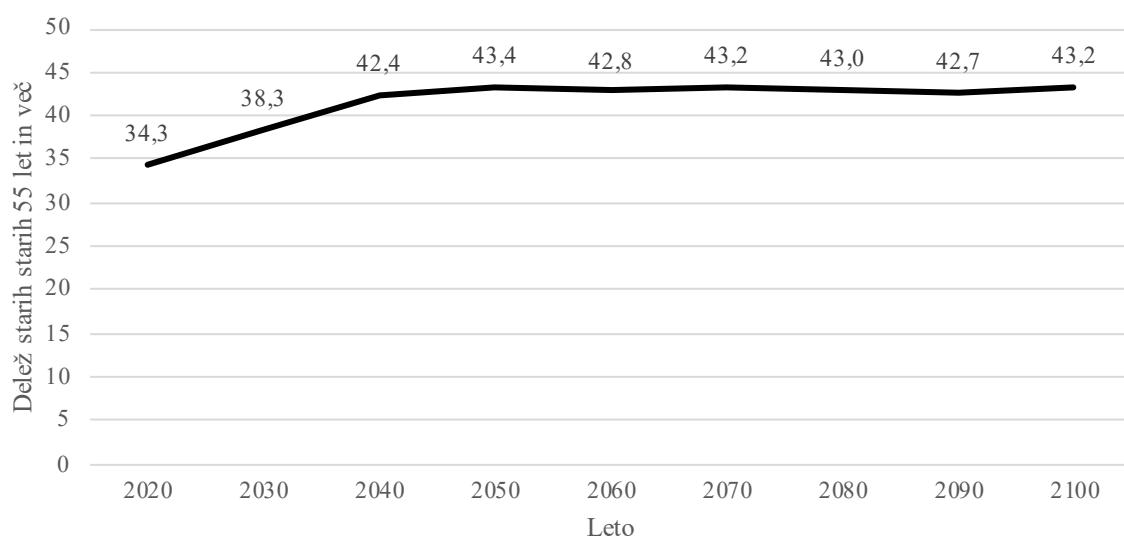
V Sloveniji smo glede implementacije DO šele v prvi, začetni fazi, ko se sistem zakonodajno opredeljuje. Ta prva faza zaradi političnih nesoglasij na eni in razkorakom med pričakovani in zahtevami zdravstvenega in socialnega varstva na drugi strani poteka že skoraj dve desetletji. Okolje in tudi praksa pa nestrpnost pričakujeta drugo, implementacijsko fazo, ko bo sistem generalno prve oblike pomoči in storitev za uporabnike neposredno v okolje.

Zato je treba v prvi fazi načrtovanja in vzpostavljanja sistema DO slediti tudi demografskim projekcijam za Slovenijo. Slika 1 prikazuje gibanje deleža prebivalcev, starih 55 let in več, v obdobju 2020–2100, po projekcijah prebivalstva EUROPOP 2019. Če je v Sloveniji delež starih 55 let in več v prvi polovici leta 2020 znašal 34,3 %, bo ta delež do leta 2050 narasel na 43,4 %, nato pa se bo nekako ustalil vse do leta 2100, ko bi po projekcijah prebivalstva znašal 43,2 %.

3 Indeks staranja je razmerje med starim [stari 65 let ali več] in mladim prebivalstvom [stari od 0 do 14 let], pomnoženo s 100.

4 Koefficient starostne odvisnosti starih je razmerje med številom starejših [65 let ali več] in številom delovno sposobnih prebivalcev, torej prebivalcev, starih od 15 do 64 let, pomnoženo s 100. Koefficient starostne odvisnosti starih pove, koliko starejših je odvisnih od 100 delovno sposobnih prebivalcev.

5 Naravni prirast na 1000 prebivalcev je razmerje med naravnim prirastom v koledarskem letu in številom prebivalstva sredi istega leta na določenem območju, pomnoženo s 1.000.



Slika 1: Delež prebivalcev Slovenije, starih 55 let in več, v izbranih letih obdobja 2020–2100, po projekcijah prebivalstva EUROPOP 2019
Vir: SURS 2020d.

Staranje je entiteta globalnih družbenih sprememb, tudi v Sloveniji. V preteklosti je bilo to pogosto spregledana politična in strokovna tema, ki smo ji ponovno nekaj več pozornosti namenili šele v letu 2017, s sprejemom Strategije dolgožive družbe (UMAR, 2017), ki identificira štiri stebre za implementacijo sistemskih sprememb za oblikovanje pogojev in okoliščin za aktivno staranje v družbi. Eden izmed teh štirih stebrov Strategije dolgožive družbe izpostavlja potrebo po samostojnem, zdravem in varnem življenju vseh generacij, ki ga poleg DO opredeljujejo tudi socialna zaščita, skrb za zdravje in dostopnost do zdravstvenih storitev. Dolgotrajna oskrba je torej identificirana kot ključen prispevek k oblikovanju okolja, ki bo v perspektivi dolgoživosti slovenske družbe prepoznalo potrebe starejših in drugih relevantnih ranljivih družbenih skupin ter kompetentno odgovorilo nanje z vzpostavljanjem sistema storitev za samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij.

Po mednarodno primerljivih podatkih o izdatkih za DO so se ti izdatki v Sloveniji v letu 2017, glede na leto 2016, povečali za 3,1 % in so znašali 521 milijonov evrov. Realna rast BDP je bila v tem obdobju 4,8-odstotna, delež izdatkov za DO v odstotnem deležu od BDP pa je bil približno enak kot v letu 2016, in sicer 1,21 %. V letu 2017 se je iz javnih virov financiralo 73,4 % izdatkov za DO, preostalih 26,6 % pa iz zasebnih virov (SURS 2019).

V letu 2017 smo bili po podatkih OECD z 0,9 % BDP po izdatku za DO, upoštevajoč izdatke zdravstvenega in socialnega varstva, na 19. mestu med 29 izbranimi državami. Povprečje OECD je bilo 1,7 % BDP za izdatke za DO. Prva tri mesta glede na delež izdatkov za DO so zasedle Nizozemska (3,7 %), Norveška (3,3 %) in Švedska (3,2 %), zadnja štiri mesta pa Latvija in Poljska (0,4 %) ter Estonija in Madžarska (0,2 %) (OECD Health Statistics 2020). In v čem je ključ uspešnosti Nizozemske? Duell idr. (2017) so mnenja, da sta ključna cilja nizozemskega sistema DO v univerzalnem oziroma pravičnem dostopu, pri čemer institucionalna oskrba predstavlja 90 % nizozemske uporabe DO.

2. Teoretična in zakonodajna opredelitev dolgotrajne oskrbe

Kot odziv na naraščajoče potrebe po oskrbi različnih ciljnih skupin prebivalstva je reforma oziroma razvoj sistemov DO postal pomembno vprašanje politike v vseh evropskih državah (De Roit in La Bihan 2010). Potreba po DO predstavlja »novo socialno tveganje«, ki se prekriva in dopolnjuje s sistemi oskrbe, ki so v praksi uveljavljeni že prej, kar otežuje zasnovano in implementacijo sistema

DO, saj je treba predvsem prilagoditi strukturne, zgodovinske in kulturne dejavnike, ki vplivajo na pričakovanja javnosti (Nadash 2020).

Z večanjem starejše populacije v naši družbi naraščajo tudi potrebe po organiziranju različnih oblik oskrbe, ki v sodobni družbi veljajo kot sinonim za sistem DO. Slovenija še vedno nima sistema dolgotrajne oskrbe, ki bi temeljil na zakonodaji, čeprav demografski trendi kažejo nujno potrebo po vzpostavitvi (Mali in Grebenc 2019).

V Sloveniji se na deklarativni in načelni ravni že dlje časa zavedamo, da potreba po DO predstavlja novo socialno tveganje. V prihodnosti lahko pričakujemo vedno večji delež populacije, ki bo odvisna od DO, zato je enovita in sistemska ureditev tega področja nujna. V Sloveniji dolgotrajna oskrba na ta način še ni urejena, temveč se zagotavlja v okviru različnih zakonov oziroma ločenih sistemov socialne varnosti (zaščite). Sistemska ureditev DO poteka vzporedno z deinstitucionalizacijo, cilj obeh procesov pa je spodbuditi in zagotoviti oskrbo, ki se izvaja v skupnosti oziroma v domačem okolju uporabnika. Če želimo spodbuditi in zagotoviti oskrbo v domačem okolju, moramo nameniti pozornost zlasti izboljšanju njene dostopnosti, tako krajevne in časovne kot tudi cenovne (Smolej Jež in Nagode 2017).

Mednarodna opredelitev DO, ki jo uporabljajo Svetovna zdravstvena organizacija, OECD in Eurostat, pojmuje DO kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti v fizičnem ali kognitivnem kontekstu, ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil (Colombo idr. 2011, 11–12).

V avgustu 2020 je Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ) poslalo v javno razpravo nov predlog zakona o dolgotrajni oskrbi (MZ 2020, 66), ki v 2. členu opredeljuje DO kot »niz ukrepov, storitev in aktivnosti, namenjenih osebam, ki so zaradi posledic bolezni, starostne oslabelosti, poškodb, invalidnosti, pomanjkanja ali izgube intelektualnih sposobnosti v daljšem časovnem obdobju, ki ni krajše od treh mesecev, ali trajno, odvisne od pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil«. Ugotovimo, da je opredelitev v novem predlogu skladna z opredelitvijo v predlogu zakona iz leta 2017 (MZ 2017, 2. člen). Storitve osnovnih dnevnih opravil so zlasti prehranjevanje in pitje, osebna higiena, oblačenje in slačenje, izločanje in odvajanje, gibanje, priprava na spanje in počitek. Storitve podpornih dnevnih opravil so zlasti pomoč pri hišnih opravilih, pomoč pri nakupu živil in življenjskih potrebščin, prinašanje, priprava in postrežba obrokov ter spremstvo zavarovanca v povezavi z izvajanjem storitev.

Toth (2017, 33) DO pojmuje kot organizirano dejavnost zagotavljanja pomoči osebam, ki zaradi onemoglosti in izgube telesnih in duševnih sposobnosti ne morejo poskrbeti zase ter skozi daljši čas ali trajno potrebujejo pomoč drugih pri opravljanju osnovnih dnevnih opravil, kot so hranjenje, pitje, vzdrževanje osebne higiene, odvajanje, gibanje v prostoru in vzdrževanje socialnih stikov. Po predpisih v posameznih državah šteje za dolgotrajno oskrbo, če tako stanje oziroma potreba po takšni pomoči traja dlje kot tri mesece in več kakor eno do tri ure na dan. Iz navedene definicije dolgotrajne oskrbe izhaja, da ne gre za obravnavo oziroma zdravljenje dolgotrajnih, kroničnih bolezni in bolnikov, saj je zato zadolžena zdravstvena služba oziroma zdravstveno zavarovanje.

Integrirana dolgotrajna oskrba je sistemske povezana celota vseh virov in deležnikov za humano, finančno in kadrovske vzdržno sodobno oskrbo ljudi, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakdajšnjih opravil zaradi bolezni, invalidnosti ali starostne onemoglosti (Ramovš 2019b, 54). Za integrirano dolgotrajno oskrbo je torej bistvena integracija oskrbovalne ali negovalne storitve s človeškim odnosom poklicnega, družinskega ali drugega neformalnega oskrbovalca (Ramovš 2019a).

Dolgotrajna oskrba je opredeljena tudi kot 18. načelo iz tretjega poglavja (Socialna zaščita in vključenost) Evropskega stebra socialnih pravic (Evropska komisija 2017), ki zagotavlja nove in učinkovitejše pravice za državljane Evrope. Pojasnjuje, da naj ima vsakdo (ne samo starejši) pravico do ce-

novno dostopnih in kakovostnih storitev DO, zlasti oskrbe na domu in storitev skupnosti (Evropska komisija 2017, 10. marec).

Ker raziskavo na področju DO izvajamo v MOL, je smiselno izpostaviti obveznosti države in lokalne skupnosti pri uresničevanju DO. Država uresničuje svoje naloge na področju DO, s tem da: 1) načrtuje, razvija in ureja financiranje področja DO, ga usklajuje z drugimi področji zdravstvenega in socialnega varstva; (2) ureja sistem obveznega zavarovanja za DO in njegovo financiranje ter nadzira njegovo delovanje; (3) načrtuje in razvija preventivne programe za zmanjševanje potreb po DO; (4) razvija javno mrežo na področju DO v sodelovanju z občinami; (5) ustanavlja javne zavode za izvajanje dejavnosti DO v instituciji tipa B in C; (6) zagotavlja pogoje in možnosti za enakomerno dostopnost storitev DO na območju Republike Slovenije in za učinkovito in racionalno organizacijo; (7) izvaja nadzor nad izvajanjem dejavnosti DO; (8) zagotavlja pogoje in predpisuje programe izobraževanja in usposabljanja izvajalcev storitev DO in (9) sprejema predpise za urejanje DO in nadzoruje njihovo izvajanje. Država zagotavlja iz proračuna sredstva za izvajanje prej naštetih nalog na področju DO, plačilo prispevkov za določene skupine zavarovancev, določene s tem zakonom, in kritje primanjkljaja iz naslova obveznega zavarovanja za DO. Lokalne skupnosti oziroma občine uresničujejo svoje naloge na področju DO s tem, da: (1) v sodelovanju z Republiko Slovenijo razvijajo javno mrežo DO; (2) spremljajo izvajanje DO in delovanje javne mreže DO na svojem območju in (3) ustanovljajo javne zavode za izvajanje dejavnosti DO v instituciji tipa A in DO na domu. Lokalna skupnost iz proračuna zagotavlja sredstva za prej naštete naloge in plačilo prispevkov za določene skupine zavarovancev (MZ 2020, 6. člen).

Izvajalci dejavnosti DO so po predlogu zakona o dolgotrajni oskrbi (MZ 2020, 39. člen) javni zavodi za DO, zasebni izvajalci, ki pridobijo koncesijo za izvajanje storitev DO, in druge domače in tuje pravne osebe ter samostojni podjetniki, ki pridobijo dovoljenje za opravljanje dejavnosti DO. Posebno obliko izvajanja oskrbe na domu predstavlja oskrbovalec družinskega člana.

Predlog zakona o dolgotrajni oskrbi v 40. členu (MZ 2020) opredeljuje, da izvajalci izvajajo dejavnosti DO v obliki institucionalne oskrbe ali oskrbe na domu, pri čemer se DO v obliki institucionalne oskrbe izvaja na naslednje načine:

1. izvajalec dejavnosti DO tipa A (bivalna enota) izvaja storitve DO v obsegu največ do 48 posteljnih kapacitet na eni lokaciji, pri čemer storitve zdravstvene nege v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja patronažna služba;
2. izvajalec dejavnosti DO tipa B (oskrbni dom) izvaja storitve DO v obsegu od 49 do 150 posteljnih kapacitet na eni lokaciji, pri čemer storitve zdravstvene nege in zdravstvene rehabilitacije kot dela osnovne zdravstvene dejavnosti v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja izvajalec. Posebni socialnovarstveni zavod za odrasle in varstvenodelovni center, ki opravljata posebne oblike institucionalnega varstva za odrasle duševno in telesno prizadete osebe, izvajata DO v obliki institucionalne DO tipa B, ne glede na število posteljnih kapacitet;
3. izvajalec dejavnosti DO tipa C (negovalni dom) izvaja storitve DO v obsegu nad 150 posteljnih kapacitet na eni lokaciji, pri čemer storitev zdravstvene nege in zdravstvene rehabilitacije, kot dela osnovne zdravstvene dejavnosti v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, zagotavlja izvajalec v skladu s priložo 1 tega zakona. Izvajalec tipa C ima najmanj 80 % posteljnih kapacitet namenjenih 4. in 5. kategoriji DO.

V okviru sistema DO je institucionalno varstvo starejših v Sloveniji ena izmed najbolj razvitih oblik oskrbe za starejše, zato je potrebno v prihodnje ovrednotiti posebno vlogo domov za starejše v okviru obstoječega in prihodnjega sistema DO z vidika individualizirane obravnave upravičencev, njihove vključenosti v izvajanje in načrtovanje oskrbe ter krepitve njihove neodvisnosti (Mali 2019).

Hlebec (2018) ugotavlja, da kakovost storitev DO pomembno vpliva na kakovost življenja njihovih uporabnikov in njihovih neformalnih negovalcev. V raziskavi, ki je zajela podatke prve slovenske nacionalne raziskave uporabnikov pomoči na domu in njihovih neformalnih negovalcev, je ocenjevala vpliv dejavnikov, ki vplivajo na ocene petdimenzionalnega koncepta dostopa. Študija je pokazala, da je cenovna dostopnost med komponentami dostopa ocenjena kot najmanj ugodna.

Scheffelaar idr. (2019) ugotavljajo, da je pri DO zelo pomembna kakovost odnosa oskrbe med stranko in strokovnjakom, saj je večina strank dolgo odvisna od podpore. Tri največje skupine strank, ki so na Nizozemskem deležne DO, so starejši odrasli, ki so fizično ali duševno šibki, ljudje s težavami v duševnem zdravju in ljudje z motnjami v duševnem razvoju. V raziskavi so identificirali determinante kakovosti odnosa na štirih ravneh, in sicer na ravni stranke (prošnja za pomoč, ponudba povratnih informacij, odprt odnos, spoštovanje, samoodločanje in strateško prilagajanje vedenja), na ravni strokovnjaka (poslušanje, empatija, zanesljivost, razpoložljivost, podpora, osredotočenost na posamezno stranko, ravnanje, značilnosti poklicnih kompetenc, poklicne kompetence, zasebnost in zaupnost ter spodbujanje), na ravni stranke in strokovnjaka (vzpostavljanje odnosov, zaupanje, ujemanje, enakost in bližina v smislu profesionalne razdalje) ter na kontekstualni ravni (kontinuiteta, pomanjkanje časa in omejen finančni proračun ter zmogljivosti).

Na starost ob vstopu v DO vplivajo dejavniki, povezani z življenjskimi razvadami in slogom, kot so: kajenje, pitje alkohola, telesna aktivnost na delovnem mestu ali telesna dejavnost vsak dan. Tudi delo na fizično posebno težkih delovnih mestih vpliva na zgodnejšo potrebo po institucionalni oskrbi. Na starost ob vstopu v institucionalno oskrbo vpliva tudi kakovost grajenega okolja, zato bi tudi država morala problematiki neustreznih nastanitev starejših posvetiti več pozornosti (Kavšek idr. 2020).

3. Namen in cilj

Namen prispevka je preučiti pomen zadovoljstva starejših iz MOL z informiranostjo, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo storitev DO v MOL. Cilj prispevka je preučiti možnosti za vzpostavitev takšnega sistema DO v MOL, ki bo v segmentih informiranosti, dostopnosti, ponudbe in kakovosti najbolje odgovarjal potrebam tako posameznika kot tudi družbe v lokalnem okolju.

Za preverjanje zadovoljstva starejših iz MOL s storitvami DO v MOL smo si zastavili štiri hipoteze:

H1: Med starejšimi ženskami in starejšimi moškimi iz MOL obstajajo razlike v zadovoljstvu s storitvami DO v MOL.

H2: Zadovoljstvo z zdravjem starejših iz MOL je pozitivno povezano z zadovoljstvom s storitvami DO v MOL.

H3: Zadovoljstvo z aktivnim staranjem starejših iz MOL je pozitivno povezano z zadovoljstvom s storitvami DO v MOL.

H4: Zadovoljstvo starejših iz MOL s storitvami DO vpliva na zadovoljstvo starejših s kakovostnim staranjem.

4. Metode

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop. Podatke za empirično raziskavo smo zbirali z metodo anketiranja in analizirali z metodami deskriptivne in inferenčne statistike (neodvisni t-test, korelacijska in enostavna regresijska analiza).

4.1. Opis instrumenta

Na osnovi izhodišč Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017) smo za zbiranje podatkov oblikovali lasten anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz 23 sklopov. V prispevku smo uporabili le pet sklopov, in sicer socialnodemografske podatke (spol, starost), zdravje oziroma zdravstveno stanje (tri trditve), aktivno staranje (tri trditve), kakovostno staranje (pet trditve) ter storitve DO (štiri trditve). Anketiranci so svojo naklonjenost do trditve izrazili na petstopenjski intervalni lestvici, kjer je 1 pomenilo »zelo nezadovoljen« in 5 »zelo zadovoljen«.

4.2. Opis vzorca

Raziskavo smo izvajali v MOL, v vseh 23 sklopih je skupaj sodelovalo 597 starejših občanov MOL (486 anketirank: 81,4 %; 111 anketirancev: 18,6 %), ki so bili stari 55 let in več. Kot omejitev raziskave je treba izpostaviti spolno neuravnoteženost vzorca, saj se je za sodelovanje v raziskavi, ki smo jo izvajali v različnih nevladnih organizacijah v MOL, odločilo več žensk. Povprečna starost anketirancev je 68,07 leta (SD = 7,811). V delu raziskave, ki se osredotoča na dostopnost do storitev DO, je sodelovalo 462 anketirancev, od tega 372 žensk (80,5 %) in 90 moških (19,5 %).

4.3. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Spletno in fizično zbiranje podatkov z anketiranjem je potekalo v poletnih mesecih leta 2020. Upoštevali smo anonimnost anketirancev in prostovoljno sodelovanje v raziskavi. Raziskava temelji na vseh sodobnih etičnih standardih raziskovanja, še posebej na Kodeksu etičnih načel v socialnem varstvu. Podatke smo obdelali s programom SPSS.

5. Rezultati

5.1. Zadovoljstvo starejših z informiranostjo, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo DO v MOL

V sklopu raziskave o storitvah DO je sodelovalo 462 anketirancev. Med anketiranci smo preverili naklonjenost do štirih trditve o DO v MOL, kjer so odgovarjali na petstopenjski intervalni lestvici (1 – zelo nezadovoljen; 5 – zelo zadovoljen). Rezultate smo prikazali v tabeli 1. Anketiranci so izrazili najvišje zadovoljstvo »s kakovostjo izvajanja storitev DO« (M = 2,54; SD = 0,962), sledi zadovoljstvo »z informiranostjo glede izvajanja DO v MOL« (M = 2,47; SD = 0,962). Nekoliko manjše zadovoljstvo izražajo anketiranci »s ponudbo storitev DO v MOL« (M = 2,32; SD = 0,903). Najmanj so anketiranci zadovoljni z »dostopnostjo do storitev DO v MOL« (M = 2,31; SD = 0,915).

Tabela 1: Zadovoljstvo starejših z informiranostjo, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo storitev DO v MOL

Zadovoljstvo	N	M	SD
Z informiranostjo glede dolgotrajne oskrbe v MOL	462	2,47	0,962
Z dostopnostjo do storitev dolgotrajne oskrbe v MOL	462	2,31	0,915
S ponudbo storitev dolgotrajne oskrbe v MOL	462	2,32	0,903
S kakovostjo izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe v MOL	462	2,54	0,962

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Podatki v tabeli 2 nam kažejo, da je največ anketirancev pri vseh štirih trditvah – informiranost, dostopnost, ponudba in kakovost storitev DO v MOL – na petstopenjski lestvici zadovoljstva izbralo sredinske odgovore, ki izražajo nezadovoljstvo oziroma zadovoljstvo.

Tabela 2: Struktura zadovoljstva starejših z informiranostjo, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo storitev DO v MOL

Zadovoljstvo/storitve DO v MOL	Z informiranostjo		Z dostopnostjo		S ponudbo		S kakovostjo	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Zelo nezadovoljen	81	17,5	102	22,1	96	20,8	78	16,9
Nezadovoljen	150	32,5	156	33,8	159	34,4	126	27,3
Nezadovoljen/zadovoljen	174	37,7	168	36,4	177	38,3	198	42,9
Zadovoljen	48	10,4	33	7,1	24	5,2	51	11,0
Zelo zadovoljen	9	1,9	3	0,6	6	1,3	9	1,9
Skupaj	462	100,0	462	100,0	462	100,0	462	100,0

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.2. Razlike v zadovoljstvu z informiranostjo, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo storitev DO v MOL glede na spol

Na vprašanje glede zadovoljstva s storitvami DO v MOL je skupaj odgovorilo 462 anketirancev, od tega 372 žensk (80,5 %) in 90 moških (19,5 %). Spolna neuravnoteženost vzorca predstavlja omejitev raziskave, ki lahko morda vpliva na realno sliko glede zadovoljstva starejših s storitvami DO v MOL.

V tabeli 3 predstavljamo rezultate zadovoljstva anketirank in anketirancev z informiranostjo, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo storitev DO v MOL. Ugotavljamo, da so anketiranci pri celostnem pogledu na storitve DO v MOL bolj zadovoljni, saj so pri treh od štirih trditve izrazili večje zadovoljstvo kot anketiranke. Anketiranci so v primerjavi z anketirankami bolj zadovoljni z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo storitev DO v MOL, anketiranke pa z informiranostjo glede DO v MOL. Sicer so ženske anketiranke najbolj zadovoljne »s kakovostjo izvajanja storitev DO v MOL« ($M = 2,52$; $SD = 0,981$), sledi zadovoljstvo »z informiranostjo glede DO v MOL« ($M = 2,50$; $SD = 0,989$), nato zadovoljstvo »s ponudbo storitev DO v MOL« ($M = 2,30$; $SD = 0,890$) in nazadnje »z dostopnostjo storitev DO v MOL« ($M = 2,28$; $SD = 0,904$). Pri moških anketirancih je zaporedje zadovoljstva s trditvami nekoliko drugačno: najbolj so zadovoljni »s kakovostjo izvajanja storitev DO v MOL« ($M = 2,63$; $SD = 0,880$), sledita zadovoljstvo »z dostopnostjo storitev DO v MOL« ($M = 2,40$; $SD = 0,958$) in »s ponudbo storitev DO v MOL« ($M = 2,40$; $SD = 0,958$) in najmanj »z informiranostjo glede DO v MOL« ($M = 2,33$; $SD = 0,835$).

Tabela 3: Razlike v zadovoljstvu z informiranostjo, dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo storitev DO v MOL glede na spol

Zadovoljstvo	Spol	N	M	SD
Z informiranostjo glede dolgotrajne oskrbe v MOL	Ženski	372	2,50	0,989
	Moški	90	2,33	0,835
Z dostopnostjo do storitev dolgotrajne oskrbe v MOL	Ženski	372	2,28	0,904
	Moški	90	2,40	0,958
S ponudbo storitev dolgotrajne oskrbe v MOL	Ženski	372	2,30	0,890
	Moški	90	2,40	0,958
S kakovostjo izvajanja storitev dolgotrajne oskrbe v MOL	Ženski	372	2,52	0,981
	Moški	90	2,63	0,880

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.3. Povezanost med zadovoljstvom starejših z zdravjem in zadovoljstvom starejših s storitvami DO v MOL

Ker bomo v nadaljevanju pri preverjanju hipoteze 2 uporabili korelacijsko analizo med zadovoljstvom starejših z zdravjem in zadovoljstvom s storitvami DO v MOL, smo v tabeli 4 predstavili deskriptivno statistiko za zadovoljstvo starejših iz MOL z zdravjem, kjer smo upoštevali zadovoljstvo s splošnim zdravstvenim stanjem in zdravjem, zadovoljstvo s fizičnim (telesnim) zdravjem in zadovoljstvo z duševnim zdravjem. V tem delu raziskave je sodelovalo 570 anketirancev. Anketiranci iz MOL največje zadovoljstvo izražajo »z duševnim zdravjem« (M = 4,04; SD = 0,918), sledi zadovoljstvo »s splošnim zdravstvenim stanjem in zdravjem« (M = 3,71; SD = 0,875), najmanjše zadovoljstvo pa »s fizičnim (telesnim) zdravjem« (M = 3,67; SD = 0,889).

Tabela 4: Zadovoljstvo starejših iz MOL s splošnim, telesnim in duševnim zdravjem

Zadovoljstvo	N	M	SD
Zadovoljstvo s splošnim zdravstvenim stanjem in zdravjem	570	3,71	0,875
Zadovoljstvo s fizičnim (telesnim) zdravjem	570	3,67	0,889
Zadovoljstvo z duševnim zdravjem	570	4,04	0,918

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Podatki v tabeli 5 nas presenetijo, saj so anketiranci pri splošnem zdravstvenem stanju in zdravju ter pri fizičnem (telesnem) zdravju na petstopenjski merski lestvici najpogosteje izbrali odgovor »zadovoljen«, pri duševnem zdravju za »zelo zadovoljen«.

Tabela 5: Struktura zadovoljstva starejših iz MOL s splošnim, telesnim in duševnim zdravjem

Zadovoljstvo/zdravje	S splošnim zdravstvenim stanjem in zdravjem		S fizičnim (telesnim) zdravjem		Z duševnim zdravjem	
	f	%	f	%	f	%
Zelo nezadovoljen	12	2,1	9	1,6	9	1,6
Nezadovoljen	33	5,8	48	8,4	15	2,6
Nezadovoljen/zadovoljen	153	26,8	150	26,3	129	22,6
Zadovoljen	282	49,5	276	48,4	207	36,3
Zelo zadovoljen	90	15,8	87	15,3	210	36,8
Skupaj	570	100,0	570	100,0	570	100,0

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.4. Povezanost med zadovoljstvom starejših z aktivnim staranjem in zadovoljstvom s storitvami DO v MOL

V nadaljevanju bomo pri preverjanju hipoteze 3 uporabili korelacijsko analizo med zadovoljstvom starejših z aktivnim staranjem in zadovoljstvom starejših s storitvami DO v MOL, zato v tabeli 6 predstavljamo deskriptivno statistiko zadovoljstva starejših iz MOL z aktivnim staranjem, kjer smo preverjali zadovoljstvo s poznavanjem koncepta aktivnega staranja, zadovoljstvo s prizadevanjem za aktivno staranje in zadovoljstvo z udejanjenjem aktivnega staranja. V tem delu raziskave je sodelovalo 507 anketirancev. Anketiranci iz MOL največje zadovoljstvo izražajo »s prizadevanjem za aktivno staranje«

($M = 3,73$; $SD = 0,789$), sledi zadovoljstvo »z udejanjenjem aktivnega staranja« ($M = 3,66$; $SD = 0,807$), najmanjše zadovoljstvo pa »s poznavanjem koncepta aktivnega staranja« ($M = 3,50$; $SD = 0,931$).

Tabela 6: Zadovoljstvo starejših iz MOL s poznavanjem, prizadevanjem in z udejanjenjem aktivnega staranja

Zadovoljstvo	N	M	SD
S poznavanjem koncepta aktivnega staranja	507	3,50	0,931
S prizadevanjem za aktivno staranje	507	3,73	0,789
Z udejanjenjem aktivnega staranja	507	3,66	0,807

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Koncept aktivnega staranja ni neznan starejšim iz MOL, saj nas podatki v tabeli 7 presenetijo, ker so anketiranci pri zadovoljstvu s poznavanjem, prizadevanjem in z udejanjenjem aktivnega staranja na petstopenjski merski lestvici najpogosteje izbrali odgovor »zadovoljen«. Zanimivo je tudi, da pri trditvah zadovoljstva »s prizadevanjem za aktivno staranje« in zadovoljstva »z udejanjenjem aktivnega staranja« ni noben anketiranec izbral odgovora »zelo nezadovoljen«.

Tabela 7: Struktura zadovoljstva starejših iz MOL s poznavanjem, prizadevanjem in z udejanjenjem aktivnega staranja

Zadovoljstvo/aktivno staranje	S poznavanjem koncepta aktivnega staranja		S prizadevanjem za aktivno staranje		Z udejanjenjem aktivnega staranja	
	f	%	f	%	f	%
Zelo nezadovoljen	12	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Nezadovoljen	63	12,4	27	5,3	39	7,7
Nezadovoljen/zadovoljen	147	29,0	162	32,0	162	32,0
Zadovoljen	228	45,0	237	46,7	237	46,7
Zelo zadovoljen	57	11,2	81	16,0	69	13,6
Skupaj	507	100,0	507	100,0	507	100,0

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.5. Vpliv zadovoljstva starejših iz MOL s storitvami DO na kakovostno staranje

V nadaljevanju bomo pri preverjanju hipoteze 4 uporabili enostavno regresijsko analizo in bomo preverjali vpliv zadovoljstva starejših iz MOL s storitvami DO na kakovostno staranje. V tabeli 8 predstavljamo deskriptivno statistiko zadovoljstva s kakovostnim staranjem, kjer smo preverjali zadovoljstvo s kakovostjo življenja v starosti, zadovoljstvo z zdravjem za kakovostno življenje v starosti, zadovoljstvo s finančnim stanjem za kakovostno življenje v starosti, zadovoljstvo z materialnim stanjem za kakovostno življenje v starosti in zadovoljstvo s prizadevanjem za kakovostno življenje v starosti. V tem delu raziskave je sodelovalo 507 anketirancev. Anketiranci iz MOL najvišje zadovoljstvo izražajo »s prizadevanjem za kakovostno življenje v starosti« ($M = 3,79$; $SD = 0,501$), sledi zadovoljstvo »s kakovostjo življenja v starosti« ($M = 3,78$; $SD = 0,827$), nato zadovoljstvo »z zdravjem za kakovostno življenje v starosti« ($M = 3,70$; $SD = 0,862$), zadovoljstvo »z materialnim stanjem

za kakovostno življenje v starosti« (M = 3,60; SD = 1,035) in zadovoljstvo »s finančnim stanjem za kakovostno življenje v starosti« (M = 3,48; SD = 1,034). Na predzadnje mesto se uvršča zadovoljstvo »s prizadevanjem lokalne skupnosti za kakovostno življenje posameznika in družbe v starosti« (M = 3,12; SD = 0,903) in na zadnje mesto zadovoljstvo »s prizadevanjem državnih institucij za kakovostno življenje posameznika in družbe v starosti« (M = 2,69; SD = 0,932).

Tabela 8: Zadovoljstvo starejših iz MOL s kakovostjo življenja v starosti, zdravjem, finančnim stanjem, materialnim stanjem in prizadevanjem za kakovostno staranje

Zadovoljstvo	N	M	SD
S kakovostjo življenja v starosti	507	3,78	0,827
Z zdravjem za kakovostno življenje v starosti	507	3,70	0,862
S finančnim stanjem za kakovostno življenje v starosti	507	3,48	1,034
Z materialnim stanjem za kakovostno življenje v starosti	507	3,60	1,035
S prizadevanjem za kakovostno življenje v starosti	507	3,79	0,801
S prizadevanjem lokalne skupnosti za kakovostno življenje posameznika in družbe v starosti	507	3,12	0,903
S prizadevanjem državnih institucij za kakovostno življenje posameznika in družbe v starosti	507	2,69	0,932

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Kakovostno staranje je želja vsakega posameznika, zato je večina anketirancev trditve glede zadovoljstva s kakovostjo življenja v starosti, z zdravjem, finančnim stanjem, materialnim stanjem in prizadevanjem za kakovostno staranje ovrednotila z odgovorom »zadovoljen«. Rezultate predstavljamo v tabeli 9.

Tabela 9: Struktura zadovoljstva starejših s kakovostjo življenja v starosti, z zdravjem, finančnim stanjem, materialnim stanjem in prizadevanjem za kakovostno staranje

Zadovoljstvo/storitve DO v MOL	S kakovostjo življenja v starosti		Z zdravjem za kakovostno življenje v starosti		S finančnim stanjem za kakovostno življenje v starosti		Z materialnim stanjem za kakovostno življenje v starosti		S prizadevanjem za kakovostno življenje v starosti	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Zelo nezadovoljen	3	0,6	6	1,2	18	3,6	15	3,0	3	0,6
Nezadovoljen	30	5,9	42	8,3	66	13,0	60	11,8	21	4,1
Nezadovoljen/zadovoljen	135	26,6	123	24,3	165	32,5	144	28,4	147	29,0
Zadovoljen	249	49,1	261	51,5	171	33,7	183	36,1	246	48,5
Zelo zadovoljen	90	17,8	75	14,8	87	17,2	105	20,7	90	17,8
Skupaj	507	100	507	100	507	100	507	100	507	100

Vir: Lastna raziskava 2020.

6. Razprava

V prispevku proučujemo pomen zadovoljstva starejših iz MOL s storitvami DO na področju informiranosti, dostopnosti, ponudbe in kakovosti storitev DO v MOL. Zastavili smo si štiri hipoteze, ki jih bomo v nadaljevanju preverili z uporabo relevantnih metod inferenčne statistike.

Pri preverjanju prve hipoteze, da med starejšimi ženskami in starejšimi moškimi MOL obstajajo razlike v zadovoljstvu s storitvami DO v MOL, smo uporabili neodvisni t-test. Pri razumevanju koncepta zadovoljstva s storitvami DO v MOL smo upoštevali štiri dimenzije, in sicer informiranost, dostopnost, ponudbo in kakovost storitev DO v MOL. Rezultati neodvisnega t-testa pokažejo, da pri nobeni od vključenih štirih dimenzij zadovoljstva s storitvami DO v MOL ne moremo potrditi statistično značilnih razlik glede na spol starejših iz MOL z zadovoljstvom »z informiranostjo glede DO v MOL ($p = 0,368$), zadovoljstvom »z dostopnostjo do storitev DO v MOL« ($p = 0,093$), zadovoljstvom »s ponudbo storitev DO v MOL« ($p = 0,107$) in zadovoljstvom »s kakovostjo izvajanja storitev DO v MOL« ($p = 0,105$). Na podlagi rezultatov prve hipoteze, da med starejšimi ženskami in starejšimi moškimi iz MOL obstajajo razlike v zadovoljstvu s storitvami DO v MOL«, ne moremo potrditi v nobeni od štirih dimenzij zadovoljstva s storitvami DO v MOL. Sprejmemo lahko sklep, da med občankami in občani ni razlik v zadovoljstvu s storitvami z DO v MOL. Ugotovitve so dobro izhodišče za enakost obravnave, saj Evropska komisija (2017) pojasnjuje, da naj ima vsakdo, ne glede na kakršno koli osebno okoliščino (npr. spol, starost ipd.), pravico do cenovno dostopnih in kakovostnih storitev DO, zlasti oskrbe na domu in storitev skupnosti.

Pri preverjanju druge hipoteze, da je zadovoljstvo z zdravjem starejših iz MOL pozitivno povezano z zadovoljstvom s storitvami DO v MOL, smo uporabili korelacijsko analizo s Pearsonovim koeficientom korelacije. V tem primeru preverjamo povezanost med dvema konceptoma: konceptom zadovoljstva starejših iz MOL z zdravjem in konceptom zadovoljstva starejših iz MOL s storitvami DO v MOL. Koncept zadovoljstva z zdravjem starejših iz MOL smo opredelili s tremi dimenzijami: zadovoljstvo s splošnim zdravstvenim stanjem in zdravjem, zadovoljstvo s fizičnim (telesnim) zdravjem in zadovoljstvo z duševnim zdravjem. Koncept zadovoljstva s storitvami DO v MOL smo opredelili s štirimi dimenzijami: zadovoljstvo z informiranostjo glede DO v MOL, zadovoljstvo z dostopnostjo do storitev DO v MOL, zadovoljstvo s ponudbo storitev DO v MOL in zadovoljstvo s kakovostjo izvajanja storitev DO v MOL. Na osnovi korelacijske analize ugotavljamo, da je med konceptom zadovoljstva starejših iz MOL z zdravjem in konceptom zadovoljstva starejših s storitvami DO v MOL pozitivna in šibka statistično značilna povezanost ($r = 0,288$; $p = 0,000$). Drugo hipotezo, da je zadovoljstvo z zdravjem starejših iz MOL pozitivno povezano z zadovoljstvom s storitvami DO v MOL, zato potrdimo. Sprejmemo lahko sklep, da obstaja pozitivna povezanost med zadovoljstvom z zdravjem in zadovoljstvom s storitvami DO med starejšimi iz MOL. Dolgotrajna oskrba je v Strategiji dolgožive družbe (UMAR 2017) identificirana kot ključen prispevek k oblikovanju vključujočega okolja za starejše in bo v perspektivi dolgoživosti slovenske družbe prepoznala potrebe starejših in drugih relevantnih ranljivih družbenih skupin ter kompetentno odgovorila nanje z vzpostavljanjem sistema storitev za samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij.

Tudi pri tretji hipotezi, da je zadovoljstvo z aktivnim staranjem starejših iz MOL pozitivno povezano z zadovoljstvom s storitvami DO v MOL, smo uporabili korelacijsko analizo s Pearsonovim koeficientom korelacije. Pri tej hipotezi preverjamo povezanost med konceptoma zadovoljstva z aktivnim staranjem in konceptom zadovoljstva s storitvami DO v MOL. Koncept zadovoljstva z aktivnim staranjem smo opredelili s tremi dimenzijami: zadovoljstvo s poznavanjem koncepta aktivnega staranja, zadovoljstvo s prizadevanjem za aktivno staranje in zadovoljstvo z udeleževanjem aktivnega staranja. Koncept zadovoljstva s storitvami DO v MOL smo opredelili s štirimi dimenzijami že pri preverjanju druge hipoteze. Na osnovi rezultatov korelacijske analize ugotavljamo, da obstaja med konceptom zadovoljstva z aktivnim staranjem in konceptom zadovoljstva s storitvami DO v MOL po-

zitivna in neznatna statistično značilna povezanost ($r = 0,133$; $p = 0,004$). Tretjo hipotezo, da je zadovoljstvo z aktivnim staranjem starejših iz MOL pozitivno povezano z zadovoljstvom s storitvami DO v MOL, zato potrdimo. Sprejmemo lahko sklep, da obstaja pozitivna povezanost med zadovoljstvom z aktivnim staranjem in zadovoljstvom s storitvami DO med starejšimi iz MOL. Prav zato Lipič (2018) opozarja, da je treba pri implementaciji koncepta dolgotrajne oskrbe upoštevati mozaik potreb in pričakovanj posameznika in družbe po aktivnem staranju kot fenomenu sodobnega načina življenja za uspešno starost.

Pri preverjanju zadnje, četrte hipoteze, da zadovoljstvo starejših iz MOL s storitvami DO vpliva na zadovoljstvo starejših s kakovostnim staranjem, smo uporabili enostavno regresijsko analizo. Pri tej hipotezi preverjamo, ali koncept zadovoljstva starejših iz MOL s storitvami DO v MOL, kot neodvisna spremenljivka, vpliva na koncept zadovoljstva starejših iz MOL s kakovostnim staranjem, kot odvisna spremenljivka. Koncept zadovoljstva s storitvami DO v MOL smo s štirimi dimenzijami opredelili že pri drugi hipotezi. Koncept zadovoljstva starejših iz MOL s kakovostnim staranjem smo opredelili s petimi dimenzijami: zadovoljstvo s kakovostjo življenja v starosti, zadovoljstvo z zdravjem za kakovostno življenje v starosti, zadovoljstvo s finančnim stanjem za kakovostno življenje v starosti, zadovoljstvo z materialnim stanjem za kakovostno življenje v starosti in zadovoljstvo s prizadevanjem za kakovostno življenje v starosti. Rezultati enostavne regresijske analize potrjujejo statistično značilen vpliv zadovoljstva starejših s storitvami DO v MOL na zadovoljstvo starejših iz MOL s kakovostnim staranjem ($\beta = 0,294$; $p = 0,000$). Četrto hipotezo, da zadovoljstvo starejših iz MOL s storitvami DO vpliva na zadovoljstvo starejših s kakovostnim staranjem, zato potrdimo. Sprejmemo sklep, da zadovoljstvo starejših iz MOL s storitvami DO vpliva na zadovoljstvo starejših iz MOL s kakovostnim staranjem. Hlebec (2018) v raziskavi potrjuje, da kakovost storitev DO pomembno vpliva na kakovost življenja uporabnikov in njihovih neformalnih negovalcev.

7. Zaključek

Trenutna demografska slika Slovenije in demografske projekcije prebivalstva zahtevajo razvoj in implementacijo sistema dolgotrajne oskrbe v okolje. Izkušnje sistemov DO različnih evropskih držav nam lahko pomagajo pri vzpostavitvi sistema, ki se strokovno odziva na potrebe vseh potencialnih uporabnikov DO v okolju. Pri tem je treba upoštevati sistemski, zgodovinski in socialnokulturni kontekst, ki determinirata ključne sistemske stebre DO. Potreben je le še družbenopolitični konsenz na eni in konsenz med področjem zdravstvenega in socialnega varstva pri upravljanju sistema DO na drugi strani.

Raziskovalna spoznanja prispevajo k razumevanju koncepta DO iz uporabniške perspektive, saj smo v raziskavo vključili starejše občanke in občane iz MOL, in iz perspektive potreb lokalnega okolja, v našem primeru MOL, saj smo proučevali koncept dolgotrajne oskrbe iz DO v MOL, ponudbe storitev DO v MOL in kakovosti izvajanja storitev DO v MOL. Četudi je MOL največja slovenska občina, ki leži v osrednjeslovenski statistični regiji in je glavno mesto Slovenije, v raziskavi identificiramo zaskrbljenost starejših občank in občanov z dostopnostjo do storitev DO. To predstavlja izziv za lokalno skupnost v prihodnje, ko bo morala dolgoročno urediti enakopravno in široko dostopnost do storitev DO v okolju. Morda je to še toliko bolj pomembno v večjih urbanih središčih, kot je MOL, kjer je zaradi spremenjenega in sodobnega načina življenja odsotnost družinskih oskrbovalcev in sorodnikov toliko bolj očitna.

Literatura

Colombo, Francesca, Ana Llena-Nozal, Jérôme Mercier in Frits Tjadens. 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for LongTerm Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

- Da Roit, Barbara in Blanche Le Bihan. 2010. Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. *The Milbank Quarterly* 88(3): 286–309.
- Duell, Daisy, Xander Koolman in France Portrait. 2017. Practice Variation in the Dutch Long-Term Care and the Role of Supply-Sensitive Care: Is Access to the Dutch Long-Term Care Equitable? *Health Economics* 26(12): 1728–1742.
- Evropska komisija. 2017. *Evropski steber socialnih pravic*. Dostopno na: https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_sl (2. september 2020).
- Hlebec, Valentina, Andrej Srakar in Boris Majcen. 2016. Determinants of Unmet Needs Among Slovenian Old Population. *Slovenian Journal of Public Health* 55(1): 78–85.
- Hlebec, Valentina. 2018. Evaluation of access to long-term care services for old people ageing in place in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health* 57(3): 116–123.
- Kavšek, Marta, Marija Ovsenik in David Bogataj. 2020. Vrednotenje življenjskega sloga in prostorsko oskrbnih potreb starejših. *Revija za univerzalno odličnost* 9(2): 153–169.
- Lipič, Nikolaj. 2018. Dolgotrajna oskrba kot priložnost za kakovostno staranje. *Socialni izziv* 23(39), 35–40.
- Mali, Jana in Vera Grebenc. 2019. Rapid Assessment of Needs and Services in Long-Term Care. *Revija za socialnu politiku* 26(2): 171–187.
- Mali, Jana. 2019. Innovations in long-term care: The case of old people's homes in Slovenia. *Revija za socialnu politiku* 26(2): 207–225.
- Ministrstvo za zdravje [MZ]. 2017. *Zakon o dolgotrajni oskrbi (predlog)*. Dostopno na: https://www.irssv.si/upload2/20102017_o_Z_o_dolg_oskrbi_JR.pdf (6. september 2020).
- Ministrstvo za zdravje [MZ]. 2020. *Zakon o dolgotrajni oskrbi (predlog)*. Dostopno na: <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=7885> (6. september 2020).
- Nadash, Pamela. 2020. The Evolution of Long-term Care Programs; Comment on “Financing Long-term Care: Lessons From Japan”. *International journal of health policy and management* 9(1): 42–44.
- OECD Health Statistics 2020. 2020. *Key issues in long-term care policy*. Dostopno na: <https://www.oecd.org/health/long-term-care.htm> (2. september 2020).
- Ramovš, Jože, 2019a. Simpozij Integrirana dolgotrajna oskrba: odziv na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji. *Kakovostna starost* 22(3): 57–60.
- Ramovš, Jože. 2019b. Integrirana dolgotrajna oskrba. *Kakovostna starost* 22(3): 54–56.
- Scheffelaar, Aukelien, Nanne Bos, Michelle Hendriks, Sandra van Dulmen in Katrien Luijkx. 2019. Determinants of the quality of care relationships in long-term care - a participatory study. *BMC Health Services Research* 19(389): 1–14.
- Smolej Jež, Simona in Mateja Nagode. 2017. Dramatičen razkorak med dolgotrajno socialno oskrbo na domu in v instituciji? *Kakovostna starost* 20(1): 3–15.
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2019. *Dolgotrajna oskrba, Slovenija, 2017*. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8579> (1. september 2020).
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2020a. *Prebivalstvo po starosti in spolu, občine, Slovenija, polletno*. Dostopno na: https://pxweb.stat.si/SiStatDb/pxweb/sl/10_Dem_soc/10_Dem_soc__05_prebivalstvo__10_stevilo_preb__20_05C40_prebivalstvo_obcine/05C4002S.px/ (1. september 2020).
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2020b. *Prebivalstvo – izbrani kazalniki, občine, Slovenija, polletno*. Dostopno na: https://pxweb.stat.si/SiStatDb/pxweb/sl/10_Dem_soc/10_Dem_soc__05_prebivalstvo__10_stevilo_preb__20_05C40_prebivalstvo_obcine/05C4008S.px/ (1. september 2020).
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2020c. *Naravno gibanje prebivalstva, občine, Slovenija, letno*. Dostopno na: https://pxweb.stat.si/SiStatDb/pxweb/sl/10_Dem_soc/10_Dem_soc__05_prebivalstvo__25_selitveno_gibanje__05_05I10_naravno_gibanje/05I1002S.px/ (1. september 2020).
- Statistični urad Republike Slovenije [SURs]. 2020d. *Projekcije prebivalstva EUROPOP2019 po spolu in starosti, Slovenija, 2019–2100*. Dostopno na: https://pxweb.stat.si/SiStatDb/pxweb/sl/10_Dem_soc/10_Dem_soc__05_prebivalstvo__45_projekcije__10_05U30_europop/05U3013S.px/ (1. september 2020).
- Szander, Norina, Ros-McDonnell, Lorenzo Brian in Marija Bogataj. 2017. Prostorska razpršitev namestitvenih enot kot pomemben dejavnik vpliva na stroške dolgotrajne oskrbe. *Urbani izziv* 28(1): 67–76.
- Toth, Martin. 2017. Dolgotrajna oskrba kot nova in posebna veja socialne varnosti. *Kakovostna starost* 20(4): 33–37.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Vlada RS.

Telesna vadba starejših v sklopu Aktivnega dne Zavoda Aktivna starost: pomembnost vadbe v starosti

Physical exercise of the elderly as part of Aktiven dan of Zavod Aktivna starost: importance of exercise in old age

Miha Kranjc, MSc. in Management

Zavod Aktivna starost

Urška Dolinšek, prof. športne vzgoje

Fitnes klinika

Tija Hubej, MSc. Researcher in Sport science and Health ageing

Povzetek

Članek opisuje učinke fizične aktivnosti starejših, vključenih v program Aktiven dan, ki ga izvaja Zavod Aktivna starost skupaj s podjetjem Fitnes Klinika, d. o. o., in družbo DEOS, d. o. o. Uporabniki programa so starostniki, ki želijo izboljšati svoje počutje in ostati aktivni. Mnogi starejši živijo doma, so pogosto osamljeni in izgubijo voljo do dejavnosti, čeprav bi jih še zmogli. Prav takšnim je namenjen program Aktiven dan, katerega prvi cilj je ohranjanje samostojnosti starostnikov. Aktivnosti so zasnovane posebej za starejše ljudi na način, da izboljšujejo gibljivost in počutje ter omogočajo izboljšanje nekaterih bolezenskih stanj, kot so osteoporoza, sladkorna bolezen, debelost in druge. Ker potekajo v skupini, udeleženci spoznajo nove ljudi in pogosto se družijo tudi izven programa. Program poteka v skupini, vendar je naravnano individualno, saj se vaditelj in animator ukvarjata z vsakim vadečim posebej. Vsakega posameznika pred vključitvijo v program strokovnjak testira, da ugotovi njegovo stanje in zmožnosti, z udeležencem se pogovorita o težavah in željah ter zastavita cilje. Testi, ki jih opravljajo, so vstajanje s stola, upogib komolca, vstani in pojdi ter šestminutni test hoje. Prispevek z raziskavo in predstavitvijo rezultatov strokovnih testov predstavi pomemben napredek, ki so ga uporabniki programa v času rednega obiska Aktivnega dne dosegli.

Ključne besede: stari ljudje, vadba starejših, zdravje starejših, vseživljenjska aktivnost, Zavod Aktivna starost.

Abstract

The article focuses on the impact of physical activity of the elderly involved in Aktiven dan programme, implemented by Zavod Aktivna starost together with Fitnes Klinika d.o.o. and DEOS d.o.o. Programme users are the elderly wanting to improve their well-being and remain active in their old age. Many seniors live at home, are often lonely and lose their will to stay active even though they still could be. This is what Aktiven dan programme is intended for: its first goal is to preserve independence of the elderly. Activities are designed especially for the elderly to improve mobility and well-being and enable improvement of certain medical conditions such as osteoporosis, diabe-

tes, obesity and similar. As these are group activities participants meet new people and later often socialize outside the programme. It's a group programme, though individualized, as trainer and animator deal with each trainee individually. Before joining, expert tests each individual to determine his/her condition and abilities, discusses problems and wishes with participant and sets goals. Tests consist of getting up from a chair, elbow flexion, get up and go and a six minute walk test. The article, through research and result presentation of professional tests, shows significant progress made by programme users during their regular visits of Aktiven dan programme.

Key words: the elderly, senior exercise, health of the elderly, lifelong activity, Zavod Aktivna starost.

1. Uvod

Prebivalstvo se stara in staranje je naraven, neizogiben biološki proces. Je proces, ki si ga vsi ljudje delimo in izkusimo od rojstva do smrti ter je močno povezan s kakovostjo življenja (Lee idr. 2013). Skozi proces aktivnega staranja se starostnike spodbuja k vseživljenjskemu uresničevanju telesnih, socialnih in umskih sposobnosti ter se jim nudi ustrezno zaščito, varnost in oskrbo (Telesna dejavnost za zdravo in aktivno staranje 2016).

Zdrav življenjski slog, katerega del sta telesna aktivnost in skrb za uravnoteženo in zdravo prehrano, je pomemben dejavnik ohranjanja zdravja. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije, iz leta 2008, letno umre 3,2 milijona ljudi zaradi telesne neaktivnosti (WHO 2020). Gibanje v starosti je pomembno, telesna dejavnost pa naj bo redna in kvalitetna s primernim obsegom trajanja in določeno intenzivnostjo za vsako starostno skupino. Telesna aktivnost prinaša številne koristi, ki pripomorejo k daljšemu in bolj polnemu preživljanju tretjega življenjskega obdobja (Jakovljevič idr. 2017).

Podaljšanje življenjske dobe populacije vpliva na hitro rast deleža starostnikov v njej. Ocenjuje se, da je prevalenca kroničnih nenalezljivih bolezni med starejšimi kar 90,9 %. Med njimi je le 17 % starostnikov z eno kronično boleznijo, kar 75 % starejših oseb pa ima dve ali več bolezni, kar nakazuje resen zdravstveni problem med starejšimi osebami (Lee idr. 2013). Redna telesna aktivnost v tretjem življenjskem obdobju je ključnega pomena za ohranjanje visoke kakovosti življenja (Rotovnik idr. 2014). Telesna dejavnost je ena izmed najbolj učinkovitih metod za ublažitev značilnosti staranja in številnih kroničnih nenalezljivih bolezni (Lieberman idr. 2017). Pomembno je ohranjanje osnovne mišične moči in vzdržljivosti z namenom samostojnega in zdravega življenja brez prevelike odvisnosti od drugih (Lee idr. 2013). Vadba za moč zvišuje delež puste mišične mase, ki je pomembna za ohranjanje funkcionalne moči (Lieberman idr. 2017).

Telesna vadba pozitivno vpliva na večjo samostojnost starejših ljudi v vsakdanjem življenju, izboljša pa se tudi socialno življenje. Redna vadba ima velik vpliv na subjektivno doživljanje sreče in veselja, skrbi za ohranjanje zdravja v daljšem časovnem obdobju in podaljša aktivno življenjsko dobo. Izboljšajo se posameznikovo samospoštovanje, samopodoba in doživljanja samega sebe (Telesna dejavnost za zdravo in aktivno staranje 2016).

Vadbeni program Aktiven dan za aktivno starost je zasnovan tako, da na začetku vadeči razvijajo kognitivne sposobnosti, nato pa še fizične. Namen programa je omogočiti gibanje in bolj kakovostno življenje starostnikom, jim povrniti voljo do življenja, vzbuditi radost in veselje do gibanja in posledično izboljšati telesno zmogljivost, ki se bo odražala v večji samostojnosti in neodvisnosti. Cilj programa je približati telesno aktivnost starejšim osebami, ki zaradi omejitev ne morejo obiskovati fitnesa ali vodenih vadb. Program je namenjen stanovalcem doma za starejše in zunanjim starejšim obiskovalcem, ki želijo biti aktivni v tretjem življenjskem obdobju. Primarni cilj programa je izboljšati kakovost življenja starejših oseb, preprečevati ali omiliti bolezenska stanja, kot so osteoporoza, ateroskleroza, debelost, sladkorna bolezen, olajšati opravljanje vsakodnevnih opravil

in premagovanje naporov, preprečiti zgodnjo nepokretnost in izboljšati mobilnost. Program združuje koristno druženje z izobraževalno vsebino (Dolinšek 2016).

Program Aktiven dan za aktivno starost je zasnovan tako, da je primeren za starostnike v tretjem življenjskem obdobju. Znano je, da s starostjo določene fizične in kognitivne funkcije oslabijo; staranje je sicer neizogibno, lahko pa ga z gibanjem in zdravim življenjskim slogom do neke mere upočasnimo. S programom poskušamo dvigniti delež telesno aktivnih starostnikov in s tem izboljšati kakovostno staranje (Dolinšek 2016).

2. Namen in cilj

Namen raziskave je predstaviti napredek starejših udeležencev programa Aktiven dan od začetnega do končnega testiranja. Cilj raziskave je ugotoviti vpliv programa vadbe moči na funkcionalnost gibanja, spremembo moči spodnjih in zgornjih okončin ter aerobne vzdržljivosti. Za preverjanje vpliva smo določili naslednje hipoteze:

H₀1: Preiskovanci kažejo napredek na vseh področjih testiranj.

H₀2: Največji napredek preiskovancev je viden pri testu »vstajanje s stola«.

H₀3: Napredek pri preiskovancih, ki v programu sodelujejo tri leta, je večji kot napredek pri preiskovancih, ki v programu sodelujejo dve leti.

3. Metode

V študiji je bila uporabljena eksperimentalna metodologija s pozitivistično ontologijo in pozitivistično epistemologijo.

V raziskavo je bilo vključenih 12 starejših uporabnikov programa v DEOS Centru starejših Trnovo in 20 starejših uporabnikov programa v DEOS Centru starejših Črnuče. Preiskovanci, stari od 66 do 93 let, so se udeleževali programa Aktiven dan dve ali tri leta. Za sodelovanje pri raziskavi smo pridobili privolitev posameznih članov. Kriteriji za vključitev v program so: samostojna hoja (lahko ob pomoči palice ali rolatorja zaradi varnostnega vidika), kontrolirano delovanje vitalnih funkcij, nemotena orientacija v prostoru, razumevanje in sprejemanje osnovnih navodil, zaznavanje čutil – sprejemljiv vid, sluh.

Za določanje telesne pripravljenosti smo uporabili test telesne pripravljenosti za starejše (Senior fitness test – SFT), saj ta meri parametre, ki so povezani s funkcijsko sposobnostjo ljudi, starejših od 60 let, in odkriva stopnjo tveganja za funkcijsko zmanjšano zmogljivost.

3.1. Testi SFT

a) Vstajanje s stola

Namen: oceniti zmogljivost in vzdržljivost spodnjih ekstremitet.

Trajanje izvedbe: manj kot 5 minut.

Oprema: standardni stol (višina 43 cm) z naslonjalom za hrbet in brez naslona za roke, stena, kronometer.

Postopek:

- stol naslonjen ob steno (stabilizacija);
- preiskovanec sedi s stopali na tleh v širini ramen, rokami, prekržanimi čez prsni koš, s hrbtom naslonjen na naslonjalo stola;
- iz sedečega položaja vstane v popoln stoječ položaj in se usede nazaj;

- nalogo ponavlja 30 sekund.

Rezultat:

- število popolnih dvigov v 30 sekundah;
- če čas testiranja poteče med zadnjim dvigom, se ta šteje, če ga preiskovanec opravi do konca;
- če preiskovanec ne more vstati brez pomoči rok, je njegov rezultat 0.

b) Upogib komolca

Namen: oceniti zmogljivost in vzdržljivost zgornjih ekstremitet.

Oprema: uteži (2,5 kg za ženske in 3,5 kg za moške), standardni stol, kronometer.

Postopek:

- test se opravlja na dominantni strani;
- preiskovanec sedi na robu stola na testirani strani, v roki, ki je ob telesu, drži utež;
- nadlaket mora biti med testom pri miru (preiskovalec lahko pomaga);
- preiskovanec upogne komolec v popolnem obsegu giba, pri čemer postopno obrne prste proti stropu, nato komolec popolnoma iztegne;
- gibe ponavlja 30 sekund.

Rezultat: število ponovitev v 30 sekundah.

c) Vstani in pojdi

Namen: oceniti koordinacijo, hitrost, ravnotežje in agilnost.

Oprema: standardni stol, kronometer, stožec, barvni lepilni trak.

Postopek:

- stol, naslonjen ob steno, označena razdalja 2,4 m pred stolom, na koncu te razdalje nameščen stožec;
- preiskovanec sedi naslonjen, s stopali na tleh in z rokami na stegnih;
- na povelje »zdaj« kar se da hitro vstane in varno gre do stožca, okoli njega, nazaj do stola in se usede;
- opravi dva poizkusa.

Rezultat: merimo čas od dviga do usedanja na desetinko sekunde natančno.

d) 6-minutni test hoje

Namen: oceniti aerobno vzdržljivost.

Oprema: merilno kolo za merjenje razdalje, samolepilni barvni trak, 2 kronometra, 4 stožci, barvni marker, testni kartoni za 6-minutni test hoje, žepni računalnik, merilniki srčnega utripa.

Postopek:

- preiskovanci so razdeljeni v pare, pri čemer eden izmed preiskovancev opravlja test, drugi šteje kroge (po vsakem prehojenem krogu to označijo na testnem kartonu za 6-minutni test hoje);
- start posameznih preiskovancev je v 10-sekundnem razmiku; na povelje »zdaj« preiskovanci začnejo hoditi, kakor hitro morejo, hodijo 6 minut;
- po preteku 6 minut ustavite vsakega preiskovanca posebej, odčitajte vrednost srčnega utripa ter prehojeno razdaljo zadnjega kroga;

- če se preiskovanec ustavi pred pretekom 6 minut in ne zmore več opravljati testa, zabeležite čas in prehojeno razdaljo ob koncu ter razlog za nedokončanje testa.

Rezultat: končni rezultat preizkusa je zmnožek števila v celoti prehojenih krogov in razdalje enega kroga v metrih (30 m) ter prištevek prehojene razdalje zadnjega kroga.

Za analizo rezultatov in izračun odstotka napredka v trajanju treh ali dveh let od udeležbe programa je bil uporabljen program Microsoft Excel.

4. Rezultati in razprava

Program temelji na celostnem pristopu k vadbenemu procesu in poleg gibanja zajema tudi skrb za varno izvedbo vaj in prilagajanje vadbenega procesa posameznikom s specifičnimi bolezenskimi stanji in poškodbami. Pogosta prilagoditev vadbe za starostnike je, da ta poteka sede, s tem pa iz vadbe izključijo tiste mišične skupine, ki so pri starostnikih najpomembnejše. V opisanem programu stremimo k temu, da čim več vaj poteka stoje oziroma v položaju, ki omogoča bistveno večjo gibalno širino ter s tem izboljšuje specifične motorične sposobnosti. Varnost ostaja na prvem mestu, tako da s pomočjo prilagoditev, varovanja in uporabe rekvizitov starostnik poskuša aktivirati mišične skupine, brez nevarnosti padca. Prav tako iz vadbe ne izključujemo udeležencev po poškodbi (npr. zlom kolka ipd.), saj je v tem obdobju naraven propad mišične mase navadno največji in ima velik vpliv na zdravstveno stanje. V tem obdobju je vadba zgolj prilagojena in usmerjena v krepitev mišičnih skupin, ki lajšajo okrevanje po poškodbi.

Program poteka v več sklopih, pred pričetkom je potreben obisk fit posvetovalnice, tj. posvet s kinziologom, ki izdelava vadbeno kartoteko, kjer so zabeležene vse posebnosti kandidata, zdravstveno stanje, zdravila, rezultati meritev telesne sestave, cilji vadbe in priporočila za vadbo. Pred vsakim vadbenim procesom imajo kandidati 30-minutni posvet s strokovnjakom, kar prispeva k večji zaveštni vključitvi v program in motivaciji. Ne glede na začetno stanje posameznika se program začne s sklopom aktivacije (približno 4 tedne), znotraj katerega je mogoče prilagoditi težavnostno stopnjo glede na zmogljivost posameznika. Nato sledi sklop koordinacije (približno 4 tedne) in kasneje fit program, ki se stopnjuje po težavnostnih stopnjah – individualno glede na zmogljivost posameznika.

Primeri vaj aktivacije:

- igra prstov,
- aktivacija vratnih mišic,
- aktivacija lopatic,
- aktivacija mišic medeničnega dna,
- aktivacija stegenskih mišic,
- aktivacija trebušnih mišic,
- aktivacija prsnih mišic,
- spontana aktivacija s Flexi Barom.

Primeri vaj koordinacije:

- hoja – koordinacijska lestev,
- gibalne naloge med stožci,
- met žoge v obroč,
- dvig nog izmenično, sede na žogi.

Primeri vaj fit programa:

- dvig na prste sonožno ali enonožno na ravnotežni blazini,
- počepi na ravnotežni deski,
- potisk s prsi z elastičnim trakom,

- odmik noge z elastičnim obročem,
- lateralni odmik rok z utežjo,
- veslanje sede na žogi.

Predstavljenih je le nekaj primerov vaj za lažje razumevanje, s tem da se program oblikuje glede na skupino in posameznike, ki imajo določene omejitve, da so lahko kljub vsemu vključeni v program.

Senior fitness test nam omogoča kontrolo vseh motoričnih sposobnosti in predstavlja tudi veliko motivacijo za vse, ki so vključeni v program. Prav tako nam pomaga odkriti šibke točke posameznika in temu ustrezno prilagoditi program.

V raziskavi nas je zanimal napredek udeležencev programa Aktiven dan od začetnega do končnega testiranja. Opisne vrednosti so prikazane v tabelah 1 in 2.

Tabela 1: Napredek udeležencev programa Aktiven dan, 3 leta, DEOS Center starejših Trnovo

Preiskovanec	Starost	Vstajanje s stola	Upogib komolca	Vstani in pojdi	6-minutni test hoje (m)
1		9 %	-10 %	-32 %	-4 %
2		120 %	0 %	-25 %	16 %
3		50 %	6 %	3 %	-7 %
4		0 %	-8 %	-15 %	-2 %
5		-8 %	0 %	-4 %	-40 %
6		-43 %	19 %	2 %	-21 %
7		-8 %	6 %	-5 %	2 %
P	84,1	17 %	2 %	11 %	-8 %

Opomba: P pomeni povprečno vrednost.

Tabela 2: Napredek udeležencev programa Aktiven dan, 3 leta, DEOS Center starejših Črnuče

Preiskovanec	Starost	Vstajanje s stola	Upogib komolca	Vstani in pojdi	6-minutni test hoje (m)
1		0 %	-6 %	22 %	17 %
2		4 %	5 %	26 %	-2 %
3		24 %	-4 %	-8 %	16 %
4		11 %	43 %	-3 %	29 %
5		-19 %	11 %	36 %	-6 %
6		-22 %	-20 %	17 %	-12 %
7		-29 %	-6 %	14 %	10 %
8		0 %	25 %	15 %	16 %
9		-14 %	100 %	24 %	-22 %
10		-5 %	-5 %	42 %	-6 %
11		50 %	5 %	10 %	1 %
P	83,5	5 %	-4 %	-17 %	4 %

Opomba: P pomeni povprečno vrednost.

V tabeli 1 in 2 je viden odstotek napredka udeležencev, ki so se programa Aktiven dan udeleževali 3 leta. Udeležencem programa v DEOS Centru starejših Trnovo se je v povprečju najbolj izboljšala moč spodnjih ekstremitet, za 17 %, kar je pokazal test »vstajanje s stola«, temu je sledilo izboljšanje koordinacije, ravnotežja in agilnost za 11%, kar je pokazal test »vstani in pojdi«, za 2 % se je udeležencem povečala moč zgornjih ekstremitet, kar je pokazal test »upogib komolca«. Zaradi poškodb, napredovanja in/ali spremembe bolezenskega stanja udeležencev, le-ti niso pokazali napredka pri zadnjem motoričnem testu, to je »6-minutni test hoje«.

Udeležencem programa v DEOS Centru starejših Črnuče se je prav tako najbolj izboljšala moč zgornjih ekstremitet, in sicer za 5 %, čemur je sledil napredek v aerobni vzdržljivosti za 4 %. Udeleženci v DEOS Centru starejših Črnuče zaradi enakih razlogov kot skupina iz DEOS Centra starejših Trnovo niso napredovali v moči zgornjih ekstremitet, koordinaciji, ravnotežju in agilnosti.

Preverili smo tudi napredek članov, ki so se programa udeleževali dve leti. Rezultati so prikazani v tabelah 3 in 4.

Tabela 3: Napredek udeležencev programa Aktiven dan, 2 leti, DEOS Center starejših Trnovo

Preiskovanec	Starost	Vstajanje s stola	Upogib komolca	Vstani in pojdi	6-minutni test hoje (m)
1		15 %	-17 %	4 %	7 %
2		18 %	-11 %	15 %	-11 %
3		-10 %	7 %	51 %	23 %
4		30 %	80 %	-11 %	2 %
5		-22 %	-22 %	-3 %	-6 %
<i>P</i>	71,7	6 %	7 %	-11 %	3 %

Opomba: *P* pomeni povprečno vrednost.

Tabela 4: Napredek udeležencev programa Aktiven dan, 2 leti, DEOS Center starejših Črnuče

Preiskovanec	Starost	Vstajanje s stola	Upogib komolca	Vstani in pojdi	6-minutni test hoje (m)
1		0 %	-7 %	4 %	22 %
2		-6 %	11 %	19 %	-6 %
3		-8 %	-41 %	48 %	-38 %
4		-6 %	22 %	16 %	-7 %
5		-13 %	5 %	43 %	-2 %
6		21 %	-6 %	0 %	0 %
7		60 %	-13 %	-14 %	18 %
8		0 %	36 %	-13 %	57 %
9		-16 %	5 %	17 %	-5 %
<i>P</i>	76,0	4 %	1 %	-13 %	4 %

Opomba: *P* pomeni povprečno vrednost

Tabeli 3 in 4 kažeta, da so udeleženci, ki so se programa udeleževali le 2 leti, napredovali v vseh motoričnih testih, razen »vstani in pojdi«, ki meri koordinacijo, ravnotežje in agilnost. Iz zgornjih

podatkov je razvidno, da preiskovanci ne kažejo napredka na vseh področjih testiranja, zato se prva hipoteza z utemeljivijo zavrne. Preiskovanci so se namreč v obdobju testiranja soočali z različnimi poškodbami in boleznimi, zaradi česar nekateri niso napredovali na vseh področjih, so pa vsi testiranci vidno napredovali na tistih področjih, kjer na rezultate poškodbe in bolezni niso imele vpliva.

Drugo hipotezo, da je največji napredek opazen pri testu »vstajanje s stola«, smo z rezultati raziskave potrdili. Preiskovanci so namreč v povprečju največje izboljšanje dosegli v mišicah spodnjih ekstremitet.

Tretjo hipotezo, da je napredek pri preiskovancih, ki v programu sodelujejo tri leta, večji kot napredek pri preiskovancih, ki v programu sodelujejo dve leti, pa prav tako zavrne, saj so preiskovanci, ki so obiskovali program Aktiven dan v DEOS Centru starejših Trnovo tri oziroma dve leti, bolj napredovali kot udeleženci programa Aktiven dan v DEOS Centru starejših Črnuče. Razlog za to so pogostejše zdravstvene težave in poškodbe preiskovancev, ki so obiskovali program Aktiven dan v DEOS Centru starejših Črnuče.

5. Zaključek

Kljub dobro znanim koristim vadbe na zdravje ostaja raven telesne aktivnosti starejših odraslih pod priporočili (Boulton idr. 2018). Neaktivnost vpliva na spremembo telesne sestave. Poveča se odstotek maščobne mase, sočasno pa pride do zmanjšanja puste (mišične) mase, kar ima vpliv na telesno zmogljivost in izvajanje vsakodnevnih dejavnosti (Cruz-Jentoft idr. 2010).

Program Aktiven dan je zasnovan tako, da bi starostnikom telesno aktivnost predstavili v najprijetnejši luči in ne kot breme ter s tem prispevali k ohranjanju funkcionalne mase in samostojnosti uporabnikov, dokler je mogoče.

V okviru izvajanja raziskave je treba upoštevati določene omejitve. V vzorec udeležencev programa Aktiven dan so bili vključeni stanovalci DEOS Centra starejših Trnovo in DEOS Centra starejših Črnuče, ki so doživeli različne poškodbe zgornjih in spodnjih ekstremitet ali pa jim je bila diagnosticirana demenca ali Parkinsonova bolezen v času obiskovanja programa Aktiven dan. Gre torej za heterogen vzorec, kar bi lahko razložilo dejstvo, da so nekateri udeleženci le malenkostno napredovali in nekateri celo nazadovali pri določenih motoričnih testih.

Omejitve izhajajo tudi iz metode izvajanja in načrtovanja vadbe, saj je bila strokovna ekipa kineziologov prisiljena prilagoditi program trenutnemu stanju udeležencev. Kljub poslabšanju stanja nekaterih preiskovancev zaradi bolezni in poškodb je v splošnem razviden napredek vključenih oseb na vseh področjih testiranja.

Za bolj optimalen prikaz učinka programa Aktiven dan na starejšo populacijo bi bilo v prihodnjih raziskavah treba zajeti homogen vzorec, določiti konsistentni program vadbe in izvedbe ter vključiti psihološki vidik programa na udeležence, kar bi dodalo širši vpogled na problematiko zdravje starejših v domovih za starejše.

Literatura

Boulton, Elisabeth R., Horne, Maria in Chris Todd. 2018. Multiple influences on participating in physical activity in older age: Developing a social ecological approach. *Health Expect* 21: 239–248. Dostopno na <https://doi.org/10.1111/hex.12608> (11. avgust 2020).

Cruz-Jentoft, Alfonso J., Baeyens, Jean Pierre, Bauer, Jürgen M., Boirie, Yves, Cederholm, Tommy, Landi, Francesco, Martin, Finbarr C., Michel, Jean-Pierre, Rolland, Yves, Schneider, Stéphane M., Topinková, Eva, Vandewoude, Maurits in Mauro Zamboni. 2010. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 39: 412–423. Dostopno na: <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034> (11. avgust 2020).

Dolinšek, Urška. 2016. *Aktiven dan za aktivno starost – Fitnes klinika*. Učno gradivo za vaditelje programa. Ljubljana.

- Jakovljevič, Miroljub, Knific, Tjaša in Maja Petrič. 2017. *Testiranje telesne pripravljenosti starejših oseb: senior fitness test – slovenska različica: priročnik za preiskovalce*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Lee, Bo-Ae, Kim, Jong-Gyun in Deuk-Ja Oh. 2013. The effects of combined exercise intervention on body composition and physical fitness in elderly females at a nursing home. *Journal of exercise rehabilitation* 9(2): 298.
- Liberman, Keliane, Forti, Louis Nuvagah, Beyer, Ingo in Ivan Bautmans. 2017. The effects of exercise on muscle strength, body composition, physical functioning and the inflammatory profile of older adults: a systematic review. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care* 20(1): 30–53.
- Rotovnik Kozjek, Nada, Situlin, Roberta, Zelenik, Damijan in Mojca Gabrijelčič Blenkuš. 2014. *Telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje. Priročnik o prehrani v tretjem življenjskem obdobju*. Koper: Univerzitetna založba Annales. 20–27.
- Telesna dejavnost za zdravo in aktivno staranje*. 2016. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/telesna-dejavnost-za-zdravo-in-aktivno-staranje> (11. avgust 2020).
- World Health Organization*. 2020. Physical activity. Dostopno na: https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1 (11. avgust 2020).

Uporaba IKT za komunikacijo pri starejših ljudeh v Mestni občini Ljubljana

Use of ICT in communication with the elderly in the City of Ljubljana

dr. Barbara Grintal, pred.
Gerontološki raziskovalni inštitut

Povzetek

Uvod: Informacijska in dolgoživa družba zahteva potrebo po razvoju in uporabi IKT pri starejših ljudeh, ki jim omogoča ohranjanje aktivnosti in samostojnosti v vsakdanjem življenju. Za dolgoživo družbo je pomembno, da starejši ljudje sledijo tehnološkemu razvoju in digitalizaciji, s katerima razvijajo digitalno pismenost in e-znanje. Za krepitev uporabe IKT za komunikacijo je področje IKT treba prilagoditi njihovim potrebam in sposobnostim.

Metode: Raziskava vključuje 597 ljudi, starejših od 55 let, ki živijo na območju MOL. Podatki so zbrani s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika. Hipoteze smo preizkusili s t-testom, korelacijsko in regresijsko metodo.

Rezultati: Starejši ljudje iz MOL izražajo zadovoljstvo glede uporabe IKT za komunikacijo, pri čemer so najbolj zadovoljni z dostopanjem do informacij s pomočjo IKT, najmanj pa z vključenostjo v socialna omrežja. Glede zadovoljstva z uporabo IKT za komunikacijo nismo potrdili statistično značilnih razlik med spoloma. Ugotavljamo, da obstaja pozitivna in zmerna povezanost med zadovoljstvom z uporabo IKT za komunikacijo in zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem starejših ljudi iz MOL ter da zadovoljstvo z uporabo IKT pozitivno vpliva na aktivno staranje starejših ljudi iz MOL.

Zaključek: Rezultati raziskave uporabo IKT za komunikacijo med starejšimi ljudmi iz MOL prepoznajo kot pomemben vplivni dejavnik aktivnega staranja. Za doseganje digitalizacije družbe in sledenje tehnološkemu razvoju je treba starejše ljudi motivirati za učenje in uporabo IKT in jih pri tem tudi podpirati. Zagotoviti je treba tudi dostopnost in pokritost s širokopasovno povezavo ter podpreti programe, s katerimi se razvijata digitalna pismenost in e-znanje starejših ljudi. Nova digitalna znanja starejšim ljudem omogočajo pridobivanje informacij, kritično razmišljanje, komuniciranje, opravljanje različnih storitev in krepitev socialnega kapitala.

Ključne besede: aktivno staranje, starejši ljudje, vključenost, informacijsko-komunikacijska tehnologija (IKT).

Abstract

Introduction: Information and long-lived society demand development of and ICT use in the elderly enabling them to maintain activity and independence in everyday life. It is important for a long-lived society that the elderly follow technological development and digitalisation in order to develop

digital literacy and e-knowledge. ICT needs to be adapted to their needs and capabilities in order to strengthen their ICT use.

Methods: 597 people over 55 living in the City of Ljubljana were included in the research using a structured survey questionnaire, hypotheses were tested by t-test, correlation and regression analysis.

Results: The elderly from the City of Ljubljana express satisfaction with ICT use in communication, they are most satisfied with information access using ICT and least with social network inclusion. Regarding satisfaction with ICT use in communication, statistically significant differences between genders could not be confirmed. There is a positive and moderate relationship between satisfaction with ICT use in communication and health, financial and material situation of the elderly from the City of Ljubljana and that satisfaction with ICT use has a positive effect on active ageing of the elderly from the City of Ljubljana.

Conclusion: Research results recognize ICT use in communication between the elderly from the City of Ljubljana as an important influential factor in active ageing. In order to achieve digitalisation of society and follow technological development, it is necessary to motivate the elderly to learn and use ICT and to support them in doing so. Accessibility, broadband coverage and support programs, strengthening digital literacy and e-knowledge of the elderly are necessary. New digital skills enable older people to obtain information, think critically, communicate, provide various services and strengthen social capital.

Key words: active ageing, the elderly, inclusion, information communication technology (ICT).

1. Uvod

Informacijska doba z veliko količino informacij in podatkov sproža potrebo po razvoju in uporabi komunikacijskih poti s pomočjo informacijsko-komunikacijske tehnologije (v nadaljevanju IKT) tudi pri starejših ljudeh. Prav razvoj novih komunikacijskih orodij omogoča starejšim ljudem ohranjanje aktivnosti v njihovem vsakodnevnem življenju.

V strategiji dolgožive družbe (UMAR 2017) opozarjajo na problem tveganja revščine in socialne izključenosti slovenskega prebivalstva, pri čemer je delež starejših ljudi še posebno zaskrbljujoč. Omenjen problem lahko z demografskimi spremembam postane še izrazitejši. Zato se strategija osredotoča na vključenost vseh generacij v ekonomsko, družbeno, socialno in kulturno življenje.

Za dolgoživo družbo je pomembno, da starejši ljudje sledijo tehnološkemu razvoju in digitalizaciji družbe. Pri tem so pomembni njihova digitalna pismenost in e-znanje, dostopnost do informacij, komunikacija s pomočjo IKT z njim pomembnimi ljudmi ter njihova vključenost v socialna omrežja. Skladno s spremembami zaradi digitalizacije in tehnoloških sprememb se bo morala spremeniti celotna družba, pri čemer je treba poseben pomen pripisati prav prilagoditvam uporabe IKT pri starejših ljudeh. S krepitvijo digitalne pismenosti bodo starejši ljudje omejili digitalni razkorak pri uporabi IKT orodij na vseh področjih delovanja, tudi na področju komuniciranja.

2. Teoretična izhodišča

2.1. Aktivno staranje

Aktivno staranje je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 2002) proces optimiziranja priložnosti za zagotavljanje zdravja ljudi in skupin ter njihovega sodelovanja in varnosti, da se poveča njihova kakovost življenja. Aktivno staranje učinkuje na področja fizičnega, socialnega in duševnega potenciala ljudi skozi njihovo celotno življenjsko dobo in spodbuja ljudi k aktivni participaciji v družbi, skladno z njihovimi željami, potrebami in zmogljivostmi (WHO 2002). Koncept aktivnega staranja sloni na ustvarjanju priložnosti za vključevanje starejših ljudi v družbo, s čimer

dosežejo samostojno in dostojanstveno življenje (Foster in Walker 2014). Touzery Hvalič (2010) pri aktivnem staranju izhaja iz pristopa, »temelječega na pravicah«, kar pomeni pravico ljudi do enakih možnosti in obravnave na vseh področjih življenja. Pri tem podpira odgovornost starejših ljudi za participacijo v skupnostno življenje, da ohranijo avtonomijo in neodvisnost. Phansuea idr. (2020) menijo, da starejši ljudje z družbeno vključenostjo krepijo kognitivne sposobnosti in medgeneracijsko komunikacijo, zvišujejo svojo notranjo motiviranost ter zmanjšujejo osamljenost. Zato je za vsako družbo pomembno, da imajo vsi ljudje možnost živeti skladno s svojimi potrebami in željami ter priložnost za vključevanje v različne družbene aktivnosti.

2.2. Vključenost starejših ljudi v družbo

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017) kot pomembna področja vključenosti starih ljudi izpostavlja medgeneracijsko sodelovanje, dostopnost in poznavanje sodobnih IKT-orodij, politično udejstvovanje, prostovoljstvo ter vključevanje v ljubiteljsko in kulturno dejavnost. Digitalno pismeni starejši ljudje imajo več možnosti za vključevanje v družbo in s tem povečanje samostojnosti ter nadzora nad svojim življenjem. Po podatkih SURS (2020) je bilo leta 2019 14,4 % prebivalstva izpostavljenega tveganju socialne izključenosti, od tega je bil delež starejših ljudi 20,5 %. Vključenost starejših ljudi v družbo je po navedbah Nycyka in Redsella (2015) pomembna za njihov občutek koristnosti in zmožnost soočanja z različnimi vsakdanjimi problemi. Prav uporaba IKT je pomembna, da znajo starejši ljudje poiskati ustrezne informacije in vire podpore, ki so v primerih reševanja različnih problemov ključnega pomena. Naud idr. (2019) povezujejo vključenost starejših ljudi z aktivnim staranjem. Družbena participacija je pomembna za njihovo zdravje, ohranjanje kognitivnih sposobnosti ter splošno dobro počutje. Zato je pomembno, da se starejše ljudi spodbuja k vključevanju v družbeno dogajanje.

2.3. Digitalna pismenost

Razkorak med digitalno pismenimi in nepismenimi se v Sloveniji pogloblja, s čimer se povečuje možnost medgeneracijskega prepada (UMAR 2017). Sodobne družbe se soočajo z izrazito potrebo po informacijskih znanjih, zato je digitalna pismenost pomembna kompetenca v vseh obdobjih človekovega življenja. Pri pridobivanju informacij s svetovnega spleta ter razumevanju in kritičnem presojanju informacij morajo starejši ljudje kritično uporabljati IKT (Grintal 2019). V Ameriki je leta 2016 internet uporabljalo 67 % starejših ljudi, kar predstavlja velik porast v primerjavi z letom 2000, ko ga je uporabljalo le 12 %. A še vedno obstaja digitalni razkorak med uporabo interneta pri starejših ljudeh in ostali populaciji, ki internet uporablja v 90 % (Anderson in Perrin 2017). Prav tako obstaja digitalni razkorak med svetovnim prebivalstvom, saj je po podatkih SURS (2020a) leta 2019 v Sloveniji le 14 % starih med 65 in 74 let uporablja internet, mobilni telefon oziroma računalnik. Grintal (2016a) z raziskavo pri starejših moških ugotavlja močnejšo namero za učenje in uporabo informacijske tehnologije (v nadaljevanju IT), pri starejših ženskah pa večjo uporabo IT za komuniciranje z drugimi ljudmi.

S pomočjo IKT lahko starejši ljudje pridobivajo nova znanja in razvijajo nove veščine. Pri tem sta jim v pomoč tako bralna kot informacijska pismenost. S pomočjo bralne pismenosti podrobno razumejo nova besedila, s pomočjo informacijske pismenosti pa novo znanje vrednotijo in ga učinkovito uporabijo. Zaradi pomena digitalne pismenosti je treba spodbujati uporabo IKT v vseh življenjskih obdobjih (Grintal 2016a).

2.4. Uporaba IKT za komunikacijo

Starejšim ljudem je treba zagotoviti dostop do IKT ter izobraževanje in usposabljanje za uporabo (UMAR 2017). Uporaba in sprejemanje IKT med starejšimi ljudmi sta odvisna od njihove zmožnosti soočenja z različnimi izzivi in od podpore, ki jo pri tem prejemajo. Pri tem jim večinoma pomagajo

njihovi družinski člani (Dahms idr. 2016). Prav tako sta pomembna uporabnost in prepoznavanje prednosti IKT pri starejših ljudeh, saj bodo le tako želeli poznati in se IKT tudi naučili uporabljati (Grates idr. 2018). Spodbujanje starejših ljudi, ustrezna predstavitev uporabnosti IKT in pridobivanje pozitivnih izkušenj z informacijsko tehnologijo igrajo pomembno vlogo pri njihovem sprejemanju te tehnologije (Mitzner idr. 2019).

Stari ljudje informacijsko tehnologijo uporabljajo za pisanje besedila, iskanje informacij in komuniciranje z drugimi ljudmi (Grintal 2019), prav tako lahko izboljšajo svoje jezikovne in spominske sposobnosti, pridobivajo pomembne informacije, ki jim omogočajo sledenje raznovrstnim novostim, se lahko učijo in spoznavajo nove stvari, komunicirajo z drugimi in imajo zato občutek vključenosti v družbo. Starejši ljudje morajo pri iskanju informacij izbrati prave informacije, jih ustrezno razbrati ter ovrednotiti glede na njihove trenutne potrebe, kar krepi uporabo njihovih kognitivnih sposobnosti (Grintal 2016a). Uporaba IKT pri starejših ljudeh vpliva na njihov dnevni ritem in raznolikost vsakdanjika (Dahms idr. 2016).

S komuniciranjem s pomočjo IKT se starejši ljudje aktivno vključujejo v družbeno dogajanje, krepijo svoj socialni konvoj ter živijo bolj samostojno in neodvisno življenje. IKT jim namreč predstavlja orodje za ohranjanje stikov z ljudmi iz različnih socialnih okolij, kar je pomembno za pridobivanje novih idej in informacij. Prav tako s pomočjo IKT odkrivajo nova spoznanja in pridobivajo nove informacije, s katerimi oblikujejo svoj pogled na svet. Starejši ljudje so prepričani, da jim komuniciranje s pomočjo IKT omogoča razvoj socialnih spretnosti in krepitev socialnega kapitala, ki je potencial za socialno podporo in čustveno oporo v internetni socialni mreži (Grintal 2016b). IKT predstavlja pomembno orodje za dostop do informacij in priložnost za komunikacijo, ki lahko zmanjša socialno izključenost in osamljenost (Czaja idr. 2017).

3. Namen in cilji

Namen raziskovanja je proučiti uporabo IKT za komunikacijo med starejšimi ljudmi na območju MOL. Cilji raziskovanja so med starejšimi ljudmi na območju MOL ugotoviti dostopnost do IKT, njihovo digitalno pismenost in e-znanje, dostopanje do informacij s pomočjo IKT ter komuniciranje in učenje s pomočjo IKT. Prav tako smo ugotavljali razliko v ocenah zadovoljstva z uporabo IKT za komunikacijo glede na spol, povezanost med zadovoljstvom z uporabo IKT za komunikacijo in zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem starejših ljudi ter vpliv zadovoljstva z uporabo IKT za komunikacijo na aktivno staranje starejših ljudi.

Na podlagi teoretičnih izhodišč smo oblikovali tri raziskovalne hipoteze.

H1: Starejše ženske izražajo višje zadovoljstvo glede uporabe IKT za komunikacijo kot starejši moški iz MOL.

H2: Zadovoljstvo z uporabo IKT za komunikacijo je povezano z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem starejših ljudi iz MOL.

H3: Zadovoljstvo z uporabo IKT za komuniciranje vpliva na aktivno staranje starejših ljudi iz MOL.

4. Metode

Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Podatke smo zbrali z metodo anketiranja, rezultate prikazali z opisno statistiko in za preverjanje hipotez uporabili sklepno statistiko z uporabo t-testa, korelacijske in regresijske metode.

4.1. Opis instrumenta

Anketni vprašalnik je za namen raziskave sestavljen iz 23 področij, ki jih opredeljuje Strategija dolgožive družbe. Za našo raziskavo smo iz celotnega vprašalnika za analizo uporabili demografska vprašanja in trditve glede uporabe IKT za komunikacijo, pri katerih je bila za ocenjevanje zadovoljstva uporabljena lestvica intervalnega tipa z vrednostmi od 1 do 5, kjer je 1 pomenilo visoko nezadovoljstvo in 5 visoko zadovoljstvo z uporabo IKT za komuniciranje.

4.2. Opis vzorca

Izbrali smo neverjetnostno vzorčenje, v katerega smo vključili osebe starejše od 55 let, ki prebivajo na območju MOL. Anketne vprašalnike smo posredovali različnim organizacijam na območju MOL in razdelili neposredno osebam, ki so izpolnjevale pogoj starosti in bivališča v MOL. Anketni vprašalnik je prejelo 1.956 ljudi, od tega je bilo ustrezno izpolnjenih 597, kar predstavlja stopnjo odziva 30,5 %.

Vzorec ni uravnotežen glede na spol, saj ga sestavlja 81,4 % žensk in 18,6 % moških. Povprečna starost anketirancev je 68,1 leta. V vzorcu prevladujejo poročeni anketiranci (49,2 %), ki v gospodinjstvu živijo s partnerjem (36,2 %). 41,7 % anketirancev prihaja iz dvočlanskega gospodinjstva. 58,3 % anketirancev je z dokončano srednješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo. V vzorcu prevladujejo upokojeni (78,9 %), predvsem v kvartarnem sektorju zaposlitve (50,3 %), katerih mesečni dohodek je višji od 601 evrov (90,5 %). Največ anketirancev prebiva v Četrtni skupnosti Šentvid (17,1 %), sledijo anketiranci iz Četrtna skupnosti Bežigrad (15,6 %) ter Četrtna skupnosti Šiška (10,6 %). Preostalih 56,7 % anketirancev prihajajo iz ostalih 14 četrtnih skupnosti.

4.3. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Med junijem in septembrom 2020 smo zbirali podatke tako s spletnim kot klasičnim anketiranjem v vseh 17 četrtnih skupnostih MOL. Različnim organizacijam, ki delujejo na področju dela s starimi, smo posredovali povezavo na spletno anketo, ki so jo posredovali ljudem z izpolnjenim starostnim in bivanjskim pogojem. Nekatero organizacije so prejele klasične anketne vprašalnike, ki so jih razdelili svojim članom, ki so izpolnjevali starostni in bivanjski pogoj.

Podatke smo analizirali s pomočjo metod opisne in sklepne statistike. Zbrane podatke smo pregledali, vnesli ter jih analizirali s pomočjo statističnega programa SPSS, ver. 26. Hipoteze smo preverili z neodvisnim t-testom, Pearsonovo korelacijo in regresijsko analizo.

5. Rezultati

V tabeli 1 predstavljamo podatke o uporabi IKT za komunikacijo med starejšimi ljudmi iz MOL. Starejši ljudje so najbolj zadovoljni s svojim dostopanjem do informacij s pomočjo IKT ($M = 3,85$; $SD = 1,027$), sledi zadovoljstvo s komunikacijo z IKT s svojo družino in prijatelji ($M = 3,81$; $SD = 1,089$). Najnižje so anketiranci ocenili zadovoljstvo z vključenostjo v socialna omrežja ($M = 3,33$; $SD = 1,243$), prav tako so nekoliko manj zadovoljni z možnostjo učenja in izobraževanja s pomočjo IKT ($M = 3,41$; $SD = 1,195$). Anketiranci v povprečju izkazujejo zadovoljstvo z uporabo IKT za komunikacijo, skupna povprečna ocena zadovoljstva je 3,6.

Tabela 1: Uporaba IKT za komunikacijo

Ocena zadovoljstva	M	Me	Mo	SD
Z dostopnostjo do IKT in pokritostjo s širokopasovno povezavo	3,77	4,00	4	1,030
Z digitalno pismenostjo in e-znanjem	3,63	4,00	4	1,019
Z dostopanjem do informacij s pomočjo IKT	3,85	4,00	4	1,027
S komunikacijo z IKT z družino in prijatelji	3,81	4,00	4	1,089
Z vključenostjo v socialna omrežja (Facebook, Instagram)	3,33	3,00	3	1,243
Z možnostjo učenja in izobraževanja s pomočjo IKT	3,41	3,00	3	1,195

Legenda: M – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Iz podatkov v tabeli 2 so razvidne razlike v ocenah zadovoljstva z uporabo IKT za komunikacijo glede na spol. Ugotovimo lahko, da so anketiranke najbolj zadovoljne s komunikacijo z IKT s svojo družino in prijatelji (M = 3,85; SD = 1,032) in z dostopanjem do informacij s pomočjo IKT (M = 3,84; SD = 1,054). Najnižje zadovoljstvo so anketiranke izrazile z vključenostjo v socialna omrežja (M = 3,41; SD = 1,280) in možnostjo učenja in izobraževanja s pomočjo IKT (M = 3,46; SD = 1,132). Nekoliko drugače izražajo svoje zadovoljstvo anketiranci, najbolj so zadovoljni z dostopanjem do informacij s pomočjo IKT (M = 3,89; SD = 0,922) ter z dostopnostjo do IKT in pokritostjo s širokopasovno povezavo (M = 3,81; SD = 0,950). Ocene zadovoljstva se pri anketirankah višje pri zadovoljstvu z digitalno pismenostjo in e-znanjem, s komunikacijo z IKT z družino in prijatelji, z vključenostjo v socialna omrežja ter z možnostjo učenja in izobraževanja s pomočjo IKT. Pri ocenah zadovoljstva z dostopnostjo do IKT in pokritostjo s širokopasovno povezavo ter dostopanjem do informacij s pomočjo IKT višje vrednosti ocen beležimo pri anketirancih. Ugotavljamo, da so anketiranke statistično značilno bolj zadovoljne z vključenostjo v socialna omrežja kot starejši moški (p = 0,003), a statistične značilnosti pri ostalih ocenah s 5-odstotnim tveganjem ne moremo potrditi. Zato hipoteze 1, da starejše ženske izražajo višje zadovoljstvo glede uporabe IKT za komunikacijo kot starejši moški iz MOL, ne moremo potrditi.

Tabela 2: Zadovoljstvo anketirancev z uporabo IKT za komunikacijo glede na spol

Ocena zadovoljstva	M		SD		p
	Ž	M	Ž	M	
Z dostopnostjo do IKT in pokritostjo s širokopasovno povezavo	3,75	3,81	1,051	0,950	0,313
Z digitalno pismenostjo in e-znanjem	3,64	3,59	1,045	0,919	0,360
Z dostopanjem do informacij s pomočjo IKT	3,84	3,89	1,054	0,922	0,346
S komunikacijo z IKT z družino in prijatelji	3,85	3,67	1,032	1,285	0,091
Z vključenostjo v socialna omrežja (Facebook, Instagram)	3,41	3,04	1,280	1,042	0,003
Z možnostjo učenja in izobraževanja s pomočjo IKT	3,46	3,22	1,132	1,405	0,057

Legenda: M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, P – stopnja tveganja α , Ž – ženske, M – moški.

Vir: Lastna raziskava 2020.

V tabeli 3 so prikazani podatki o zdravju anketirancev. Razvidno je, da so anketiranci najvišje vrednotijo zadovoljstvo s svojim duševnim zdravjem ($M = 4,04$; $SD = 0,918$), sledita zadovoljstvo s splošnim zdravstvenim stanjem ($M = 3,71$; $SD = 0,875$) in zadovoljstvo s fizičnim zdravjem ($M = 3,67$; $SD = 0,889$). Ocenjujemo, da so anketiranci iz MOL na splošno zadovoljni z zdravjem, saj je splošna ocena zdravja 3,8.

Tabela 3: Zdravje anketirancev

Zdravje	M	Me	Mo	SD
Zadovoljstvo s splošnim zdravstvenim stanjem in zdravjem	3,71	4,0	4,0	0,875
Zadovoljstvo s fizičnim (telesnim) zdravjem	3,67	4,0	4,0	0,889
Zadovoljstvo z duševnim zdravjem	4,04	4,0	5,0	0,918

Legenda: M – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Rezultati v tabeli 4 prikazujejo vrednosti Pearsonovega koeficienta korelacije in statistično značilno povezanost med spremenljivkama »zadovoljstvo z uporabo IKT za komunikacijo« in »zdravstveno, finančno in materialno stanje« anketirancev. Rezultati izkazujejo, da je povezanost med spremenljivkama pozitivna in zmerna ($r = 0,544$) in tudi statistično značilna ($Sig. = 0,000$). Skladno s tem lahko hipotezo 2, da je zadovoljstvo z uporabo IKT za komunikacijo povezano z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem starejših ljudi iz MOL, potrdimo.

Tabela 4: Povezanost zadovoljstva z uporabo IKT za komunikacijo z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem anketirancev

		Zadovoljstvo z uporabo IKT za komunikacijo	Zadovoljstvo z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem
Zadovoljstvo z uporabo IKT za komunikacijo	Pearsonov koeficient korelacije	1	0,544
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	596	596
Zadovoljstvo z zdravstvenim, finančnim in materialnim stanjem	Pearsonov koeficient korelacije	0,544	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	596	596

Legenda: Sig. (2-tailed) – statistična značilnost oz. stopnja tveganja α , N – velikost vzorca.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Ker smo želeli ugotoviti vpliv zadovoljstva z uporabo IKT za komunikacijo na aktivno staranje anketirancev, v tabeli 5 najprej predstavljamo rezultate opisne statistike za zadovoljstvo z aktivnim staranjem v MOL. Rezultati kažejo, da so anketiranci najbolj zadovoljni s svojim prizadevanjem za aktivno staranje ($M = 3,73$; $SD = 0,789$), sledi zadovoljstvo z njihovim udejanjenjem aktivnega staranja ($M = 3,66$; $SD = 0,807$). Najslabše pa so anketiranci ocenili zadovoljstvo s prizadevanjem države za aktivno staranje posameznika in družbe ($M = 2,72$; $SD = 0,974$). Med nižjimi ocenami so

tudi ocene zadovoljstva s prizadevanjem lokalne skupnosti MOL za aktivno staranje posameznika ($M = 3,28$; $SD = 1,057$), s ponudbo storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL ($M = 3,36$; $SD = 0,983$), in s kakovostjo storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL ($M = 3,36$; $SD = 0,982$). Za regresijsko analizo smo v spremenljivko »aktivno staranje« združili s spremenljivkami »zadovoljstvo z vašim poznavanjem koncepta aktivnega staranja«, »zadovoljstvo z vašim prizadevanjem za aktivno staranje« in »zadovoljstvo z vašim udejanjenjem aktivnega staranja«.

Tabela 5: Zadovoljstvo z aktivnim staranjem anketirancev

Ocena zadovoljstva	M	Me	Mo	SD
S poznavanjem koncepta aktivnega staranja	3,50	4,00	4	0,931
S prizadevanjem za aktivno staranje	3,73	4,00	4	0,789
Z udejanjenjem aktivnega staranja	3,66	4,00	4	0,807
S prizadevanjem lokalne skupnosti MOL za aktivno staranje posameznika in družbe	3,28	3,00	3	1,057
S prizadevanjem države za aktivno staranje posameznika in družbe	2,72	3,00	3	0,974
Z zdravstvenim stanjem za aktivno staranje	3,57	4,00	4	0,813
S finančnim stanjem za aktivno staranje	3,40	3,00	3	0,981
Z materialnim stanjem za aktivno staranje	3,49	3,00	3	0,937
Z dostopnostjo do storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL	3,44	3,00	3	0,967
S ponudbo storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL	3,36	3,00	3	0,983
S kakovostjo storitev in programov, ki prispevajo in podpirajo aktivno staranje v MOL	3,36	3,00	3	0,982

Legenda: M – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SD – standardni odklon. V tabeli 6 so prikazani rezultati enostavne regresijske analize. V regresijskem modelu je spremenljivka »zadovoljstvo z uporabo IKT za komunikacijo« neodvisna spremenljivka, spremenljivka »aktivno staranje« pa odvisna spremenljivka. Rezultati potrjujejo statistično značilen vpliv zadovoljstva z uporabo IKT za komuniciranje na aktivno staranje ($\beta = 0,192$; $p = 0,000$). Skladno s tem lahko hipotezo 3, da zadovoljstvo z uporabo IKT za komuniciranje vpliva na aktivno staranje starejših ljudi iz MOL, potrdimo.

Tabela 6: Rezultati regresijske analize

Neodvisna spremenljivka	t	p	β koeficient	Standardna napaka β
Zadovoljstvo z uporabo IKT za komunikacijo	4,401	0,000	0,192	0,019
Odvisna spremenljivka: aktivno staranje				

Legenda: t – t -vrednost, P – stopnja tveganja α .

Vir: Lastna raziskava 2020.

6. Razprava

Informacijska doba in dolgoživa družba sprožata potrebo po odzivih družbe za aktivno staranje. Pri tem je pomembno, da se starejšim ljudem omogočijo priložnosti za aktivno participacijo v različnih družbenih aktivnostih, med drugim tudi za komuniciranje s pomočjo IKT. Rezultati raziskave kažejo na zadovoljstvo starejših ljudi iz MOL glede uporabe IKT za komunikacijo, pri čemer zaznavajo IKT kot pomembno orodje za pridobivanje informacij ter za komuniciranje s svojo družino in prijatelji. Pomen IKT za iskanje informacij in vira podpore so izpostavili že drugi raziskovalci (Nycyk in Redsell 2015; Grintal 2016b). Rezultati raziskave kažejo, da starejši ljudje iz MOL ne izražajo visokega zadovoljstva glede svojega vključevanja v socialna omrežja ter glede možnosti učenja in izobraževanja s pomočjo IKT. Pri tem se kaže potreba po motivaciji starejših ljudi za večjo uporabo socialnih omrežij ter večjo uporabo IKT za učenje in izobraževanje. Za dvig njihove motivacije za uporabo IKT je pomembno IKT prilagoditi njihovim potrebam in sposobnostim, predvsem pa je pomembno starejše ljudi podpreti pri premagovanju strahu, ki ga zaznavajo pred prvo uporabo IKT.

Grintal (2016b) v svoji raziskavi ugotavlja razliko v nameri učenja in komuniciranja s pomočjo IT, česar rezultati naše raziskave ne potrjujejo. Ugotavljamo le statistično razliko med spoloma glede vključevanja v socialna omrežja, razlik v dostopnosti do IKT, digitalni pismenosti in e-znanju, dostopnosti do informacij, komuniciranju z družino in prijatelji ter možnosti učenja in izobraževanja s pomočjo IKT pa ne potrjujemo.

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017) poudarja pomen zagotavljanja dostopa do IKT ter izobraževanja in usposabljanja starejših ljudi za uporabo IKT. S tega vidika se je pomembno vprašati, kaj motivira starejše ljudi, da se odločijo za učenje in uporabo IKT. Dahms idr. (2016) menijo, da so pomemben vir podpore starejšim ljudem v njihovem procesu učenja njihovi družinski člani. Vendar menimo, da je treba k motivaciji starejših ljudi za učenje in uporabo IKT pristopiti bolj celostno. Pri tem so pomembne tako institucije, ki učijo starejše ljudi uporabe IKT, kot širša družbena skupnost s podporo digitalizaciji. Pomembne so tudi organizacije, ki pokrivajo področje dela s starejšimi ljudmi, da jih v največji meri podprejo pri razvoju digitalne pismenosti.

Rezultati raziskave kažejo, da je za zadovoljstvo starejših ljudi iz MOL z uporabo IKT pomembno njihovo zdravstveno, finančno in materialno stanje, s čimer dopolnjujemo ugotovitve Dahmsa idr. (2016), ki so uporabo in sprejemanje IKT pri starejših povezovali z njihovimi zmožnostmi spoprijemanja z različnimi izzivi in prejeto podporo. Starejši ljudje morajo poleg svojih sposobnosti in ustrezne podpore imeti tudi ustrezna finančna in materialna sredstva ter se počutiti zdrave. Tako se bodo počutili dovolj kompetentne, da se učijo uporabljati IKT in jo kasneje tudi uporabljajo za komuniciranje, s tem pa krepijo aktivno staranje.

Koncept aktivnega staranja zagotavlja starejšim ljudem zdravo življenje in možnost sodelovanja v družbi. Starejši ljudje v MOL so s svojim poznavanjem, prizadevanjem in udejanjenjem aktivnega staranja zadovoljni, bi si pa želeli nekoliko večje udejstvovanje za aktivno staranje na državni ravni ter večje prizadevanje lokalne skupnosti s kakovostno ponudbo storitev in programov za krepitev aktivnega staranja. Z raziskavo ugotavljamo, da na aktivno staranje v MOL vpliva zadovoljstvo starejših ljudi z uporabo IKT za komuniciranje. To povezujemo s tem, da starejši ljudje s pomočjo IKT izboljšajo svojo digitalno pismenost, ki je pomembna kompetenca v vseh obdobjih človekovega življenja. Kot ugotavlja Grintal (2016a), starejši ljudje s pomočjo IKT pridobivajo nova znanja in nove informacije, se vključujejo v družbeno dogajanje, razvijajo socialne spretnosti in krepijo socialni kapital. Zato je potrebno na območju MOL motivirati starejše ljudi za učenje IKT, da bodo znali to orodje samostojno in varno uporabljati, torej razviti digitalno pismenost ter s tem krepiti svojo socialno vključenost.

7. Zaključek

Sledenje tehnološkemu razvoju in digitalizacija družbe sta pomembni nalogi tako družbe kot posamezne lokalne skupnosti. Zato je pomembno starejše ljudi motivirati za učenje in uporabo IKT in jim prilagoditi tako proces učenja kot samo uporabo IKT. Starejši ljudje se soočajo z dilemo, ali vstopiti v ta proces učenja in uporabe IKT, zato je pri tem ključnega pomena podpora njihovih bližnjih in institucij, ki delujejo na področju dela s starejšimi. Na lokalni in državni ravni pa je treba poskrbeti za ustrezno dostopnost in pokritost s širokopasovno povezavo ter podpreti programe, s katerimi se bosta krepila razvoj digitalne pismenosti in e-znanje starejših ljudi. Ta digitalna znanja jim namreč omogočajo pridobivanje informacij, komuniciranje, opravljanje različnih storitev, kritično razmišljanje in krepitev njihovega socialnega kapitala.

Literatura

- Anderson, Monica in Andrew Perrin. 2017. *Tech Adoption Climbs Among Older Adults: Technology Use Among Seniors*. Pew Research Center. Dostopno na: https://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/14/2017/05/16170850/PI_2017.05.17_Older-Americans-Tech_FINAL.pdf (3. september 2020).
- Czaja, Sara J., Walter R Boot, Neil Charness, Wendy A Rogers in Joseph Sharit. 2017. Improving social support for older adults through technology: findings from the PRISM randomized controlled trial. *The Gerontologist* 58(3): 467–477.
- Dahms, Rebeca, Marten Haesner in Elisabeth Steinhagen-Thiessen. 2016. Who supports older adults with ICT usage? *The Gerontologist* 56(3): 659–660.
- Foster, Liam in Alen Walker. 2014. Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist* 55(1): 1–8.
- Grates Miriam G, Ann-Christin Heming, Marina Vukoman, Peter Schabsky in Jonas Sorgalla. 2018. New Perspectives on User Participation in Technology Design Processes: An Interdisciplinary Approach. *The Gerontologist* 59(1): 45–57.
- Grintal, Barbara. 2016a. Povezanost informacijske in bralne pismenosti. V *Zbornik znanstvenih in strokovnih prispevkov*, ur. Tatjana Devjak in Igor Saksida, 21–33. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Grintal, Barbara. 2016b. *Vpliv komuniciranja z uporabo informacijske tehnologije na socialni konvoj starejših ljudi*. Doktorska disertacija. Maribor: Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor.
- Grintal, Barbara. 2019. Informacijska pismenost starih ljudi v Sloveniji. V *Zbornik prispevkov*, ur. Maja Zalokar, 19–20. Kranj: B & B Visoka šola za trajnostni razvoj.
- Michael Nycyk in Margaret Redsell. 2015. Older adults' understandings of social inclusion: Views from a healthy ageing community program. *Journal of Social Inclusion* 6(2): 77–91.
- Mitzner, Tracy L., Jyoti Savla, Walter R. Boot, Joseph Sharit, Neil Charness, Sara J. Czaja in Wendy A. Rogers. 2019. Technology Adoption by Older Adults: Findings From the PRISM Trial. *The Gerontologist* 59(1): 34–44.
- Naud, Daniel, Melissa Genereux, Jean-Francois Bruneau, Aline Alauzet in Melanie Levasseur. Social participation in older women and men: differences in community activities and barriers according to region and population size in Canada. *BMC Public Health* 19(1). Dostopno na: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7462-1> (4. september 2020).
- Phansuea, Phenphop, Sookjaroen Tangwongchai, Thanapoom Rattananupong, Vitoool Lohsoonthorn in Somrat Lertmaharit. 2020. Effectiveness of a Qigong program on sleep quality among community-dwelling older adults with mild to moderate depression: A randomized controlled trial. *Journal of Health Research* 34 (4): 305–315.
- Statistični urad RS [SURs]. 2020a. Digitalna družba. Dostopno na: https://pxweb.stat.si/SiStatDb/pxweb/sl/20_Ekonomsko/20_Ekonomsko__23_29_informacijska_druzba__95_uporaba_inter_arhiv/?tablelist=true (4. september 2020).
- Statistični urad RS [SURs]. 2020b. Kazalniki dohodka, revščine in socialne izključenosti, Slovenija, 2019. Dostopno na <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8895> (4. september 2020).
- Touzery Hvalič, Simona. 2010. Nove perspektivne daljše udeležbe na trgu delovne sile v Sloveniji in na Hrvaškem. *Kakovostna starost* 13(3): 60–63.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije.
- World Health Organization [WHO]. 2002. *Active Ageing: a policy framework*. Madrid: World Health Organization.

Prostovoljno delo starejših v Mestni občini Ljubljana kot priložnost za aktivno staranje

Voluntary work of the elderly in the City of Ljubljana as an opportunity for active ageing

Vilko Kolbl, mag.

Gerontološko društvo Slovenije

dr. Nikolaj Lipič, viš. pred.

Gerontološko društvo Slovenije

Povzetek

Uvod: Prostovoljno delo, ki na eni strani vključuje starejše in na drugi nudi prostovoljske storitve, programe in oblike pomoči za starejše, vzpostavlja družbo, opredeljeno na paradigmi humanosti in medgeneracijskega sožitja. Namen prispevka je preučiti vključenost starejših iz Mestne občine Ljubljana (MOL) v različne oblike prostovoljnega dela ter preučiti zadovoljstvo starejših z vključenostjo v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL.

Metode: Raziskavo smo v MOL izvajali v letu 2020. Sodelovalo je skupaj 396 starejših (315 žensk in 81 moških), starih 55 let in več. Podatke smo zbirali z anketiranjem. Za preverjanje hipotez smo uporabili analizo neodvisnega t-testa in ANOVA.

Rezultati: Ugotavljamo, da so razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL statistično značilne glede na izobrazbo, status aktivnosti in višino dohodka. Razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik

pomoči za starejše v MOL so statistično značilne glede na izobrazbo in višino dohodka. Razlike v zadovoljstvu s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL so statistično značilne le glede na višino dohodka.

Razprava: Promocijo prostovoljnega dela med starejšimi v MOL bo treba v prihodnje usmeriti v krepitev vključenosti starejših. Na področju dostopnosti, ponudbe in kakovosti prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL se je treba bolj proaktivno odzivati na potrebe starejših. Tudi v kriznih obdobjih, kot je čas novega koronavirusa.

Ključne besede: prostovoljno delo, vključenost, aktivno staranje, lokalno okolje, Mestna občina Ljubljana.

Abstract

Introduction: Volunteering including the elderly on one hand and offering voluntary services, programs and forms of assistance to the elderly on the other, establishes a society defined on the Paradigm of Humanity and intergenerational coexistence. The purpose of the paper is to examine involvement of the elderly from the City of Ljubljana (COL) in various forms of voluntary work and to examine satisfaction of the elderly with involvement in voluntary work, accessibility, offer and quality of voluntary services, programs and forms of assistance for the elderly.

Methods: Research was conducted in 2020, in the City of Ljubljana. A total of 396 seniors (315 women and 81 men) aged 55 years and over participated. Data was collected using surveys. Independent t-test analysis and ANOVA were used to test hypotheses.

Results: Differences in satisfaction with inclusion of the elderly in various forms of voluntary work in the City of Ljubljana are statistically significant in terms of education, activity status and income level. Differences in satisfaction with access to voluntary services, programs and aid scheme for the elderly in the City of Ljubljana are statistically significant in terms of education and income. Differences in satisfaction with offer and quality of voluntary services, programs and forms of assistance for the elderly in the City of Ljubljana, are statistically significant only in terms of income.

Discussion: Promotion of voluntary work among the elderly in the City of Ljubljana should be focused on increasing their involvement in the future. Accessibility, offer and quality of voluntary services, programs and forms of assistance for the elderly in the City of Ljubljana should respond more proactively to the needs of the elderly. Even in recent times of crisis such as the coronavirus disease.

Key words: voluntary work, inclusion, active ageing, local environment, the City of Ljubljana.

1. Uvod

Prostovoljno delo je eden izmed dejavnikov aktivnega staranja, saj pomeni družbeno participacijo in vključenost posameznika v okolje. Seveda ima prostovoljno delo učinke tudi na nivoju intenzivnosti in kakovosti aktivnega staranja, kar se odraža v psihosocialnem počutju, fizičnem in duševnem zdravju, zadovoljstvu z življenjem, (samo)potrjevanju v okolju, vključenosti in sprejetosti v okolju in širjenju socialne mreže.

Sodoben način življenja je vse pre pogosto determiniran z individualizmom, v ospredje postavlja samorefleksijo posameznika in njegov odziv na impulze okolja, kar pa v določenih pogledih pomeni odmik od načel socialnega dela, ki krepi človeško subtilnost in usmerja pogled v družbo, z namenom, da identificira posameznika ali skupino ljudi, potrebnih pomoči in podpore. In v tem delu se še posebej prepozna potreba po prostovoljnem delu, ki v času povečanega zdrsa starejših v revščino, socialne izključenosti, neenakosti v zdravju in omejene dostopnosti do socialnovarstvenih storitev pridobiva pomen v sodobnem neoliberalnem in zaostrenem kapitalističnem pogledu na svet.

Prispevek prostovoljstva k aktivnem staranju je opredelila tudi Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017), v tretjem stebru, ki si prizadeva za povečanje vključenosti v družbo z medgeneracijskim sodelovanjem, prostovoljstvom, uporabo IKT za komunikacijo, preprečevanjem diskriminacije in nasilja v družbi ter političnim udejstvovanjem. Vizija Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017, 28) je »oblikovanje družbe in sistemov, ki bodo v spremenjenih demografskih razmerah vsem zagotavljali blaginjo in kakovostno življenje. Poudarjeni so medgeneracijsko sodelovanje in udejstvovanje vseh generacij v družbi ter zavedanje pomena kakovostnega staranja«.

Zakon o prostovoljstvu (ZProst 2015, 2. člen) opredeljuje, da je »prostovoljstvo družbeno koristna brezplačna aktivnost posameznikov, ki s svojim delom, znanjem in izkušnjami prispevajo k izboljšanju kakovosti življenja posameznikov in družbenih skupin ter k razvoju solidarne, humane in enakopravne družbe«. Prostovoljsko delo po UMAR (2017, 57) »prispeva k vključenosti starejših v družbo in k delovanju širše družbene skupnosti. Starejšim omogoča uporabo zmožnosti, razvoj novih znanj, širjenje socialne mreže, krepitev družbenega statusa, preprečevanje osamljenosti in izolacije ter večje medgeneracijsko povezovanje. Posamezniku pa nudi tudi možnost, da izrazi svojo ustvarjalnost«.

2. Teoretična izhodišča

Število starejših se bo po napovedih demografskih projekcij v prihodnjih desetletjih povečevalo, staranje družbe postaja izziv gospodarstvu ter zdravstvenim in socialnim sistemom (Flenert idr. 2019). Prostovoljstvo med starejšimi postaja vse bolj pomembno za premagovanje izzivov, ki so posledica staranja prebivalstva (Simonson idr. 2014). Naraščajoča pozornost prostovoljstvu starejših izhaja iz njegovega potenciala, ki prispeva tako družbi kot tudi samim prostovoljcem. Potrebno se je zavedati, da se je zaradi napredne medicine zdravstveno stanje starejših v zadnjih desetletjih podaljšalo in izboljšalo, zato so starejši bolj aktivni in neodvisni (Spijker in MacInnes 2013). Prav zato zdravi in aktivnejši starejši predstavljajo vse večji vir človeškega in socialnega kapitala, ki ga lahko izkoristimo s prostovoljstvom (Choi idr. 2007; Morrow-Howell 2010). Naraščajoče število aktivnih in zdravih starejših ponuja nove priložnosti tudi na področju prostovoljstva, ki je v širšem kontekstu staranja družbe prepoznano kot obetaven pristop, ki pozitivno prispeva družbi in posameznikom (Flenert idr. 2019). Napovedano pomanjkanje delovne sile v prihodnosti bo povečalo povpraševanje po prostovoljcih (Choi idr. 2007). Prostovoljstvo predstavlja potencial za prispevanje k družbenemu razvoju (Butler 2002). Vse to so izzivi dolgožive družbe, kjer je treba ovrednotiti učinke prostovoljstva starejših na vseh ravneh družbenega življenja.

Prostovoljno delo je tisto delo, za katerega se ljudje odločajo sami, prostovoljno, da lahko koristijo drugim in zanj ne prejema plačila. Prostovoljno delo pa ne prinaša koristi le prejemnikom pomoči, temveč se z njim bogatijo tako skupnost kot tudi sami prostovoljci. Prejemnikom izpolnjuje specifične potrebe in odpravlja nezadovoljstvo. V skupnosti prostovoljno delo krepi solidarnost in medsebojno povezanost ljudi, s čimer se krepi socialna kohezivnost družbe. Prostovoljcem pa se učinki kažejo v večjem zaupanju vase in socialni odgovornosti, novo pridobljenih znanjih, izkušnjah in razvitih socialnih spretnostih, široki socialni mreži znancev in prijateljev (Gril 2007, 1).

Prostovoljno delo je oblika pomoči, za katero se posameznik odloči sam iz določenega osebnega vzgiba, ga opravlja v svojem prostem času, z namenom, da pomaga drugim, pri čemer za delo ne prejema plačila. Prostovoljstvo nudi vitalno pomoč ljudem, ki jo potrebujejo, toda koristi so lahko velike tudi za samega prostovoljca (Segal in Robinson 2019). Gril (2007) dodaja, da prostovoljno delo ne prinaša koristi le prejemnikom pomoči, temveč tudi skupnostim in samim prostovoljcem. Je ena od osnovnih poti odzivanja civilne družbe na potrebe v njej in ustvarja možnosti aktivnega delovanja državljanov v družbi (Makovec 2015). Prostovoljstvo je opredeljeno kot dejavnost, ki je neplačana in zahteva delo za družbeno korist skupnosti na splošno, njenih posameznikov ali določenih podskupin skupnosti, na primer starejših oseb (Davis Smith 2004).

Prostovoljstvo pomaga zmanjšati stres in širiti mrežo prijateljstva v skupnosti, prispeva k usvajanju novih veščin, napredovanju v karieri in varovanju duševnega in fizičnega zdravja (Segal in Robinson 2019). Prostovoljsko delo ima velik pomen za razvoj in prihodnost, saj prispeva k razvijanju obstoječih sistemov, socialnemu in drugemu napredku družbe, k razvijanju vrednot solidarnosti in bolj povezani, humani, stabilnejši in uspešnejši družbi oziroma družbeni blaginji (Tomašič 2014). Prostovoljstvo ima velik pomen za skupnost, ker izboljšuje kakovost življenja v družbi, brani interese posameznikov in skupin, ki so ogroženi, prikrajšani, potisnjeni ob rob in izključeni (Makovec 2015).

Von Bonsdorff in Rantanen (2011) z raziskavo pokažeta, da je prostovoljstvo pozitivno povezano z dobrim počutjem starejših prostovoljcev, ni pa še povsem jasno, ali prostovoljstvo prispeva k zdravju starejših in ali so zdravi ljudje bolj verjetno vključeni v prostovoljske dejavnosti. Natančni mehanizmi in procesi, ki povezujejo prostovoljstvo in zdravje starejših, pa niso bili dovolj raziskani in so lahko zelo zapleteni (Warburton 2006).

Prostovoljstvo je na ravni posameznika opredeljeno glede na njegovo intenzivnost (porabljeni čas za prostovoljno delo), raznolikost (število organizacij, v katerih so opravljali prostovoljno delo) in

doslednost (kako redno prostovoljsko delo izvajajo posamezni prostovoljci v svoji celotni življenjski dobi). Formalno prostovoljstvo običajno usklajujejo agencije, neprofitne in verske organizacije ali različni vladni programi, ki pokrivajo širok obseg dejavnosti (Musick in Wilson 2003). Neformalno prostovoljstvo pa se pogosto izvaja kot pomoč in skrb za bližnje sorodnike, prijatelje ali sosede. Občutek obveznosti razlikuje formalno in neformalno prostovoljstvo, saj je ta občutek pogosto močnejši pri neformalnem kot pri formalnem prostovoljstvu, kjer je prostovoljstvo bolj odvisno od sposobnosti in priložnosti prostovoljca (Wilson in Musick 1997). Zato je uspešnost prostovoljstva še kako odvisna od mentorstva, usposobljene pomoči, svetovanja in javne varnosti (Morrow-Howell idr. 2009).

Hustinx idr. (2010) formalno prostovoljstvo opredeljujejo na štirih ravneh: (1) prosta volja (prostovoljstvo je svobodna izbira in gre za prostovoljno dejanje), (2) plačilo (prostovoljno delo ne ponuja denarnega nadomestila, delo ni plačano, povrnejo se morda le nastali stroški), (3) predvideni upravičenci (neplačano delo oziroma neobvezna pomoč uporabnikom), (4) struktura (prostovoljstvo se mora izvajati v nekem organizacijskem kontekstu, kjer organizacija opredeli vsebino prostovoljnega dela, oblikuje naloge in nekatera pričakovanja do prostovoljca, pripravlja načrte, zaposluje, izobražuje in vodi prostovoljce).

Hansen in Slagsvold (2020) napovedujeta, da bo staranje baby boom generacije zagotavljalo velik potencial za prostovoljsko delo v neprofitnem sektorju. Na podlagi podatkov iz tretjega (2017) vala norveške študije življenjskega cikla, staranja in generacij (N = 2.993; starost 53–71 let) ugotavljata, da je že vključen precejšen delež vzorca (65–68 % v zadnjem letu) in približno polovica prostovoljcev (od 58 % med najmlajšimi do 43 % med najstarejšimi) je izrazila interes za prostovoljstvo. Vendar je večina prostovoljcev občasnih in manj kot polovica prostovoljcev sodeluje tedensko. Poleg tega se nakazuje, da večina prostovoljcev, ki je izrazila zanimanje, verjetno ne bo uresničila svojega interesa, saj hkrati poročajo o pomembnih motivacijskih ovirah in ovirah, povezanih s sposobnostmi za prostovoljstvo. Zato je nadaljnji izziv neprofitnih organizacij v mobilizaciji »boomerjev« s prilagojenimi in prožnimi oblikami prostovoljskega sodelovanja.

In kakšno je stanje v Sloveniji? Oblika prostovoljnega socialnega dela ali prostovoljstvo je dalj časa znano tudi v slovenskem prostoru. Prostovoljstvo je v današnjih družbenih razmerah najuspešnejši način za razvijanje človeške solidarnosti, ki pa je temeljna sposobnost za vsako medčloveško sožitje. Je tudi sočutje z drugim človekom, sodoživljanje z njegovim doživljanjem, vživljanje v njegovo stanje in položaj (Ramovš 2007).

Hujejrovič (2016) z rezultati raziskave pokaže, da starejši v Sloveniji zagotovo predstavljajo socialni kapital glede na dolžino prostovoljnega delovanja in čas, ki ga temu namenijo. Med motivi za vključevanje v prostovoljno delo prevladujejo altruistični. Vključujejo se zaradi vrednot, socialnih odnosov, razumevanja, osebne rasti, pa tudi zaradi verskih prepričanj. Koristi, ki jih zaznavajo pri prostovoljnem delovanju, so povezane z boljšim psihosocialnim počutjem. Njihovo motivacijo vzdržujejo tako notranje kot zunanje nagrade. V prostovoljske aktivnosti se pogosteje vključujejo ženske in mlajši starejši. Na večje vključevanje vplivajo višja izobrazba in večja stopnja funkcionalne mobilnosti oziroma boljše gibalno in duševno zdravje. Pomoč otrokom oziroma vnukom ali sosedom ne omejuje starejših pri prostovoljnem delovanju.

Prostovoljno delo starejših, ki imajo veliko znanja in izkušenj, je potrebno razširiti v številne institucije, ki vključuje različne ranljive skupine, npr. v institucije na področju zdravstvenega in socialnega varstva. Mikuš-Kos (1996) v svojih ugotovitvah izpred dveh desetletij in pol, ki so aktualne še danes, izpostavlja, da prostovoljno delo v bolnišnicah in socialnih zavodih znatno prispeva h kakovosti življenja bolnikov in varovancev ter da uvajanje prostovoljcev v zavode poseže v socialno tkivo teh ustanov, zato je treba skrbno pripraviti prostovoljce, zaposlene in uporabnike teh storitev. Pogoj za kakovostno delovanje prostovoljcev je dobra organizacija njihovega dela z jasno opredeljenimi

nalogami, usposabljanjem in supervizijo njihovega dela, spoštljiv in sodelujoč odnos zaposlenih do prostovoljcev in skrb za motivacijo prostovoljcev.

Kapital starejših je treba izkoristiti v različnih prostovoljskih akcijah in projektih. Eden odmevnejših in uspešnejših v slovenskem prostoru je bil, kot ugotavlja Bračun Sova (2009), sodobni model izobraževanja starejših odraslih v muzejih, ki je na konceptualni ravni povezoval izkustveno znanje starejših z nesnovno obliko kulturne dediščine in prostovoljstvom. Namen projekta je bil spodbuditi in razviti prostovoljno delo starejših odraslih v muzejih, narediti izobraževanje starejših družbeno vidno in koristno ter zaokroženo v delo prostovoljnih kulturnih mediatorjev v muzejih. Po tem modelu so se starejši izobraževali tematsko in namensko za prostovoljno delo v muzeju, muzejski delavci pa za razumevanje narave in vrednot prostovoljstva, za pripravljenost na spremembo in ustvarjanje novih muzejskih prostovoljskih vlog za starejše.

3. Namen in cilj

Namen prispevka je preučiti vključenost starejših iz MOL v različne oblike prostovoljnega dela ter zadovoljstvo z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL.

Za preverjanje zadovoljstva z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL smo si zastavili štiri hipoteze:

H1: Med starejšimi iz MOL obstajajo glede na spol razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL.

H2: Med starejšimi iz MOL obstajajo glede na stopnjo izobrazbe razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL.

H3: Med starejšimi iz MOL obstajajo glede na status aktivnosti razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL.

H4: Med starejšimi iz MOL obstajajo glede na višino dohodka razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL.

4. Metode

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop. Podatke za empirično raziskavo smo zbirali z metodo anketiranja in analizirali z metodami deskriptivne in inferenčne statistike (neodvisni t-test in ANOVA).

4.1. Opis instrumenta

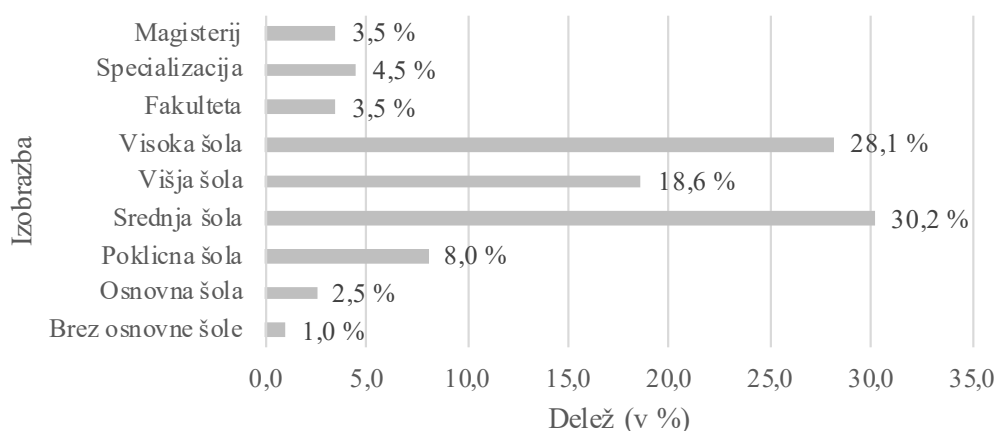
Na osnovi izhodišč Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017) smo za zbiranje podatkov oblikovali lasten anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz 23 sklopov. V prispevku smo uporabili le dva sklopa, in sicer socialnodemografske podatke (spol, izobrazba, status aktivnosti, višina dohodka) in zadovoljstvo s prostovoljnim delom v MOL (sedem trditev). Anketiranci so svojo naklonjenost do trditev izrazili na petstopenjski intervalni lestvici, kjer je 1 pomenilo »zelo nezadovoljen« in 5 »zelo zadovoljen«.

4.2. Opis vzorca

Raziskavo smo izvajali v MOL, v kateri je skupaj v vseh 23 sklopih sodelovalo 597 starejših občanov (486 anketirank: 81,4 %; 111 anketirancev: 18,6 %), ki so bili stari 55 let in več. Kot omejitev raziskave je treba izpostaviti spolno neuravnoteženost vzorca, saj se je za sodelovanje v raziskavi, ki smo jo izvajali v različnih nevladnih organizacijah v MOL, odločilo več žensk. Povprečna starost anketirancev je 68,07 leta (SD = 7,811).

V delu raziskave, ki se osredotoča na zadovoljstvo starejših s prostovoljnim delom v MOL, je sodelovalo 396 anketirancev. Spolna struktura je neuravnotežena, saj je bilo vključenih 79,5 % žensk in 20,5 % moških.

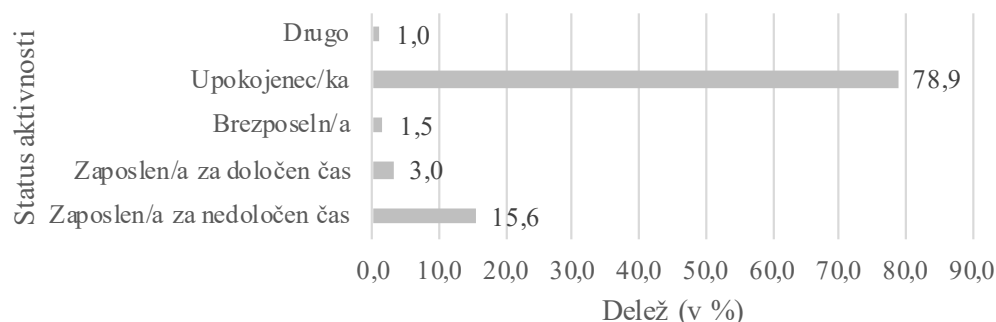
Izobrazbena struktura anketirancev na sliki 1 kaže, da ima 30,2 % anketirancev pridobljeno srednješolsko izobrazbo, 28,1 % visokošolsko, 18,6 % višješolsko in 8 % poklicno izobrazbo. Specializacijo ima 4,5 % anketirancev, fakultetno in magistrsko izobrazbo pa 3,5 % anketirancev. Osnovno šolo ima zaključenih 2,5 % anketirancev in brez osnovne šole je 1 % anketirancev.



Slika 1: Izobrazbena struktura anketirancev

Vir: Lastna raziskava 2020.

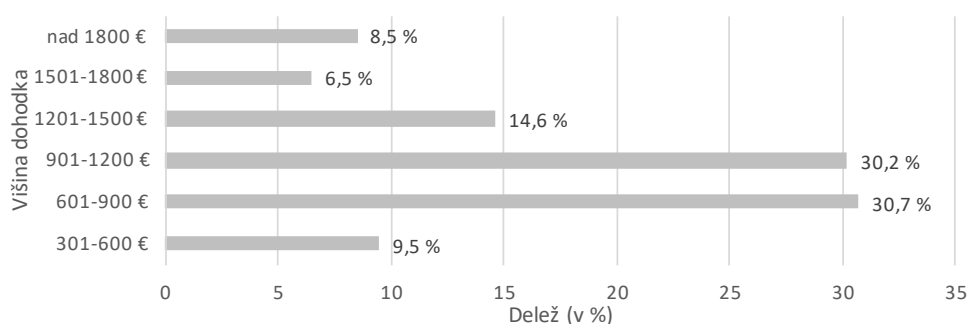
Strukturo anketirancev glede na status aktivnosti prikazuje slika 2, iz katere je razvidno, da je 78,9 % anketirancev upokojenih, 15,6 % zaposlenih za nedoločen in 3 % za določen čas. Le 1,5 % anketirancev je brezposelnih in 1 % se jih je glede statusa aktivnosti opredelilo za drugo.



Slika 2: Struktura anketirancev glede na status aktivnosti

Vir: Lastna raziskava 2020.

Slika 3 prikazuje strukturo anketirancev glede na višino dohodka, iz katere vidimo, da ima 30,7 % anketirancev dohodek med 601 in 900 evri, 30,2 % med 901 in 1200 evri ter 14,6 % med 1201 in 1500 evri. 9,5 % anketirancev ima dohodek med 301 in 600 evri, 8,5 % nad 1800 evri ter 6,5 % med 1501 in 1800 evri.



Slika 3: Struktura anketirancev glede na višino dohodka

Vir: Lastna raziskava 2020.

4.3. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Spletno in fizično zbiranje podatkov z anketiranjem je potekalo v poletnih mesecih leta 2020. Upoštevali smo anonimnost anketirancev in prostovoljno sodelovanje v raziskavi. Raziskava temelji na vseh sodobnih etičnih standardih raziskovanja, še posebej na Kodeksu etičnih načel v socialnem varstvu. Podatke smo obdelali s programom SPSS.

5. Rezultati

5.1. Zadovoljstvo z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL

Naklonjenost do štirih trditev na petstopenjski intervalni lestvici (1 – zelo nezadovoljen; 5 – zelo zadovoljen) o zadovoljstvu starejših s prostovoljnim delom v MOL je izrazilo 396 anketirancev. Rezultate smo prikazali v tabeli 1. Anketiranci so izrazili najvišje zadovoljstvo »z vključenostjo starejših v MOL v različne oblike prostovoljnega dela v MOL« (M = 3,13; SD = 1,070), sledi zadovoljstvo »s kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL« (M = 3,08; SD = 1,123). Nekoliko manjše zadovoljstvo anketiranci izražajo »z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL« (M = 3,07; SD = 1,370). Najmanj so anketiranci zadovoljni »s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL« (M = 3,06; SD = 1,114).

Tabela 1: Zadovoljstvo z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL

Zadovoljstvo	N	M	SD
Z vključenostjo starejših v MOL v različne oblike prostovoljnega dela v MOL	396	3,13	1,070
Z dostopnostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	396	3,07	1,370
S ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	396	3,06	1,114
S kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	396	3,08	1,123

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.2. Zadovoljstvo starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih

V tabeli 2 predstavljamo zadovoljstvo anketirancev iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih. Ugotavljamo, da so anketiranci najbolj zadovoljni, da so aktivni člani oziroma članice lokalne organizacije ali kluba, npr. na področju športa, kulture, v društvu upokojencev ipd. ($M = 2,93$; $SD = 1,505$). Sledi zadovoljstvo s tem, da anketiranci pomagajo lokalnim skupnostim kot prostovoljci vsaj enkrat tedensko ($M = 2,49$; $SD = 1,445$). Najnižje zadovoljstvo anketirancev beležimo pri aktivnem članstvu v humanitarnih ali invalidskih organizacijah, npr. Karitas, Rdeči križ ipd. ($M = 2,34$; $SD = 1,685$).

Tabela 2: Zadovoljstvo starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih

Zadovoljstvo	N	M	SD
Lokalnim skupnostim pomagam kot prostovoljec/ka vsaj enkrat tedensko	396	2,49	1,445
Sem aktiven član/ica humanitarne ali invalidske organizacije (npr. Karitas, Rdeči križ ...)	396	2,34	1,685
Sem aktiven član/ica lokalne organizacije ali kluba (šport, upokojenci, kultura ...)	396	2,93	1,505

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.3. Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL glede na spol, izobrazbo, status aktivnosti in višino dohodka

V tabeli 3 predstavljamo rezultate zadovoljstva anketirank in anketirancev z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL. Ugotavljamo, da so anketiranke v primerjavi z anketiranci bolj zadovoljne z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL in z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL, anketiranci pa s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL. Sicer so anketiranke najbolj zadovoljne »z vključenostjo starejših v MOL v različne oblike prostovoljnega dela v MOL« ($M = 3,15$; $SD = 1,095$), sledi zadovoljstvo »z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL« ($M = 3,08$; $SD = 1,170$), nato zadovoljstvo »s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL« ($M = 3,06$; $SD = 1,163$) in na koncu »s kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL« ($M = 3,04$; $SD = 1,156$). Pri anketirancih je zaporedje zadovoljstva s trditvami nekoliko drugačno: najbolj so zadovoljni »s kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL« ($M = 3,26$; $SD = 0,972$), sledi zadovoljstvo »s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL« ($M = 3,07$; $SD = 0,905$) in najmanj »z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL« ($M = 3,04$; $SD = 0,968$) in »z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL« ($M = 3,04$; $SD = 1,177$).

Tabela 3: Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL glede na spol

Zadovoljstvo	Spol	N	M	SD
Z vključenostjo starejših v MOL v različne oblike prostovoljnega dela v MOL	Ženski	315	3,15	1,095
	Moški	81	3,04	0,968
Z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	Ženski	315	3,08	1,170
	Moški	81	3,04	1,177
S ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	Ženski	315	3,06	1,163
	Moški	81	3,07	0,905
S kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	Ženski	315	3,04	1,156
	Moški	81	3,26	0,972

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL glede izobrazbo starejših predstavljamo v tabeli 4. Najvišje zadovoljstvo z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL izražajo anketiranci brez osnovne šole ($M = 4,00$; $SD = 0,000$) in z dokončano osnovno šolo ($M = 3,75$; $SD = 0,452$) ter najnižje zadovoljstvo anketiranci z magisterijem ($M = 2,33$; $SD = 1,645$) in s fakultetno izobrazbo ($M = 2,80$; $SD = 1,014$). Najvišje zadovoljstvo z dostopnostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL izražajo anketiranci brez osnovne šole ($M = 5,00$; $SD = 0,000$) in z dokončano osnovno šolo ($M = 3,75$; $SD = 0,452$) ter najnižje anketiranci z magisterijem ($M = 2,67$; $SD = 0,970$), s srednjo šolo ($M = 2,80$; $SD = 1,370$) in s fakultetno izobrazbo ($M = 2,80$; $SD = 1,373$). Najvišje zadovoljstvo s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL izražajo anketiranci brez osnovne šole ($M = 4,00$; $SD = 0,000$) in z osnovno šolo ($M = 3,75$; $SD = 0,452$) ter najnižje zadovoljstvo anketiranci z magisterijem ($M = 2,67$; $SD = 0,970$) in s srednjo šolo ($M = 2,93$; $SD = 1,196$). Pri kakovosti prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL je najvišje zadovoljstvo izraženo pri anketirancih brez osnovne šole ($M = 4,00$; $SD = 0,000$) in z osnovno šolo ($M = 3,75$; $SD = 0,452$) ter najnižje zadovoljstvo pri anketirancih z magisterijem ($M = 2,67$; $SD = 0,970$), s fakultetno izobrazbo ($M = 3,00$; $SD = 1,309$) in specializacijo ($M = 3,00$; $SD = 1,279$).

Tabela 4: Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL glede na izobrazbo

Zadovoljstvo	Izobrazba	N	M	SD
Z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL	Brez osnovne šole	3	4,00	0,000
	Osnovna šola	12	3,75	0,452
	Poklicna šola	24	3,13	0,797
	Srednja šola	120	2,98	1,260
	Višja šola	78	3,12	0,897
	Visoka šola	114	3,34	0,840
	Fakulteta	15	2,80	1,014
	Specializacija	12	3,50	1,168
	Magisterij	18	2,33	1,645
	Skupaj	396	3,13	1,070
Z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	Brez osnovne šole	3	5,00	0,000
	Osnovna šola	12	3,75	0,452
	Poklicna šola	24	3,63	1,013
	Srednja šola	120	2,80	1,370
	Višja šola	78	3,00	1,151
	Visoka šola	114	3,21	0,897
	Fakulteta	15	2,80	1,373
	Specializacija	12	3,50	1,168
	Magisterij	18	2,67	0,970
	Skupaj	396	3,07	1,170
S ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	Brez osnovne šole	3	4,00	0,000
	Osnovna šola	12	3,75	0,452
	Poklicna šola	24	3,00	1,911
	Srednja šola	120	2,93	1,196
	Višja šola	78	3,15	0,913
	Visoka šola	114	3,11	0,944
	Fakulteta	15	3,00	1,309
	Specializacija	12	3,25	1,138
	Magisterij	18	2,67	0,970
	Skupaj	396	3,06	1,114

S kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	Brez osnovne šole	3	4,00	0,000
	Osnovna šola	12	3,75	0,452
	Poklicna šola	24	3,38	1,013
	Srednja šola	120	3,00	1,167
	Višja šola	78	3,08	1,307
	Visoka šola	114	3,11	0,972
	Fakulteta	15	3,00	1,309
	Specializacija	12	3,00	1,279
	Magisterij	18	2,67	0,970
	Skupaj	396	3,08	1,123

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

V tabeli 5 predstavljamo razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL glede na status aktivnosti starejših. Najvišje zadovoljstvo z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL izražajo brezposelni ($M = 4,00$; $SD = 0,000$) in najnižje zaposleni za določeni čas ($M = 2,75$; $SD = 0,452$). Z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL so najbolj zadovoljni upokojeanci ($M = 4,00$; $SD = 0,000$) in najmanj zaposleni za določeni čas ($M = 2,90$; $SD = 0,817$). Najvišje zadovoljstvo s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL izražajo anketiranci, ki so izbrali drugi status aktivnosti ($M = 4,00$; $SD = 0,000$), in najnižje brezposelni ($M = 2,76$; $SD = 0,928$). S kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL so najbolj zadovoljni anketiranci, ki so izbrali drugi status aktivnosti ($M = 3,25$; $SD = 0,452$), in najmanj upokojeanci ($M = 2,76$; $SD = 0,928$).

Tabela 5: Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL glede na status aktivnosti

Zadovoljstvo	Status aktivnosti	N	M	SD
Z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL	Zaposlen/a za nedoločen čas	63	2,81	0,800
	Zaposlen/a za določen čas	12	2,75	0,452
	Brezposeln/a	3	4,00	0,000
	Upokojenec/ka	315	3,20	1,126
	Drugo	3	3,00	0,000
Z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	Zaposlen/a za nedoločen čas	396	3,13	1,070
	Zaposlen/a za določen čas	63	2,90	0,817
	Brezposeln/a	12	3,00	0,000
	Upokojenec/ka	3	4,00	0,000
	Drugo	315	3,10	1,256

S ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	Zaposlen/a za nedoločen čas	3	3,00	0,000
	Zaposlen/a za določen čas	396	3,07	1,170
	Brezposeln/a	63	2,76	0,928
	Upokojenec/ka	12	3,00	0,000
	Drugo	3	4,00	0,000
S kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	Zaposlen/a za nedoločen čas	315	3,11	1,167
	Zaposlen/a za določen čas	3	3,00	0,000
	Brezposeln/a	396	3,06	1,114
	Upokojenec/ka	63	2,76	0,928
	Drugo	12	3,25	0,452

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL glede na višino dohodka predstavljamo v tabeli 6. Najvišje zadovoljstvo z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL izražajo anketiranci z dohodki med 1201 in 1500 evri ($M = 3,67$; $SD = 0,832$) in najnižje z dohodki med 901 in 1200 evri ($M = 2,76$; $SD = 0,815$). Z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL so najbolj zadovoljni anketiranci z dohodki med 1201 in 1500 evri ($M = 3,67$; $SD = 0,832$) in najmanj anketiranci z dohodki med 901 in 1200 evri ($M = 2,82$; $SD = 0,793$). Najvišje zadovoljstvo s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL izražajo anketiranci z dohodki med 1201 in 1500 evri ($M = 3,67$; $SD = 0,832$) in najnižje anketiranci z dohodki med 901 in 1200 evri ($M = 2,65$; $SD = 0,844$). S kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL so najbolj zadovoljni anketiranci z dohodki med 1201 in 1500 evri ($M = 3,67$; $SD = 0,832$) in najmanj anketiranci z dohodki med 1501 in 1800 evri ($M = 2,70$; $SD = 1,208$).

Tabela 6: Razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL glede na višino dohodka

Zadovoljstvo	Višina dohodka	N	M	SD
Z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL	0–300 €	36	3,17	1,000
	301–600 €	117	3,18	0,934
	601–900 €	135	3,16	1,158
	901–1200 €	51	2,76	0,815
	1201–1500 €	27	3,67	0,832
	1501–1800 €	30	2,90	1,539
	nad 1800 €	396	3,13	1,070
Z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	0–300 €	36	2,83	1,699
	301–600 €	117	3,08	1,146
	601–900 €	135	3,07	1,167
	901–1200 €	51	2,82	0,793
	1201–1500 €	27	3,67	0,832
	1501–1800 €	30	3,20	1,186
	nad 1800 €	396	3,07	1,170
S ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	0–300 €	36	2,92	1,204
	301–600 €	117	3,15	1,149
	601–900 €	135	3,09	1,136
	901–1200 €	51	2,65	0,844
	1201–1500 €	27	3,67	0,832
	1501–1800 €	30	2,90	1,155
	nad 1800 €	396	3,06	1,114
S kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL	0–300 €	36	3,00	1,014
	301–600 €	117	3,15	1,149
	601–900 €	135	3,16	1,196
	901–1200 €	51	2,71	0,832
	1201–1500 €	27	3,67	0,832
	1501–1800 €	30	2,70	1,208
	nad 1800 €	396	3,08	1,123

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.4. Razlike v zadovoljstvo starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter s članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih glede na spol, izobrazbo, status aktivnosti in višino dohodka

V tabeli 7 predstavljamo rezultate zadovoljstva anketirank in anketirancev iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih glede na spol. Anketiranke so najbolj zadovoljne z aktivnim članstvom v lokalnih organizacijah ali klubih, npr. na področju športa, upokojenskih društev, kulture ipd. ($M = 2,97$; $SD = 1,554$), in najmanj z aktivnim članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah, npr. Karitas, Rdeči križ ipd. ($M = 2,25$; $SD = 1,709$). Isto velja za anketirance, saj so najbolj zadovoljni z aktivnim članstvom v lokalnih organizacijah ali klubih ($M = 2,78$; $SD = 1,294$) in najmanj z aktivnim članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah ($M = 2,70$; $SD = 1,545$).

Tabela 7: Razlike v zadovoljstvo starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih glede na spol

Zadovoljstvo	Spol	N	M	SD
Lokalnim skupnostim pomagam kot prostovoljec/ka vsaj enkrat tedensko	Ženski	315	2,50	1,496
	Moški	81	2,44	1,235
Sem aktiven član/ica humanitarne ali invalidske organizacije (npr. Karitas, Rdeči križ ...)	Ženski	315	2,25	1,709
	Moški	81	2,70	1,545
Sem aktiven član/ica lokalne organizacije ali kluba (šport, upokojenci, kultura ...)	Ženski	315	2,97	1,554
	Moški	81	2,78	1,294

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Razlike v zadovoljstvo starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih glede na izobrazbo so predstavljene v tabeli 8. Najvišje zadovoljstvo s tedenskim prostovoljstvom oziroma pomočjo lokalnim skupnostim izražajo anketiranci s specializacijo ($M = 3,50$; $SD = 1,732$) in z višjo šolo ($M = 2,85$; $SD = 1,596$) ter najnižje anketiranci brez osnovne šole ($M = 1,00$; $SD = 0,000$) in s fakultetno izobrazbo ($M = 1,00$; $SD = 1,309$). Z aktivnim članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah so najbolj zadovoljni anketiranci brez osnovne šole ($M = 5,00$; $SD = 0,000$) in s fakultetno izobrazbo ($M = 3,60$; $SD = 1,549$) ter najmanj anketiranci s srednjo šolo ($M = 2,58$; $SD = 1,679$) in magisterijem ($M = 2,83$; $SD = 1,505$). Najvišje zadovoljstvo z aktivnim članstvom v lokalni organizaciji ali klubu izražajo anketiranci s specializacijo ($M = 3,50$; $SD = 1,832$) in višjo šolo ($M = 2,85$; $SD = 1,596$) ter najnižje anketiranci brez osnovne šole ($M = 1,00$; $SD = 0,000$) in s fakultetno izobrazbo ($M = 1,00$; $SD = 1,309$).

Tabela 8: Razlike v zadovoljstvo starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih glede na izobrazbo

Zadovoljstvo	Izobrazba	N	M	SD
Lokalnim skupnostim pomagam kot prostovoljec/ka vsaj enkrat tedensko	Brez osnovne šole	3	1,00	0,000
	Osnovna šola	12	1,25	1,545
	Poklicna šola	24	2,38	1,907
	Srednja šola	120	2,08	1,641
	Višja šola	78	2,85	1,596
	Visoka šola	114	2,39	1,638
	Fakulteta	15	1,00	1,309
	Specializacija	12	3,50	1,732
	Magisterij	18	2,83	1,505
	Skupaj	396	2,34	1,685
Sem aktiven član/ica humanitarne ali invalidske organizacije (npr. Karitas, Rdeči križ ...)	Brez osnovne šole	3	5,00	0,000
	Osnovna šola	12	3,50	1,168
	Poklicna šola	24	2,88	0,947
	Srednja šola	120	2,58	1,679
	Višja šola	78	3,04	1,324
	Visoka šola	114	2,97	1,448
	Fakulteta	15	3,60	1,549
	Specializacija	12	3,75	1,712
	Magisterij	18	2,83	1,505
	Skupaj	396	2,93	1,505
Sem aktiven član/ica lokalne organizacije ali kluba (šport, upokojenci, kultura ...)	Brez osnovne šole	3	1,00	0,000
	Osnovna šola	12	1,25	1,545
	Poklicna šola	24	2,38	1,907
	Srednja šola	120	2,08	1,641
	Višja šola	78	2,85	1,596
	Visoka šola	114	2,39	1,638
	Fakulteta	15	1,00	1,309
	Specializacija	12	3,50	1,732
	Magisterij	18	2,83	1,505
	Skupaj	396	2,34	1,685

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

V tabeli 9 predstavljamo razlike v zadovoljstvu starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih glede na status aktivnosti. Najvišje zadovoljstvo s tedenskim prostovoljstvom oziroma pomočjo lokalnim skupnostim izražajo zaposleni za določen čas (M = 3,50; SD = 0,522) in najnižje upokojenci (M = 2,44; SD = 1,475). Z aktivnim članstvom v humanitarnih ali invalidskih orga-

nizacijah so najbolj zadovoljni upokojeanci ($M = 3,00$; $SD = 0,000$) in brezposelni ($M = 3,00$; $SD = 0,739$) ter najmanj zaposleni za določen čas ($M = 1,76$; $SD = 1,118$). Najvišje zadovoljstvo z aktivnim članstvom v lokalnih organizacijah ali klubih izražajo upokojeanci ($M = 3,50$; $SD = 0,905$) in najnižje brezposelni ($M = 2,29$; $SD = 1,361$).

Tabela 9: Razlike v zadovoljstvo starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih glede na status aktivnosti

Zadovoljstvo	Status aktivnosti	N	M	SD
Lokalnim skupnostim pomagam kot prostovoljec/ka vsaj enkrat tedensko	Zaposlen/a za nedoločen čas	63	2,52	1,378
	Zaposlen/a za določen čas	12	3,50	0,522
	Brezposeln/a	3	4,00	0,000
	Upokojenec/ka	315	2,44	1,475
	Drugo	3	2,00	0,000
Sem aktiven član/ica humanitarne ali invalidske organizacije (npr. Karitas, Rdeči križ ...)	Zaposlen/a za nedoločen čas	396	2,49	1,445
	Zaposlen/a za določen čas	63	1,76	1,118
	Brezposeln/a	12	3,00	0,739
	Upokojenec/ka	3	3,00	0,000
	Drugo	315	2,42	1,791
Sem aktiven član/ica lokalne organizacije ali kluba (šport, upokojeanci, kultura ...).	Zaposlen/a za nedoločen čas	3	3,00	0,000
	Zaposlen/a za določen čas	396	2,34	1,685
	Brezposeln/a	63	2,29	1,361
	Upokojenec/ka	12	3,50	0,905
	Drugo	3	3,00	0,000

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Razlike v zadovoljstvu starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih glede na višino dohodka predstavljamo v tabeli 10. Najvišje zadovoljstvo s tedenskim prostovoljstvom oziroma pomočjo lokalnim skupnostim izražajo anketiranci z dohodki med 1501 in 1800 evri ($M = 3,10$; $SD = 1,605$) in najnižje z dohodki med 901 in 1200 evri ($M = 1,71$; $SD = 1,026$). Z aktivnim članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah so najbolj zadovoljni anketiranci z dohodki med 1501 in 1800 evri ($M = 3,70$; $SD = 1,291$) in najmanj anketiranci z dohodki med 901 in 1200 evri ($M = 2,12$; $SD = 1,243$). Najvišje zadovoljstvo z aktivnim članstvom v lokalnih organizacijah ali klubih izražajo ponovno anketiranci z dohodki med 1501 in 1800 evri ($M = 3,10$; $SD = 1,605$) in najnižje ponovno anketiranci z dohodki med 901 in 1200 evri ($M = 1,71$; $SD = 1,026$).

Tabela 10: Razlike v zadovoljstvu starejših iz MOL z njihovo prostovoljsko pomočjo lokalnim skupnostim ter članstvom v humanitarnih ali invalidskih organizacijah in drugih lokalnih organizacijah ali klubih glede na višino dohodka

Zadovoljstvo	Višina dohodka	N	M	SD
Lokalnim skupnostim pomagam kot prostovoljec/ka vsaj enkrat tedensko	0–300 €	36	1,83	1,540
	301–600 €	117	2,67	1,692
	601–900 €	135	2,18	1,812
	901–1200 €	51	1,71	1,026
	1201–1500 €	27	2,78	1,649
	1501–1800 €	30	3,10	1,605
	nad 1800 €	396	2,34	1,685
Sem aktiven član/ica humanitarne ali invalidske organizacije (npr. Karitas, Rdeči križ ...)	0–300 €	36	3,17	1,483
	301–600 €	117	2,97	1,429
	601–900 €	135	2,98	1,618
	901–1200 €	51	2,12	1,243
	1201–1500 €	27	2,89	1,396
	1501–1800 €	30	3,70	1,291
	nad 1800 €	396	2,93	1,505
Sem aktiven član/ica lokalne organizacije ali kluba (šport, upokojenci, kultura ...)	0–300 €	36	1,83	1,540
	301–600 €	117	2,67	1,692
	601–900 €	135	2,18	1,812
	901–1200 €	51	1,71	1,026
	1201–1500 €	27	2,78	1,649
	1501–1800 €	30	3,10	1,605
	nad 1800 €	396	2,34	1,685

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

6. Razprava

V prispevku preučujemo zadovoljstvo starejših s prostovoljnim delom v MOL, kjer smo koncept prostovoljnega dela raziskovali na nivoju štirih dimenzij: (1) zadovoljstva z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL, (2) zadovoljstva z dostopnostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL, (3) zadovoljstva s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL, in (4) zadovoljstva s kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL. V okviru vseh štirih dimenzij nas je zanimalo, ali obstajajo razlike glede na spol, izobrazbo, status aktivnosti in višino dohodka. V ta namen smo si zastavili štiri hipoteze, ki jih preverjamo v nadaljevanju.

Pri preverjanju prve hipoteze, da med starejšimi iz MOL obstajajo glede na spol razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL, smo uporabili analizo neodvisnega t-testa. Rezultati t-testa kažejo, da v nobeni od preučevanih štirih dimenzij zadovoljstva s prostovoljnim

delom za starejše v MOL ni zaznati statistično značilnih razlik: vključenost starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL ($p = 0,388$), dostopnost do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,789$), ponudba prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,903$) in kakovost prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,114$). Na osnovi rezultatov zato prvo hipotezo, da med starejšimi iz MOL obstajajo glede na spol razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL, ne moremo potrditi. Sprejememo sklep, da ni značilnih razlik v zadovoljstvu s prostovoljnim delom za starejše v MOL glede na spol starejših.

Druga hipoteza se glasi, da med starejšimi iz MOL obstajajo glede na stopnjo izobrazbe razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL. Uporabili smo analizo ANOVA in ugotavljamo, da so v dveh dimenzijah koncepta zadovoljstva s prostovoljnim delom za starejše v MOL statistično značilne razlike, in sicer pri zadovoljstvu z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL ($p = 0,001$) in zadovoljstvu z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,000$). V preostalih dveh dimenzijah, zadovoljstvo s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,152$) in zadovoljstvo s kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,191$), ni zaznati statistično značilnih razlik. Zato lahko drugo hipotezo, da med starejšimi iz MOL obstajajo glede na stopnjo izobrazbe razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL, le delno potrdimo. Sprejememo lahko sklep, da so razlike glede na izobrazbo značilne v zadovoljstvu z vključenosti starejših v prostovoljno delo in zadovoljstvu z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL.

Pomen statusa aktivnosti starejših pri zadovoljstvu s prostovoljnim delom v korist starejših smo preverjali v tretji hipotezi, kjer nas je zanimalo, ali med starejšimi iz MOL obstajajo glede na stopnjo aktivnosti razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL. Rezultati analize ANOVA kažejo, da so statistično značilne razlike glede na status aktivnosti le pri zadovoljstvu z vključenostjo starejših v MOL v različne oblike prostovoljnega dela v MOL ($p = 0,031$), medtem ko pri zadovoljstvu z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,503$), zadovoljstvu s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,114$) in zadovoljstvu s kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,089$) tega ne moremo potrditi. Zato tretjo hipotezo, da med starejšimi iz MOL obstajajo glede na stopnjo status aktivnosti razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL, ne moremo potrditi. Iz tega lahko sklenemo, da glede na status aktivnosti starejših iz MOL ni značilnih razlik v zadovoljstvu s prostovoljnim delom za starejše v MOL.

V okviru četrte hipoteze nas je zanimalo, ali med starejšimi iz MOL obstajajo glede na višino dohodka razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL. Rezultati ANOVA kažejo, da so razlike glede na višino dohodka statistično značilne v vseh štirih dimenzijah, in sicer pri zadovoljstvu z vključenostjo starejših v MOL v različne oblike prostovoljnega dela v MOL ($p = 0,012$), zadovoljstvu z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,048$), zadovoljstvu s ponudbo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,004$) in zadovoljstvu s kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL ($p = 0,003$). Zato lahko četrto hipotezo, da med starejšimi iz MOL

obstajajo glede na višino dohodka razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL, potrdimo. Na osnovi tega lahko sklenemo, da glede na višino dohodka ostajajo značilne razlike v zadovoljstvu s prostovoljnim delom za starejše v MOL.

7. Zaključek

Z raziskavo ugotavljamo, da starejši iz MOL izražajo zadovoljstvo z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL. To je spodbudno, saj bi pričakovali, da je v urbanih okoljih manj prostovoljskih oblik pomoči, storitev in programov. Prav tako nas visoko zadovoljstvo starejših s prostovoljnim delom za starejše v MOL navdaja z optimizmom, saj je v tem kriznem spomladanskem obdobju letošnjega leta prostovoljno delo imelo prave učinke v okolju. Raziskava je bila izvedena prav v času soočanja z novim koronavirusom, v katerem je bilo za starejše ljudi še posebej dramatično življenje v socialni izolaciji, z omejenimi stiki s svojci. V tem času je bilo zaznati porast potreb starejših v domačem okolju po raznovrstnih oblikah pomoči – tudi pomoči prostovoljcev.

Ugotavljamo tudi, da so razlike v zadovoljstvu z vključenostjo starejših v različne oblike prostovoljnega dela v MOL značilne glede na izobrazbo, status aktivnosti in višino dohodka. To so izhodišča, na katerih morajo lokalne skupnosti, organizacije in društva, ki izvajajo prostovoljno delo na področju obravnave, skrbi in dela s starejšimi, vzpostavljati družbene pogoje in okoliščine na eni in krepiti motivacijo in samopodreditvene strategije pri posamezniku in ciljni skupini starejših za večjo vključenost in participacijo starejših na področju prostovoljnega dela v MOL.

Pogosto se v urbanih okoljih, kakršno je okolje MOL, soočamo s težavami v dostopnosti do storitev in pomoči prostovoljcev. Z raziskavo ugotavljamo, da so razlike v zadovoljstvu z dostopnostjo do prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL značilne glede na izobrazbo in višino dohodka. Tudi to zahteva ustrezne odzive lokalnih skupnosti in organizacij, ki izvajajo prostovoljsko delo. Potrebno je upoštevati izobrazbeno in materialno stanje starejših posameznikov, ki potrebujejo pomoč prostovoljcev. To prispeva k večjemu zadovoljstvu z dostopnostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL.

Obseg potreb starejših v vseh lokalnih skupnostih po prostovoljski pomoči je pogosto tudi finančno oziroma materialno pogojen. To potrjujejo tudi rezultati naše raziskave, da so razlike v zadovoljstvu s ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL značilne glede na višino dohodka.

Res je, da z raziskavo ugotavljamo, da starejši iz MOL izražajo zadovoljstvo z vključenostjo starejših v prostovoljno delo, z dostopnostjo, ponudbo in kakovostjo prostovoljskih storitev, programov in oblik pomoči za starejše v MOL, ampak to za lokalno skupnost MOL in vse ostale ključne deležnike na področju prostovoljstva v MOL ne sme bodisi postati bodisi ostati točka preloma z uspehom, ko ni treba več stremeti k novim razvojnim strategijam na področju doseganja bolj humane in na pomoči sočloveku osnovane lokalne skupnosti. To je samo spoznanje oziroma potrditev, da smo razvoj prostovoljstva v MOL usmeri v pravo smer, slediti pa moramo dinamiki demografskih, zdravstvenih, socialnih, tehnoloških, finančnih in širše družbenih sprememb.

In na kaj opozarjajo tudi starejši prostovoljci v okviru Gerontološkega društva Slovenije? Starejši prostovoljci bi radi videli, da družba bolj ceni prostovoljno delo ter da država temu nameni več podpore. Organizatorji prostovoljcev morajo več pozornosti nameniti promociji prostovoljstva in starejše prostovoljce nagovarjali in motivirati na primernejše načine.

Literatura

- Butler N. Robert. 2002. The study of productive aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 57(6): S323.
- Bračun Sova, Rajka. 2009. Izobraževanje starejših za prostovoljno delo v muzejih in spreminjajoča se vloga muzeja v (starajoči se) družbi. *Andragoška spoznanja* 15(3): 65–73.
- Choi, Namkee G., Burr, Jeffrey A., Mutchler, Jan E. in Francis G. Caro. 2007. Formal and informal volunteer activity and spousal caregiving among older adults. *Research on Aging* 29: 99–124.
- Hansen, Thomas in Britt Slagsvold. 2020. An "Army of Volunteers"? Engagement, Motivation, and Barriers to Volunteering among the Baby Boomers. *Journal Journal of Gerontological Social Work* 63(4): 335–353.
- Hustinx, Lesley, Cnaan, Ram A. in Femida Handy. 2010. Navigating theories of volunteering: A hybrid map for a complex phenomenon. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 40(4): 410–434.
- Davis Smith, Justin. 2004. Civic service in Western Europe. *Nonprof Volunt Sec Q* 33(2004): 64–78.
- Flennert, Maike, König, Hans-Helmut in André Hajek. 2019. The association between voluntary work and health care use among older adults in Germany. *BMC Health Serv Res* 19(39).
- Gril, Alenka. 2007. *Prostovoljstvo je proizvodnja smisla*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Huzejrovič, Vahida. 2016. *Prostovoljno delo starejših – pomembne cilje aktivnega staranja in razvoja dolgožive družbe* (magistrsko delo). Ljubljana: pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Mikuš-Kos, Anica. 1996. Prostovoljno delo v bolnišnicah in socialnih zavodih, *Obzornik zdravstvene nege* 30(3/4): 89–96. Dostopno na: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2111> (3. september 2020).
- Morrow-Howell, Nancy, Hong, Song-lee in Fengyan Tang. 2009. Who benefits from volunteering? Variations in perceived benefits. *Gerontologist* 49(1): 91–102.
- Morrow-Howell, Nancy. 2010. Volunteering in later life: research frontiers. *J Gerontol B*/65(4): 461–9.
- Musick Marc A. in John Wilson. 2003. Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Soc Sci Med* 56(2): 259–269.
- Ramovš, Jože. 2007. *Prostovoljski dnevnik pri osebem prostovoljskem delu z ljudmi in učenju lepega medčloveškega sožitja*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Segal, Jeanne in Lawrence Robinson. 2019. *Volunteering and its Surprising Benefits*. Dostopno na: <https://www.helpguide.org/articles/healthy-living/volunteering-and-its-surprising-benefits.htm> (1. september 2020).
- Simonson, Julia, Vogel, Claudia in Clemens Tesch-Römer. 2014. *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Der Deutsche Freiwilligensurvey*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Spijker Jeroen in John MacInnes. 2013. Population ageing: the timebomb that isn't? *BMJ* 2013(347): 1–5.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Vlada RS.
- Von Bonsdorff, Mikaela B. in Taina Rantanen. 2011. Benefits of formal voluntary work among older people. A review. *Aging Clinical and Experimental Research* 23(3): 162–169.
- Warburton, Jeni. 2006. Volunteering in later life: is it good for your health? *Voluntary Action: The Journal of the Institute for Volunteering Research* 8(2), 1–13.
- Wilson, John in Marc A. Musick, 1997. Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work. *Am Sociol Rev* 62(1997): 694–713.
- Zakon o prostovoljstvu (ZProst)*. Ur. l. RS 10/11, 16/11 in 82/15.

Pomen socialne vključenosti in avtonomije oseb z demenco

Importance of social inclusion and autonomy of people with dementia

David Krivec
Štefanija Lukič Zlobec
Maša Bastarda
Polona Kečkeš
Patricija Frece
Maša Bizjan
dr. Špela Glišovič Krivec

Spominčica – Alzheimer Slovenija –
Slovensko združenje za pomoč pri demenci

Povzetek

Število oseb z demenco globalno narašča in tudi v Sloveniji imamo že več kot 34.000 obolelih. Pomemben izziv za prihodnost je ustvarjanje demenci prijazne družbe, ki bo omogočala prilagoditve spremembam, ki jih demenca prinaša.

Ljudje smo družabna bitja. Ne samo, da je slaba socialna angažiranost prepoznana kot eno od tveganj za demenco, tudi v obdobju bolezni je to pomemben element, ki lahko vpliva na potek bolezni in avtonomijo posameznika. V Sloveniji vplivajo na avtonomijo oseb z demenco večinoma svojci. Ohranjanje socialne mreže, človeškega stika, pogovora in na ta način uvida v ozadje vedenjskih sprememb osebe z demenco je nujno za blažitev neprijetnih ali celo nevarnih situacij ter zdrsa v revščino. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija prepoznava pomembnost aktivnega vključevanja oseb z demenco in ohranjanje medčloveških stikov.

V okviru projektov AD-AUTONOMY in AD-GAMING smo v društvu Spominčica med letoma 2016 in 2019 izvedli več delavnic in soustvarjalnih srečanj po Sloveniji. Na osnovi povratnih informacij udeležencev smo opredelili potrebe, učinkovitost in uporabnost različnih pristopov ter aktivnosti. V letu 2020 se soočamo s širjenjem koronavirusa. Eden od ukrepov za zajezitev virusa je ohranjanje fizične razdalje med ljudmi in tudi omejevanje medčloveških stikov. Z anonimnim vprašalnikom preko spleta ter s pogovori po telefonu smo izvedli empirično kvalitativno raziskavo mnenj članov Spominčice o spremembah, ki so se zgodile v času epidemije, ter o potrebah oseb z demenco. Nenadna prekinitve obiskov oseb z demenco, tako doma kot v institucionalnem varstvu, je vplivala na slabšanje zdravstvenega in duševnega stanja, zato je razumevanje ohranjanja avtonomije oseb z demenco, s poudarkom na medosebnih stikih, zelo pomembno.

Za ohranjanje kakovosti življenja oseb, ki živijo z demenco, in obenem krepitev njihove avtonomnosti so potrebni usmerjene družabne aktivnosti, ohranjanje stikov z bližnjimi in pravilno sporazumevanje.

Ključne besede: demenca, avtonomnost, resne igre, socialna vključenost, neformalno izobraževanje odraslih, COVID-19.

Abstract

There is a rising number of people with dementia globally, there are more than 34,000 patients in Slovenia. An important challenge for the future is creating a more dementia friendly society allowing adaptation to changes dementia brings.

As humans we are social beings. Poor social engagement is recognized as one of the risks of dementia, moreover, even during the period of medical condition, it is an important element affecting disease progression and person's autonomy. Autonomy of people with dementia in Slovenia is mostly influenced by relatives. Maintaining social network, human contact, conversations and thus gaining insight into the background of behavioural changes of a person with dementia are necessary for poverty alleviation and reduction of unpleasant or even dangerous situations. The World Health Organization also recognizes the importance of active involvement of people with dementia and maintenance of people-to-people contacts.

As part of AD-AUTONOMY and AD-GAMING projects, Spominčica Alzheimer Slovenia held several workshops and co-creative meetings from 2016 to 2019 in Slovenia. Based on participant feedback needs, effectiveness and use of different approaches and activities were defined. We are presently faced with coronavirus. Maintaining physical distance and restricting human contacts are one of the measures. An empirical qualitative survey among Spominčica members about changes occurring during COVID 19 pandemic and needs of people with dementia was done using an online and telephone questionnaire. Sudden prohibition of visits, both at home and in institutional care, affected deteriorating health and mental well-being of people with dementia. Understanding autonomy preservation of people with dementia, with emphasis on interpersonal contacts, is very important.

In order to maintain quality of life of people with dementia and increased autonomy at the same time, targeted social activities, maintaining contact with loved ones and proper communication are needed.

Key words: dementia, autonomy, serious games, social inclusion, informal adult education, COVID-19.

1. Uvod

Soočamo se z izzivom demence, kronične napredujoče bolezni možganov, saj število oseb z demenco narašča tako globalno kot v Sloveniji, kjer imamo že več kot 34.000 obolelih (Alzheimer Europe 2019). Demenca postaja pomemben družbeni, socialni in zdravstveni izziv za prihodnost. Ljudje smo kot družbena bitja odvisni drug od drugega, saj si psihosocialnih potreb ne moremo zagotavljati sami. Prepozna se pomen zagotavljanja družbene vključenosti oseb z demenco, pravih sporazumevanja in spodbudnega okolja za ohranjanje avtonomnosti pri vsakodnevnih opravilih in druženju (Dröes idr. 2017; Vugt in Dröes 2017; Penninkilampi idr. 2018). Študije o potrebah oseb z demenco poudarjajo socialni stik kot eno najpomembnejših potreb (von Kutzleben idr. 2012, Dröes idr. 2019). Zaradi bolezni, ki povzroča demenco, se je oseba manj sposobna zanašati na funkcije možganov. Oseba težje prepozna preprosta dejstva, prihaja do zamika odziva, ne zmore več opravil, ki jih razumemo za samoumevne, in to vpliva na sporazumevanje z okolico. To so pogosti razlogi, zaradi katerih se oseba z demenco zapira vase in se izključi iz družbe. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija prepozna pomembnost aktivnega vključevanja oseb z demenco, ohranjanja stikov ter spodbujanja pri aktivnostih (WHO 2019a). Za ohranjanje avtonomije in kakovosti življenja mora podpora po diagnozi vključevati medčloveške stike. Spominčica skupaj s partnerji iz drugih evropskih držav razvija pristope in oblikuje gradiva za spodbujanje preventivnih dejavnosti ter za krepitev avtonomnosti oseb z demenco. Z deljenjem izkušenj se krepijo medčloveške vezi, kar posledično vodi k ohranjanju socialnih veščin in socialne vključenosti.

V letu 2020 se soočamo s širjenjem koronavirusa, za zajezitev katerega se priporočata fizično distanciranje med ljudmi in tudi omejevanje medčloveških stikov. V domovih starejših je zmanjšanje socialnih stikov poslabšalo zdravstveno stanje in počutje oseb z demenco (Alzheimer's Society 2020, 15. julij; Office of National Statistic 2020, 15. julij), pomembno se je zmanjšala tudi socialna vpetost oseb v domačem okolju. Prekinitev dnevne rutine, obiskov in drugih socialnih stikov je pri mnogih povzročila zmedenost, poglobila dezorientacijo ter poslabšala zdravstveno in duševno stanje. Pomembno je razumevanje ohranjanja avtonomije oseb z demenco s krepitvijo medosebnih odnosov.

2. Namen in cilj

Glavni namen je bilo odgovoriti na raziskovalni vprašnji: (1) kaj in kdo je ključen pri ohranjanju avtonomije oseb z demenco v Sloveniji; (2) katere so glavne ovire pri vzpostavljanju učinkovitih sistemov za ohranjanje avtonomije oseb z demenco.

Cilj je bil razviti program aktivnosti in ga vpeljati v obstoječe dejavnosti Spominčice, oceniti primernost aktivnosti v novi realnosti, ki jo opredeljuje covid-19, ter opredeliti potrebne prilagoditve.

3. Metode

Iz literature smo povzeli različne poglede o pomenu avtonomije oseb z demenco. V okviru projektov AD-AUTONOMY (Razvoj programa usposabljanja za povečanje avtonomnosti oseb z Alzheimerjevo boleznijo) in AD-GAMING (Oblikovanje programa usposabljanja za uporabo »resnih iger« za izboljšanje kakovosti življenja oseb z Alzheimerjevo boleznijo), ki sta bila sofinancirana preko programa ERASMUS+ KA2, smo izvedli več delavnic in soustvarjalnih srečanj po Sloveniji, v katera smo vključevali empirično kvalitativno raziskovanje (Mesec in Lamovec 1998; Mesec idr. 2009) o mnenju udeležencev. Udeleženci predstavljajo vzorec populacije oseb z blagim kognitivnim upadom in zgodnjo obliko demence ter njihovimi bližnjimi. Podatke smo obdelali na kvalitativen način s pomočjo vprašalnikov in intervjujev (Mesec in Lamovec 1998). Naša vprašanja so bila pripravljena vnaprej, v večini pa odgovorov nismo predvidevali, saj se nam je zdelo pomembno, da nam uporabniki svoje mnenje povedo sami in jih preveč ne usmerjamo. Vsak pogovor smo dobesedno zapisali in izvedli kvalitativno analizo. Opredelili smo potrebe oseb z demenco in svojcev, njihove odzive in sprejemanje različnih pristopov pri ohranjanju avtonomije ter kaj sodi med dejavnosti za ohranjanje in spodbujanje avtonomnosti.

Beležili smo tudi mnenja socialnih in zdravstvenih delavcev, predvsem glede učinkovitosti in sprejemanja pristopov. Ob koncu serij delavnic smo zapisali priporočila za izvajanje in znanje prenesli v izvajanje delavnic DEJVA Ljubljana, socialnovarstvenega programa, ki ga v letih 2019 in 2020 sofinancira Mestna občina Ljubljana (MOL). V okviru delavnic in druženja smo preverili interes oseb z demenco in njihovih svojcev za vključevanje resnih iger, umetnosti in drugih aktivnosti za krepitev veščin in samostojnosti. Tudi v literaturi smo pregledali priporočila, dobre prakse in znanstveno dokazane učinke za aktivnosti, ki so na voljo osebam z demenco pri zagotavljanju avtonomije. V času epidemije koronavirusa smo z vnaprej strukturiranim vprašalnikom in v pogovorih po telefonu izvedli empirično kvalitativno raziskavo mnenja članov Spominčice o spremembah, ki so se zgodile v času epidemije, in o potrebah oseb z demenco.

4. Rezultati

Na osnovi spoznanj iz literature ugotavljamo, da raziskovalci in praktiki različno opisujejo koncept avtonomnosti. Nekateri ga opredeljujejo kot psihološko in duhovno dimenzijo, ki se nanašata na nadzor nad okoljem, ter občutek identitete skozi dejanja odločanja (Perkins idr. 2012), tudi kot radikalno individualizacijo osebe, ki v dejavnosti svobodne in racionalne volje posameznika določa

prepričanja, vrednote, okuse, težnje in dejanja (Welford idr. 2012). Avtonomijo vidijo kot individualni nadzor odločanja (Lothian in Philip 2001) ter sposobnost samoodločanja in svobodo izbire (Ashcroft 2017). Avtonomijo oseb z demenco je treba obravnavati na podlagi posameznih odločitev, ne pa kot splošni koncept v družbi (Hofland 1994; Holm 2001; Fetherstonhaugh idr. 2013; Scales, 2014). Avtonomija osebe z demenco je odvisna od sposobnosti sprejemanja odločitev osebe same, izbire trenutka za odločanje in konteksta.

Na delavnicah, ki jih je izvedla Spominčica v okviru projektov AD-AUTONOMY in AD-GAMING, smo pridobili vpogled v to, kaj sodi med dejavnosti za ohranjanje in spodbujanje avtonomnosti ter razumevanje potreb oseb z demenco in svojcev. Povprečna starost udeležencev na delavnicah je bila med 70 in 75 let. Večina oseb z demenco je bila ženskega spola in je imela blag kognitivni upad ali lažjo obliko demence. Udeleženci svojci so bili večinoma partnerji oseb z demenco. Delavnic so se udeležili tudi strokovnjaki, in sicer socialni delavci, psihologi in zdravstveni delavci. Delavnice so v povprečju trajale od ene ure do ure in pol.

V Sloveniji vplivajo na avtonomijo oseb z demenco večinoma družine in oskrbovalci. Ti so namreč tisti, ki prilagajajo okolje in aktivnosti na način, da lahko oseba ostane čim bolj samostojna. Pomembno je ohraniti vsakodnevne rutine oseb z demenco in spodbujati avtonomnost pri izvajanju kompleksnih, instrumentalnih in osnovnih dejavnosti. Med »kompleksne dejavnosti« uvrščamo druženje in zabavo ter dejavnosti za aktivno življenje: hobiji, študij, šport, potovanja in aktivno družinsko ter družabno življenje. Za to so potrebne kompetence: fizična gibljivost (roke, noge), koordinacija gibov in dejanj, poznavanje rutin, govora in sporazumevanja, čustvene regulacije, digitalne kompetence, orientacija idr. Med »instrumentalne dejavnosti« štejemo dejavnosti doma in ohranjanje veščin pri pripravi in uživanju hrane, gospodinjska opravila, spremljanje financ. »Osnovne dejavnosti« pa so vzdrževanje higiene in glavne dnevne rutine, povezane s fizičnim zdravjem.

Na splošno smo prepoznali ovire pri ohranjanju samostojnosti osebe z demenco za izvajanje vsakodnevnih rutin, ki so povezane s fizičnimi in kognitivnimi sposobnostmi. Nekateri še vedno zmorejo fizično izvesti vse dejavnosti, vendar si težko zapomnijo, kaj morajo storiti, kaj potrebujejo za določeno rutino, kako si sledijo koraki v rutini itd. V teh situacijah je osebna podpora in bližina človeka nujno potrebna. Po drugi strani pa imajo nekatere osebe z demenco še vedno znanje o tem, kako izvajati rutine, vendar imajo fizične ovire pri izvajanju. Ob tem je zelo pomembno, da se njihov bližnji ali oskrbovalec zaveda omejitev te osebe in ji omogoča ohranjanje avtonomije. Da oseba z demenco ostane vključena v socialno mrežo, ki bo pripomogla k razbijanju strahov, dvomov in ji bo v pomoč pri stiskah, je pomembno zavedanje že v zgodnjem obdobju bolezni. Ob postavitvi diagnoze/sprejetju bolezni se namreč pojavijo strah in skrbi, kaj se bo dogajalo z osebo, ko bo bolezen napredovala, kaj jo čaka v prihodnosti, kakšno breme bo bolezen prinesla v njeno družino, prisotni so občutki sramu, nemoči, negotovosti, jeze in stigme. Ohranjanje samozavesti osebe z demenco ob pomoči in zaščiti je temeljno za ohranjanje in spodbujanje njene avtonomije. Ovire se kažejo tudi kot težave pri sporazumevanju, zato je za ohranjanje veščin sporazumevanja in prilagajanja med napredovanjem bolezni nujno, da se osebo z demenco spremlja in ohranja socialne stike. Prisotni so strah, stigma in dožemanje, da osebe z demenco ne morejo sodelovati pri odločitvah o svojem življenju. Prav zaradi pomanjkanja pravočasne diagnoze pa osebe z demenco nimajo dostopa do usposabljanja in storitev, prav tako so v manjši meri opolnomočeni njihovi bližnji. Ne nazadnje prepreke v družbi ljudem otežujejo ohranjanje avtonomije v interakciji z njihovim okoljem in ob pomanjkanju socialnih stikov jih to lahko pahne v revščino (pomanjkanje javnega prevoza lahko oteži dostope, zlasti na podeželju). Ugotavljamo, da je ohranjanje socialne mreže, pogovora in uvida v ozadje vedenjskih sprememb osebe z demenco nujno za blažitev neprijetnih ali celo nevarnih položajev.

V skladu s smernicami in znanjem, ki smo ga pridobili v AD-GAMING in AD-AUTONOMY, smo v letu 2019 izvajali delavnice DEJVA Ljubljana, program dejavnosti za krepitev samostojnosti in aktivnosti oseb z demenco in njihovih svojcev. Program je potekal v obliki delavnic in dejavnosti za ohranjanje kognitivnih sposobnosti, avtonomnosti ter aktivnega skupinskega druženja z osebami z demenco. V dejavnosti smo vključili najpomembnejša kognitivna področja, kot so: spomin, orientacija, pozornost, zaznava, prepoznavna, jezik, računanje, motorika in izvršilne funkcije. Vse aktivnosti so bile zasnovane tako, da jih je bilo mogoče med samim izvajanjem prilagajati psihofizičnim in kognitivnim sposobnostim posameznih udeležencev. Pri izvajanju programa DEJVA smo posebno pozornost namenili druženju in skupinskemu reševanju nalog. V izvedbo smo vključili tudi IKT-pripomočke in aplikacije, ki omogočajo, da se dejavnosti izvajajo tudi doma. Delavnice in aktivnosti DEJVA smo v letu 2019 izvedli 43-krat, udeležilo se jih je 249 uporabnikov. Naše izkušnje o pozitivnem učinku na uporabnike podpirajo dognanja iz literature (von Kutzleben idr. 2012, Dröes idr. 2019) in tovrstne aktivnosti bomo nadaljevali tudi v prihodnje.

Ugotavljamo, da so za osebe z demenco resne igre pomemben dejavnik za ohranjanje veščin, samopodobe, vključenosti v družbo in izboljšanje razpoloženja. Ob igrah aktivno preživljamo prosti čas, krepimo svoje znanje in spretnosti ter se družimo. Glede na izkušnje nekaterih partnerjev iz Evrope, kjer se pogosto uporabljajo terapije z umetnostjo (zlasti na področju duševnega zdravja, npr. v Turčiji in Italiji), smo ugotovili, da se ob tem osebe sprostijo, pri nekaterih se izboljša informacijska pismenost. Uspeh pri igri ohranja občutek samozavesti, koristnosti, vrednosti in dostojanstva (WHO 2019b).

V raziskavi v času epidemije koronavirusa smo prepoznali glavne potrebe svojcev in oseb z demenco po dnevnem varstvu, družabništvu in pomoči pri izvajanju pomembnih dnevnih aktivnosti in dostopu do strokovnjakov oziroma specialistov. Udeleženci so izrazili mnenje, da pogrešajo bližino drugih za pogovor, sprostitev in druženje. Kot pogostejše težave pa so svojci oseb z demenco navedli utrujenost in brezvoljnost ter preobremenjenost in težko soočanje z vsakodnevnimi težavami.

5. Razprava

Prepoznavamo pomen zagotavljanja družbene vključenosti oseb z demenco, pravičnega sporazumevanja in spodbudnega okolja za ohranjanje avtonomnosti pri vsakodnevnih opravilih, kar podpirajo tudi dognanja v raziskavah (Dröes idr. 2017; Vugt in Dröes 2017; Penninkilampi idr. 2018, Dröes idr. 2019). Slabe socialne povezave so lahko povezane s slabo kognicijo pri starejših ljudeh (Evans idr. 2018), kar vodi v slabšanje njihove avtonomnosti ter tvori spiralo, ki vodi v slabšanje zdravstvenega stanja. Okolje, kjer oseba z demenco dobiva oskrbo in podporo, ima lahko velik vpliv na nivo avtonomije, ki jo lahko oseba izrazi. Prav tako okolje vpliva na izzive, da oseba avtonomijo vzdržuje. Tudi svojci osebe z demenco se zaradi povečane skrbi za bližnjega lahko znajdejo v situaciji upada družbene aktivnosti ter težjega ohranjanja lastnega socialnega kroga. Zavedati se je treba, da so socialna vključenost in osebni stiki pomembni za vse osebe, ki živijo z demenco. Družinam in partnerjem lahko druženje in ohranjanje socialnih stikov, udeležba na izobraževanjih in delavnicah pomagajo pri razumevanju, da »vedenje, ki izziva«, pomeni neizpolnjeno potrebo. Poleg tega svojci pridobijo kompetence, kako zadovoljiti potrebe oseb z demenco in narediti prilagoditve bivalnega okolja za spodbujanje avtonomnosti in zmanjšanje tveganja nevarnih dogodkov. Za ohranjanje kakovosti življenja oseb, ki živijo z demenco, in obenem večanje njihove avtonomnosti so torej potrebne usmerjene družabne aktivnosti.

Življenje doma in dostop do denarja sta povezana z avtonomijo, zasebnostjo in možnostmi (Buse in Twigg 2014), saj to zagotavlja svobodo pri izbiri in občutek nadzora nad lastnim življenjem, v primerjavi z življenjem v instituciji (Ashcroft 2017). Dinamika med osebo z demenco in osebo, ki jo neguje (svojec ali delavec v instituciji), lahko povzroči zmanjšanje avtonomije, če se osebo siromaši

za večšine, ki jih še zmore opravljati (Berry idr. 2015; Smebye idr. 2016). To kasneje škodljivo vpliva na osebo z demenco, na njen občutek identitete, samozavesti in sposobnosti.

V letu 2020 smo priča izzivu, kako se soočiti z zaježitvijo koronavirusa. Ugotavljamo, da pomanjkanje socialnih stikov povzroča poslabšanje zdravja in počutja oseb z demenco. Izolacija ter zmanjšanje oskrbe in podpore z obiski družinskih članov vodita v slabšanje zdravstvenega in duševnega stanja. Razviti je treba pravilne pristope za omogočanje človeške bližine ter omogočiti tudi aktivnosti na daljavo, predvsem za krepitev kompetenc svojcev, da se bodo zavedali pomena ohranjanja avtonomnosti in bodo znali ustrezno strukturirati dan za osebe z demenco.

Teško je določiti avtonomnost osebe z demenco, saj na osnovi literature ugotavljamo, da imajo raziskovalci in praktiki različno razumevanje koncepta. Vsekakor je v nadaljevanju treba poskrbeti, da se omogoča človeška bližina, da se socialna vključenost in ozaveščanje spodbujata na nivoju širše družbe, saj se bomo le tako soočili z izzivi, ki jih prinaša prihodnost.

6. Zaključek

V Sloveniji vplivajo na avtonomijo oseb z demenco večinoma svojci. Slaba socialna angažiranost je prepoznana kot eno od tveganj za demenco. Tudi v obdobju bolezni je socialna vključenost pomembna, saj vpliva na potek bolezni in avtonomijo osebe. Ohranjanje socialne mreže je nujno za blažitev neprijetnih ali celo nevarnih situacij ter zdrsa v revščino. Ob tem ne smemo pozabiti na potrebe svojcev, saj se z izobraževanjem, socialnimi aktivnostmi ter izmenjavo izkušenj krepijo medčloveške vezi in ohranjajo veščine. Naše izkušnje o pozitivnem učinku na uporabnike podpirajo dognanja iz literature (von Kutzleben idr. 2012, Dröes idr. 2019), zato bomo s tovrstnimi aktivnostim za osebe z demenco in za svojce, oskrbovalce oseb z demenco, nadaljevali tudi v prihodnje.

Literatura

- Alzheimer Europe. 2019. Dementia in Europe Yearbook 2019. Dostopno na: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> (22. julij 2020).
- Alzheimers Society. 2020. Dostopno na: <https://www.alzheimers.org.uk/> (22. julij 2020).
- Ashcroft, Bronwen. 2017. »A whole new world« facilitating person-centred care: an action research study (Doctoral dissertation, Charles Sturt University). Bathurst: Charles Sturt University.
- Berry, Brandon, Apesoa-Varano, Ester Carolina in Yarin Gomez. 2015. How family members manage risk around functional decline: The autonomy management process in households facing dementia. *Social Science & Medicine* 130: 107–114.
- Buse, Christina in Julija Twigg. 2014. Women with dementia and their handbags: Negotiating identity, privacy and 'home' through material culture. *J Aging Studies* 30: 14–22.
- Copenhagen Summit on cognitive reserve. 2020. *Consensus Statement Highlights Necessary Factors to Boost Cognitive Reserve*. Dostopno na: <https://ifa.ngo/news/press-release-consensus-statement-highlights-necessary-factors-to-boost-cognitive-reserve/> (22. julij 2020).
- Dröes, Rose-Marie, Chattat, Rabih, Diaz, Gove, Diane, Graff, Maud, Murphy, M., Verbeek, Hilde, Vernooij-Dassen, M., Clare, Linda, Johannessen, Aud, Roes, Martina, Verhey, Frans in Kevin Charras. 2017. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging Ment Health* 21(1): 4–17.
- Dröes, Rose-Marie, van Rijn, Annelies, Rus, Eline, Dacier, Seghoslène in Franka Meiland. 2019. Utilization, effect, and benefit of the individualized Meeting Centers Support Program for people with dementia and caregivers. *Clin Interv Aging* 14: 1527–1553.
- Evans, Isobel E. M., Llewellyn, David J., Matthews, Fiona E., Woods, Robert T., Brayne, Carol in Linda Clare. 2019. Social isolation, cognitive reserve, and cognition in older people with depression and anxiety. *Aging & Mental Health* 23(12): 1691–1700.
- Fetherstonhaugh, Deirdre, Tarzia, Laura in Rhonda Nay. 2013. Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. *Journal of Aging Studies* 27(2): 143–150.

- Hofland, Brian. F. 1994. When Capacity Fades and Autonomy Is Constricted: A Client-Centered Approach to Residential Care. *Generations (American Society on Aging)* 18(4): 31–35.
- Holm, Soren. 2001. Autonomy, authenticity, or best interest: Everyday decision-making and persons with dementia. *Medicine, Health Care and Philosophy* 4(2): 153–159.
- Kutzleben, von Milena, Schmid, Wolfgang, Halek, Margareta, Holle, Bernhard in Sabine Bartholomeyczik. 2012. Community-dwelling persons with dementia: what do they need? What do they demand? What do they do? A systematic review on the subjective experiences of persons with dementia. *Aging Ment Health* 16(3): 378–90.
- Lothian, Kate in Ian Philp. 2001. Care of older people: Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ: British Medical Journal* 322(7287): 668.
- Vugt, de Marjolein in Rose-Marie Dröes. 2017. Social health in dementia. Towards a positive dementia discourse. *Aging Ment Health* 21(1): 1–3.
- Mesec, Blaž in Tanja Lamovec. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Visoka šola za socialno delo, Ljubljana.
- Mesec, Blaž, Rape, Tamara in Liljana Rihter. 2009. *Načrtovanje raziskave: študijsko gradivo za interno uporabo. Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.
- Office for National Statistics. Deaths within the care sector involving COVID-19, England and Wales. 2020. Dostopno na: <https://www.ons.gov.uk/releases/deathswithinthecaresectorinvolvingcovid19> (22. julij 2020).
- Penninkilampi, Ross, Casey, Anne-Nicole, Fiatarone Singh, Maria in Henry Brodaty. 2018. The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis* 66(4): 1619–1633.
- Perkins, Molly M., Ball, Mary M., Whittington, Frank J. in Carole Hollingsworth. 2012. Relational autonomy in assisted living: A focus on diverse care settings for older adults. *Journal of Aging Studies* 26(2): 214–225.
- Scales, Kezia. 2014. *Doing what makes sense: Locating knowledge about person-centred care in the everyday logics of long-term care* (Doctoral dissertation, University of Nottingham). Nottingham: University of Nottingham.
- Smebye, Kari Lislrud, Kirkevold, Marit in Knut Engedal. 2015. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. *BMC Health Services Research* 16(1): 21.
- Welford, Claire, Murphy, Kathy, Rodgers, Vivien in Theresia Frauenlob. 2012. Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. *International Journal of Older People Nursing* 7(1): 65–69.
- WHO. 2019a. *Guidelines. Risk reduction of cognitive decline and dementia*. Dostopno na: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction (22. julij 2020).
- WHO. 2019b. A Scoping Review. *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?* Dostopno na: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-the-role-of-the-arts-in-improving-health-and-well-being-a-scoping-review-2019> (22. julij 2020).

Pomen medgeneracijskega sodelovanja pri aktivnem staranju v Mestni občini Ljubljana

The importance of intergenerational cooperation in active ageing in the City of Ljubljana

dr. Nikolaj Lipič, viš. pred.

Gerontološko društvo Slovenije

Eva Križnar, dipl. soc. geron.

Gerontološko društvo Slovenije

Povzetek

Uvod: Kakovostno medgeneracijsko sodelovanje in sobivanje v družini, skupnosti in družbi sta izziv za aktivno staranje posameznika in družbe. Ključni dejavniki aktivnega staranja so kakovostni medgeneracijski odnosi ter izmenjava znanj in izkušenj med generacijami, kar prispeva k vzpostavljanju medgeneracijskih mostov in zmanjševanju medgeneracijskih prepadov.

Metode: V delu raziskave, osredotočene na medgeneracijsko sodelovanje, je sodelovalo 435 oseb iz MOL, starih 55 let in več. Anketiranje smo izvedli v sredini leta 2020. Podatke smo obdelali z relevantnimi metodami deskriptivne in inferenčne statistike.

Rezultati: Z raziskavo smo ugotovili, da glede na izobrazbo starejših obstajajo značilne razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, glede na spol, status aktivnosti in tip gospodinj-skega bivanja pa teh razlik ni možno potrditi.

Razprava: Z ugotovitvami raziskave dodajamo k vrednotenju učinkov medgeneracijskega sodelovanja v lokalnem okolju MOL znanstvena spoznanja, ki nudijo relevantna izhodišča za načrtovanje in organiziranje različnih pristopov medgeneracijskega sodelovanja za starejše v MOL. Raziskovalna spoznanja je možno uporabiti v različnih medgeneracijskih centrih, medgeneracijskih projektih in na medgeneracijskih dogodkih.

Ključne besede: aktivno staranje, medgeneracijsko sodelovanje, medgeneracijski odnosi, generacije, Mestna občina Ljubljana.

Abstract

Introduction: Quality intergenerational cooperation and coexistence in a family, local community and social cohesion is a challenge for active ageing population. Key factors of active ageing are quality intergenerational relations and sharing knowledge and experience between generations contributing to establishing intergenerational bridges and bridging intergenerational gaps.

Methods: 435 people aged 55 and over from the City of Ljubljana participated in the survey focusing on intergenerational cooperation. Survey was conducted in mid-2020. Data was processed using relevant methods of descriptive and inferential statistics.

Results: Results show significant differences in satisfaction with intergenerational cooperation regarding education of the elderly, however, differences cannot be confirmed regarding gender, activity status and type of household.

Discussion: Research findings add to the field of evaluating effects of intergenerational cooperation on target groups, in local environment of the City of Ljubljana, scientific findings provide relevant starting points to plan and organise various approaches to intergenerational cooperation for the elderly in the City of Ljubljana. Research findings can be applied in various intergenerational centres, intergenerational projects and at intergenerational events.

Key words: active ageing, intergenerational cooperation, intergenerational relations, generations, the City of Ljubljana.

1. Uvod

S podaljševanjem življenjske dobe se aktivno stara tudi vse več starostnikov. Kljub temu zagotavljanje zdravega staranja predstavlja izziv za marsikatero državo. Staranje prebivalstva vpliva na različne sfere starostnikovega življenja, kar kliče po neprestanem prilagajanju in vseživljenjskem učenju. Odgovor na vprašanja problematike staranja prebivalstva lahko najdemo tudi v medgeneracijskem sodelovanju in kvalitetnih medgeneracijskih odnosih, ki omogočajo osebno rast, prenos znanj in splošno boljše počutje, tako starejše kot tudi mlajše generacije.

Dejstvo je, da se prebivalstvo Evrope in tudi Slovenije stara, saj se daljša življenjska doba. Tempo življenja je vse hitrejši, kar od starega človeka zahteva aktivnost in nenehno spreminjanje, prilagajanje in vseživljenjsko učenje. Osrednji vidik aktivnega staranja predstavljajo kvalitetni medgeneracijski odnosi in medgeneracijsko sodelovanje, saj kakovostno staranje temelji predvsem na sodelovanju med generacijami z izmenjavami znanj in izkušenj.

Medgeneracijsko sodelovanje je prepoznano kot dejavnik »vključenosti v družbo«, v okviru tretjega stebra Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017), katere vodilna os soočanja z dolgoživostjo slovenske družbe je prav aktivno staranje. »Povezovanje in sodelovanje med generacijami in znotraj generacij povečuje medgeneracijsko sožitje ter medsebojno razumevanje. Predvsem gre za izmenjavo in prenos izkušenj ter znanj, medsebojno pomoč, druženje, učenje in širjenje socialne mreže. Vse to je v dolgoživi družbi pomembno tudi za večjo socialno vključenost starejših in zmanjšanje njihove osamljenosti. Za uspešno medgeneracijsko sodelovanje je nujna ozaveščenost družbe o nujnosti tega sodelovanja za dobrobit celotne družbe« (UMAR 2017, 54). Zato želimo v tem prispevku proučiti zadovoljstvo starejših občank in občanov iz Mestne občine Ljubljana (v nadaljevanju MOL), starih 55 let in več, z medgeneracijskim sodelovanjem in prispevkom medgeneracijskega sodelovanja k aktivnemu staranju.

2. Pregled teoretičnih izhodišč

Večina držav po svetu pa se ne spopada le z upadanjem rodnosti prebivalstva, temveč tudi z njegovim staranjem kot fenomenom, katerega dimenzije v sferi življenja starejših so tako ekonomske kot tudi socialne (Thalassinos idr. 2019). Te demografske spremembe so tudi ključen razlog za spremembe na trgu dela, saj naj bi po projekcijah prebivalstva do leta 2060 delež starejših že predstavljal skoraj tretjino svetovnega prebivalstva. Pričakujemo torej lahko, da se bo delež starejših zaposlenih na vseh področjih neizogibno povečal (Žakelj in Rameša 2018).

Medtem ko je večina starejših zadovoljivo zdrava in ostaja aktivna tudi v starosti, definicija termina »starejša oseba« ostaja neredefinirana. Če bi se namreč spremenila in zvišala starostna meja, s katero definiramo osebo kot starejšo osebo, na 75 let, bi se percepcija porasta števila starejše populacije v očeh družbe močno znižala. Pri tem moramo preseči zastarelo tradicionalno razumevanje,

da je starost posameznika glavni atribut človeka ter da je starost povezana z drugimi socialnimi karakteristikami znotraj družbenih struktur (Kelly in Lazarus 2015). Zdi se, da je politika spodbujanja aktivnega staranja povezana z modernizacijo socialnih držav, ki poteka v zadnjih desetletjih. V tem kontekstu se tako država kot tudi javni sektor postopoma odmikata od modela skrbi in zaščite populacije in se pomikata h konceptu, ki temelji na aktivnosti in angažiranosti posameznika (Jacobsen 2017). Zato so se nekatere evropske države na aktualne demografske spremembe odzvale s spremembami lastnih socialnovarstvenih sistemov. V mnogih primerih so reforme zajemale postopno zvišanje upokojitvene starosti (Aparicio in Fenoll 2020).

Zagotavljanje zdravega in aktivnega staranja predstavlja velik izziv marsikatere države. V primeru napačnih ukrepov smo namreč lahko priča preobratu prebivalstvene piramide, kar ima ogromen vpliv na gospodarstvo, zdravje, razvoj družbe in zdravstveno varstvo. Izhodišče aktivnega staranja ni zgolj dosežek, da starejši, ki se aktivno starajo, živijo dlje, ampak tudi, da živijo bolj kakovostno. Zdravo in aktivno staranje optimizirata priložnost posameznika za aktivno sodelovanje v družbi, uživanje neodvisnosti in višjo kakovost življenja, kar na eni strani prispeva k nižanju stroškov zdravstvenega varstva in na drugi pomeni pomemben prispevek k družbeni blaginji (Gil-Lacruz idr. 2020).

Trend upadanja števila prebivalstva je prisoten tako v vseh razvitih zahodnih državah kot tudi v Sloveniji. S trendom upadanja števila prebivalstva pa se povečuje trend vse bolj aktivne in mobilne starejše populacije. Udeležujejo se različnih delavnic, srečanj in turističnih potovanj. Danes velja dejstvo, da so starejši tako v tretjem kot tudi v četrtem življenjskem obdobju še vedno vitalni, polni energije, znanja in različnih sposobnosti (Raspor in Macuh 2019). Vendar pa ima dobro počutje posameznika tudi subjektiven pomen, nanaša se na oceno kakovosti lastnega življenja kot pomembnega, zadovoljujočega in vrednega. Dolgoletne študije so razkrile, da starejši posamezniki, ki so kontinuirano izpostavljeni različnim aktivnostim, živijo dlje (Ku idr. 2016).

Edina stalnica današnje družbe so spremembe. Hiter tempo življenja in nenehni razvoj sta zagotovo prisotna v mnogih podjetnih in delovnih procesih. Te spremembe zahtevajo pri posamezniku nenehno prilagajanje, vseživljenjsko učenje in prenašanje znanja iz ene generacije na drugo. Neizogibno je dejstvo, da staranje poleg izkušenj in modrosti s seboj prinese tudi počasnejše prilagajanje zahtevnemu tempu sodobnosti in nenehno spreminjajočim se delovnim procesom. Prav zato se morajo podjetja na generacijske razlike odzivati s prilagoditvami in vključevanjem vseh generacij zaposlenih v izobraževanja in usposabljanja (Papić 2017). Diskurz o staranju zato ne vključuje več samo vse pogostejših dilem in protislovij o delovni aktivnosti v starosti, temveč ustvarja tudi novo distinkcijo med tistimi, ki dosežejo uspešno staranje z ohranjanjem mladostnosti, in tistimi, ki tega ne dosežejo. Podaljševanje delovne dobe in posledično ohranjanje (ekonomske) produktivnosti razumemo kot dosežek starega človeka. Rečemo lahko celo, da je uspeh v starejših letih konstruiran na podoben način kot uspeh v mladih letih (Whiting in Pritchard, 2020).

Z demografskimi spremembami, ki jih prinaša staranje prebivalstva, se soočamo tudi v slovenskem prostoru. Slovenija je v procesu demografskega prehoda, ki bo v prihodnjih letih vse bolj intenziven. Slovenija zatorej postaja dolgoživa družba. Skupaj s podaljševanjem življenjske dobe in vedno hitrejšim uvajanjem novih tehnoloških sprememb v družbo in gospodarstvo se postopoma spreminja tudi dojemanje posameznikovega (delovnega) življenjskega cikla. Le-ta bo namreč čedalje bolj spremenjen. Posameznik bo lahko imel več karier, usposabljati oziroma izobraževati se bo moral skozi celotno življenjsko obdobje, ohranjal bo aktivnost tudi po formalni upokojitvi. Prispeval bo k skupnosti preko zaposlitve za krajši delovni čas, preko mentorstva, prostovoljstva, socialnega podjetništva ali ljubiteljske aktivnosti (IB Revija 2017). Prostovoljstvo v starosti je močno povezano s splošno blaginjo posameznika in prispeva k družbenemu razvoju posameznika. Zato je vpetost starejših v delovanje nevladnih organizacij, tretjega sektorja ali socialne ekonomije deležno izrazi-

tih spodbud različnih evropskih vlad (Gil-Lacruz idr. 2020). To vse so dejavniki koncepta uspešnega staranja (Kelly in Lazarus 2015).

Aktiven življenjski slog v prostem času je torej pomembno ohranjati tudi v starosti, saj je povezan z boljšim psihičnim stanjem, samospoštovanjem, zadovoljstvom z življenjem, dobro samopodobo in različnimi družbenimi interakcijami. Tovrsten življenjski slog posameznika ščiti tudi pred različnimi fizičnimi in psihičnimi boleznimi (IB Revija 2017). V mozaiku različnosti motivov aktivnega staranja so tudi potovalni motivi starejših, kjer se glede na trende aktivnega staranja prebivalstva po Paku (2020) predvideva, da se bo delež mednarodnih potovanj povečeval za 5 % na leto, saj imajo posamezniki v upokojitvenih letih znatno kupno moč. Posledično je torej bolj verjetno, da bodo svoj povečani prosti čas aktivno preživljali, saj se ugotavlja, da starejši v primerjavi z ostalimi družbenimi skupinami največ svojega denarja namenijo turizmu. Trend naraščanja turizma v starosti bo vse bolj naraščal, kar prispeva k boljšemu zdravju mobilnih starejših.

Starejši si danes želijo biti zdravi pozno v starost, kar vpliva na pogostost in intenziteto njihovih pristočasnih aktivnosti, jim omogoča kontinuirano aktivnost na trgu dela in jim prinaša spoštovanje prijateljev in družbe nasploh (Hardy idr. 2018). Spremembe v načinu staranja bo prav tako povzročila tudi večja zaposlenost žensk na trgu dela. To starejši populaciji omogoča prevzemanje vse več življenjskih vlog in usklajevanje različnih družinskih obveznosti (Vlachantoni idr. 2019). Vse več starejših pozornost usmerja v načrtovanje lastnega staranja in izbira drugačne načine uporabe lastnih kompetenc in izkušenj. Mnogi ostajajo aktivni z redno zaposlitvijo, skrbjo za drugega ali pa s prostovoljskim družbenim participiranjem. Pomembno je tudi nadaljevati z izobraževanjem, ki pozitivno vpliva na zdravje in kakovost življenja posameznika. Vseživljenjsko učenje posamezniku omogoča doseganje tako starih kot tudi novih ambicij. Za bolj izobražene starejše je tudi bolj verjetno, da bodo v prostem času proučevali aktualne tematike, vključno s tematiko promocije zdravja in skrbi zase, in raziskovali nove, inovativne produkte in storitve. Želja po intelektualni stimulaciji, ki se udejanja skozi vseživljenjsko učenje, pripomore h kognitivnemu, fizičnemu in socialnemu zdravju posameznika (Hardy idr. 2018).

Podaljševanje življenjske dobe omogoča vse več posameznikom srednje generacije medgeneracijsko sodelovanje, povezovanje in sožitje s posamezniki starejših generacij. Z vse bolj odloženim rojevanjem otrok in podaljševanjem prehoda v samostojnost in neodvisnost imajo srednje generacije še nadaljnje obveznosti s svojimi (odraslimi) otroki. Posledično v zadnjem desetletju vse več posameznikov nudi pomoč oziroma skrbi tako za svoje otroke kot tudi za svoje starše – govorimo o t. i. »sendvič generaciji« (Vlachantoni idr. 2019).

Na izoblikovanje pričakovanj glede lastnega življenja v starosti (ne)posredno vplivajo tudi medgeneracijski odnosi in medijske predstavitve starejših (Jarrott in Savla 2016). Kakovostni medgeneracijski odnosi so eden izmed pomembnih vidikov aktivnega staranja. Osamljenost negativno vpliva na psihično in fizično zdravje posameznika, saj je potreba po stiku in medsebojni povezanosti ena izmed temeljnih človekovih potreb. Vzpostavljane različnih socialnih stikov in ustvarjanje novih poznanstev med starimi in mladimi se lahko razvije tudi v odnos, ki spominja na družinskega, saj mladi in starejši niso sovrstniki. Odnos med mlajšo in starejšo generacijo pomaga ustvarjati osebno rast, empatijo in boljše počutje človeka nasploh. Zato je treba v izobraževanje mladih vključevati vse več medgeneracijskih tem, ki jim nudijo izkustveno učenje in lastno vključevanje v kontekst medgeneracijskega življenja. Na tak način razvijejo sposobnost kritičnega razmišljanja, se aktivno učijo in postanejo bolj senzibilni za socialne probleme posameznikov različnih generacij (Aguilera-Hermida idr. 2019). Uspešno staranje vseh generacij je odvisno od medsebojne izmenjave in medgeneracijskih odnosov. Zato uspešen prenos znanja in izkušenj starejše generacije na mlajše lahko pričakujemo le, če so upoštevane tudi nove perspektive mlajših generacij. Kot posledica se

medgeneracijski dialog nanaša na nenehno učenje in odprtost za nove izkušnje, ne le pri mlajših generacijah, temveč tudi pri starejših (Schmitt idr. 2015).

H krepitvi medgeneracijskega povezovanja prispeva tudi vključevanje starejših v medgeneracijske centre. Rajh in Lipič (2015) sta proučevala učinek vključevanja devetdesetih občanov Ptuja v tak center in ugotovila, da je okrog dve tretjini vključenih ocenila, da je vključevanje v medgeneracijski center izboljšalo njihovo kakovost življenja, več kot polovica je ovrednotila športne, ustvarjalne in izobraževalne dejavnosti kot najbolj primerne aktivnosti medgeneracijskega centra in več kot štiri petine vključenih je ocenilo, da vključevanje v medgeneracijski center pripomore k aktivnemu staranju.

Medgeneracijsko sodelovanje se je razkrilo kot temeljna vizija in odgovor na starajočo se populacijo. Z vse večjimi razlikami med generacijami, modernizacijo, širitvijo razpada družin in starostnim razslojevanjem je vse manj priložnosti, da bi mlajše in starejše generacije skupaj živele v medgeneracijskih družinah in drugih skupnostnih kontekstih, kjer bi se povezovalo več generacij. V današnji tehnološki eri digitalni razkorak med generacijami ne predstavlja samo izziva za družbene norme, temveč krni tudi možnosti za medgeneracijske stike (Sun idr. 2018). Medgeneracijsko sodelovanje lahko torej razumemo kot rešitev fenomena staranja družbe. Vendar pa je to področje danes razvojno še vedno na svoji začetki točki družbenega napredka, saj večina študij na tem področju še vedno temelji na konceptualnem in kvalitativnem pristopu (Leon 2020).

3. Namen in cilj

Namen prispevka je proučiti zadovoljstvo starejših občank in občanov iz MOL, starih 55 let in več, z medgeneracijskim sodelovanjem in prispevkom medgeneracijskega sodelovanja k aktivnemu staranju. Cilj prispevka je identificirati zadovoljstvo starejših občank in občanov iz MOL z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL, z razvijanjem možnosti, spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL, s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL, spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...), z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL in vključenostjo starejših iz MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja.

Zadovoljstvo starejših iz MOL z medgeneracijskim sodelovanjem smo preverjali z naslednjimi štirimi hipotezami:

H1: Obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na spol starejših občank in starejših občanov iz MOL.

H2: Obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na izobrazbo starejših občank in starejših občanov iz MOL.

H3: Obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na status aktivnosti starejših občank in starejših občanov iz MOL.

H4: Obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na tip gospodinjanskega bivanja starejših občank in starejših občanov iz MOL.

4. Metode

Teoretična izhodišča smo pripravili z metodo kompilacije, komparacije in deskriptivne metode. Podatke za empirično raziskavo smo zbirali z metodo anketiranja. Podatke smo obdelali z izbranimi metodami deskriptivne in inferenčne statistike, kjer smo uporabili neodvisni t-test in ANOVA.

4.1. Opis instrumenta

Lasten anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz 23 sklopov, smo oblikovali na osnovi izhodišč Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017). V pričujočem prispevku smo uporabili le dva sklopa podatkov, in sicer sklop socialnodemografskih podatkov (spol, starost, status aktivnosti, tip gospodinjkega bivanja) in sklop zadovoljstva z medgeneracijskim sodelovanjem (šest trditev). Anketiranci so svojo naklonjenost do trditev izrazili na petstopenjski intervalni lestvici, kjer je 1 pomenilo »zelo nezadovoljen« in 5 »zelo zadovoljen«.

4.2. Opis vzorca

V anketiranju za celotno raziskavo, ki smo jo izvajali leta 2020 v MOL, je skupaj sodelovalo 597 starejših občanov MOL (486 anketirank: 81,4 %; 111 anketirancev: 18,6 %), starih 55 let in več. Povprečna starost anketirancev je 68,07 leta. V raziskavi, v sklopu trditev o medgeneracijskem sodelovanju, je sodelovalo 435 anketirancev (351 anketirank: 80,7 %; 84 anketirank: 19,3 %).

4.3. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

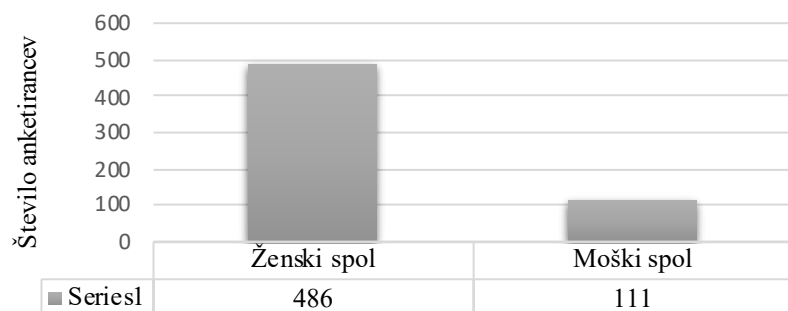
Podatke smo zbrali v sredini leta 2020. Pri zbiranju podatkov smo zaradi novega koronavirusa uporabili osebno pisno in spletno anketiranje. Vsi udeleženci v raziskavi so sodelovali anonimno in prostovoljno, saj so lahko, če so se tako odločili, v vsaki fazi raziskave odstopili od sodelovanja. Podatke smo obdelali z računalniškim programom SPSS (verzija 26).

5. Rezultati

5.1. Deskriptivna statistika za spolno strukturo, izobrazbeno strukturo, strukturo glede statusa aktivnosti in strukturo glede tipa gospodinjkega bivanja

Deskriptivna statistika za spolno strukturo se nanaša na prvo hipotezo, za izobrazbeno strukturo na drugo hipotezo, za strukturo glede statusa aktivnosti na tretjo hipotezo in za strukturo glede tipa gospodinjkega bivanja na četrto hipotezo.

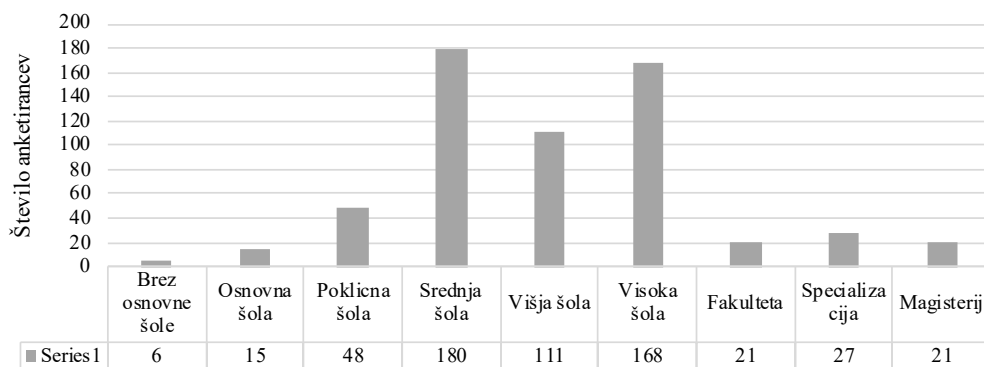
Na sliki 1 predstavljamo spolno strukturo anketirancev. V raziskavi je skupaj sodelovalo 597 anketirancev, od tega 486 žensk in 111 moških.



Slika 1: Spolna struktura anketirancev

Vir: Lastna raziskava 2020.

Izobrazbena struktura anketirancev je predstavljena na sliki 2. Največ anketirancev ima dokončano srednjo šolo (N = 180), visoko šolo (N = 168) in višjo šolo (N = 111). Sledijo dokončana poklicna šola (N = 48), specializacija (N = 27) ter fakultetna izobrazba in pridobljen magisterij (N = 21). Najmanj anketirancev je brez dokončane osnovne šole (N = 6) in z dokončano osnovno šolo (N = 15).



Slika 2: Izobrazbena struktura anketirancev

Vir: Lastna raziskava 2020.

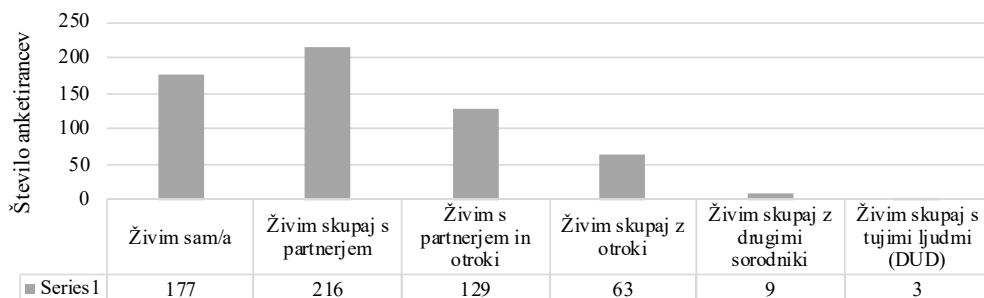
Na sliki 3 predstavljamo strukturo anketirancev glede na status aktivnosti. Več kot tri četrtine anketirancev je upokojenih (N = 471), slaba šestina je zaposlenih za nedoločen čas (N = 93). Manjši delež anketirancev je zaposlenih za določen čas, so brezposelni ali so izbrali možnost drugo.



Slika 3: Strukturo anketirancev glede statusa aktivnosti

Vir: Lastna raziskava 2020.

Strukturo anketirancev glede na tip gospodinjstvega bivanja predstavljamo na sliki 4. Več kot tretjina anketirancev živi skupaj s partnerjem (N = 216), slabe tri desetine jih živi samih (N = 177), dve desetini s partnerjem in otroki (N = 129) ter ena desetina skupaj z otroki (N = 63). Zelo malo anketirancev živi skupaj z drugimi sorodniki in skupaj s tujimi ljudmi.



Slika 4: Strukturo anketirancev glede na tip gospodinjstvega bivanja

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.2. Zadovoljstvo starejših z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL

V del raziskave o zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem je bilo vključenih 435 anketirancev iz MOL, starih 55 let in več. Med anketiranci smo preverili naklonjenost do šestih trditev o zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL. Naklonjenost do trditev so izrazili na petstopenjski intervalni lestvici, kjer je 1 pomenilo »zelo nezadovoljen« s trditvijo in 5 »zelo zadovoljen« s trditvijo. V tabeli 1 so predstavljeni rezultati. Ugotavljamo, da so anketiranci izrazili najvišje zadovoljstvo »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« ($M = 3,43$; $SD = 0,939$), sledi zadovoljstvo »z vključenostjo starejših iz MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« ($M = 3,09$; $SD = 0,925$). Nekoliko manjše zadovoljstvo izražajo anketiranci »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« ($M = 3,08$; $SD = 0,907$) in »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« ($M = 3,08$; $SD = 0,930$). Predzadnje mesto pripada zadovoljstvu »z razvijanjem možnosti in spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« ($M = 3,03$; $SD = 0,958$). Najmanj so anketiranci zadovoljni »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« ($M = 3,01$; $SD = 0,952$).

Tabela 1: Zadovoljstvo starejših z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL

Zadovoljstvo	N	M	SD
Z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL	435	3,08	0,907
Z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanj na različnih področjih v MOL	435	3,03	0,958
S promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL	435	3,01	0,952
S spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)	435	3,43	0,939
Z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL	435	3,08	0,930
Z vključenostjo starejših iz MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja	435	3,09	0,925

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Vir: Lastna raziskava 2020.

V tabeli 2 predstavljamo strukturo zadovoljstva starejših iz MOL z medgeneracijskim sodelovanjem, medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših. Ugotavljamo, da je pri vseh trditvah o medgeneracijskem sodelovanju na petstopenjski lestvici zadovoljstva največ anketirancev izbralo nevtralni odgovor »nezadovoljen/zadovoljen«.

Tabela 2: Struktura zadovoljstva starejših z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, s spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših

Zadovoljstvo/ medgeneracijsko sodelovanje	Z med- genera- cijskim sodelova- njem		Z med- genera- cijskim prenosom znanja		S promocijo		S spod- bujanjem medge- neracijske pomoči		Z ozave- ščanjem		Z vklju- čenostjo starejših	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Zelo nezadovoljen	15	3,4	30	6,9	27	6,2	12	2,8	18	4,1	24	5,5
Nezadovoljen	90	20,7	78	17,9	93	21,4	45	10,3	84	19,3	66	15,2
Nezadovoljen/ zadovoljen	201	46,2	198	45,5	186	42,8	177	40,7	210	48,3	222	51,0
Zadovoljen	102	23,4	105	24,1	108	24,8	144	33,1	90	20,7	93	21,4
Zelo zadovoljen	27	6,2	24	5,5	21	4,8	57	13,1	33	7,6	30	6,9
Skupaj	435	100	435	100	435	100	435	100	435	100	435	100

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.3. Razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, s spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na spol starejših

V tabeli 3 predstavljamo rezultate zadovoljstva anketirank in anketirancev z medgeneracijskim sodelovanjem na splošno, medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL. Ugotavljamo, da so anketiranke pri celotnem pogledu na medgeneracijsko sodelovanje v MOL bolj zadovoljne kot anketiranci, saj so kar pri petih od šestih trditve izrazile višje zadovoljstvo kot anketiranci. Anketiranci so v primerjavi z anketirankami bolj zadovoljni le z vključenostjo starejših iz MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja. Sicer so anketiranke najbolj zadovoljne »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,46; SD = 0,976), sledi zadovoljstvo »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« (M = 3,11; SD = 0,951), nato zadovoljstvo »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,10; SD = 0,966), zadovoljstvo »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (M = 3,08; SD = 0,955), zadovoljstvo »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,06; SD = 0,991) in zadovoljstvo »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« (M = 3,06; SD = 1,033). Pri anketirancih je vrstni red drugačen, saj so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,32; SD = 0,763), sledi zadovoljstvo »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (M = 3,14; SD = 0,794), zadovoljstvo »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,00; SD = 0,760), zadovoljstvo »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« (M = 2,96; SD = 0,685), zadovoljstvo »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« (M = 2,93; SD = 0,533) in zadovoljstvo »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 2,79; SD = 0,729).

Tabela 3: Razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, s spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na spol starejših

Zadovoljstvo	Spol	N	M	SD
Z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL	Ženski	351	3,11	0,951
	Moški	84	2,96	0,685
Z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanj na različnih področjih v MOL	Ženski	351	3,06	1,033
	Moški	84	2,93	0,533
S promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL	Ženski	351	3,06	0,991
	Moški	84	2,79	0,729
S spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)	Ženski	351	3,46	0,976
	Moški	84	3,32	0,763
Z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL	Ženski	351	3,10	0,966
	Moški	84	3,00	0,760
Z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja	Ženski	351	3,08	0,955
	Moški	84	3,14	0,794

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.
Vir: Lastna raziskava 2020.

5.4. Razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, s spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na izobrazbo starejših

V tabeli 4 predstavljamo zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, promocijo, spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na izobrazbo starejših. Anketiranci so se opredelili za naslednje stopnje izobrazbe: brez osnovne šole, osnovna šola, poklicna šola, srednja šola, višja šola, visoka šola, fakultetna stopnja, specializacija in magisterij. Anketiranci brez osnovne šole so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 4,00; SD = 1,095) ter najmanj »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« (M = 3,00; SD = 0,000) in »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,00; SD = 0,000). Anketiranci z osnovno šolo so najbolj zadovoljni »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (M = 3,25; SD = 1,138) in najmanj »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 2,50; SD = 0,522). Anketiranci s poklicno šolo so najbolj zadovoljni »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« (M = 3,38; SD = 0,875) in »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (M = 3,38; SD = 1,013) ter najmanj »z razvijanjem možnosti in spodbujanje mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« (M = 2,88; SD = 0,797). Anketiranci s srednjo šolo so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,60; SD = 0,857) in najmanj »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,04; SD = 1,036). Anketiranci z višjo šolo so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb

za starejše in invalidne sorodnike ...» (M = 3,44; SD = 1,037) ter najmanj »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 2,96; SD = 1,006) in »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (M = 2,96; SD = 0,887). Anketiranci z visoko šolo so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,36; SD = 0,899) in najmanj »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,12; SD = 0,826). Anketiranci s fakultetno izobrazbo so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,83; SD = 0,707) ter najmanj »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« (M = 3,00; SD = 1,029), »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,00; SD = 1,029), »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,00; SD = 1,029) in »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (M = 3,00; SD = 1,029). Anketiranci s specializacijo so najbolj zadovoljni »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« (M = 2,60; SD = 1,242) in »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,60; SD = 1,549) ter najmanj »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« (M = 2,20; SD = 1,207), »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 2,20; SD = 1,207) in »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (M = 2,20; SD = 1,207). Anketiranci z magisterijem pa so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,33; SD = 0,485) ter najmanj »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« (M = 2,50; SD = 0,786), »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« (M = 2,50; SD = 0,786) in »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 2,50; SD = 0,786).

Tabela 4: Razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, s spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na izobrazbo starejših

	N	Z medgeneracijskim sodelovanjem		Z medgeneracijskim prenosom znanja		S promocijo		S spodbujanjem medgeneracijske pomoči		Z ozaveščanjem		Z vključenostjo starejših	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Brez OŠ	6	3,00	0,000	3,50	0,548	3,50	0,548	4,00	1,095	3,00	0,000	3,50	,548
OŠ	12	2,75	0,452	2,75	0,452	2,75	0,452	3,00	0,000	2,50	0,522	3,25	1,138
PokŠ	24	3,38	0,875	2,88	0,797	3,25	0,676	3,25	0,989	3,13	0,947	3,38	1,013
SreŠ	135	3,13	0,983	3,13	1,028	3,04	1,036	3,60	0,857	3,18	0,999	3,20	0,983
VišŠ	81	3,07	0,818	3,00	0,987	2,96	1,006	3,44	1,037	3,04	0,968	2,96	0,887
VisŠ	126	3,14	0,836	3,17	0,846	3,12	0,826	3,36	0,899	3,21	0,776	3,14	0,712
Fak	18	3,17	1,098	3,00	1,029	3,00	1,029	3,83	0,707	3,00	1,029	3,00	1,029
Spec	15	2,60	1,242	2,20	1,207	2,20	1,207	2,60	1,549	2,40	1,056	2,20	1,207
Mag	18	2,50	0,786	2,50	0,786	2,50	0,786	3,33	0,485	2,67	0,970	2,67	0,970
Sk	435	3,08	0,907	3,03	0,958	3,01	0,952	3,43	0,939	3,08	0,930	3,09	0,925

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, OŠ – osnovna šola, PokŠ – poklicna šola, SreŠ – srednja šola, VišŠ – višja šola, VisŠ – visoka šola, Fak – fakulteta, Spec – specializacija, Mag – magisterij, Sk – skupaj.
Vir: Lastna raziskava 2020.

5.5. Razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, s spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na status aktivnosti starejših

V tabeli 5 predstavljamo zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na status aktivnosti starejših. Anketiranci so se opredelili med naslednjimi statusi aktivnosti: zaposleni za nedoločen čas, zaposleni za določen čas, brezposelni, upokojeanci in drugo. Zaposleni anketiranci za nedoločen čas so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,33; SD = 0,904) in najmanj »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 2,92; SD = 0,915). Zaposleni anketiranci za določen čas so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,25; SD = 0,452) in »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,25; SD = 0,452) ter najmanj »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« (M = 3,00; SD = 0,000), »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanj na različnih področjih v MOL« (M = 3,00; SD = 0,000), »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,00; SD = 0,000) in »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (M = 3,00; SD = 0,000). Brezposelni so najbolj zadovoljni »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (M = 4,00; SD = 1,095) ter najmanj »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« (M = 3,00; SD = 0,000), »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« (M = 3,00; SD = 0,000), »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,00; SD = 0,000), »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,00; SD = 0,000) in »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,00; SD = 0,000). Upokojeanci so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,47; SD = 0,968) in najmanj »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,04; SD = 0,992). Anketiranci, ki so izbrali možnost drugega statusa aktivnosti, niso izrazili zadovoljstva z medgeneracijskim sodelovanjem.

Tabela 5: Razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, s spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na status aktivnosti starejših

	N	Z medgeneracijskim sodelovanjem		Z medgeneracijskim prenosom znanja		S promocijo		S spodbujanjem medgeneracijske pomoči		Z ozaveščanjem		Z vključenostjo starejših	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Zaposlen/a za NDČ	72	2,96	0,795	2,96	0,941	2,88	0,887	3,33	0,904	2,92	0,915	2,96	0,895
Zaposlen/a za DČ	12	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	3,25	0,452	3,25	0,452	3,00	0,000
Brezposeln/a	6	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	4,00	1,095
Upokojenec/ka	342	3,11	0,954	3,05	0,991	3,04	0,992	3,47	0,968	3,11	0,954	3,11	0,941
Drugo	3	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000
Sk	435	3,08	0,907	3,03	0,958	3,01	0,952	3,43	0,939	3,08	0,930	3,09	0,925

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, NDČ – nedoločen čas, DČ – določen čas, Sk – skupaj. Vir: Lastna raziskava 2020.

5.6. Razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, s spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na tip gospodinjskega bivanja starejših

V tabeli 6 predstavljamo zadovoljstvo z medgeneracijskim sodelovanjem, medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na tip gospodinjskega bivanja starejših. Anketiranci so se opredelili med naslednjimi tipi gospodinjskega bivanja starejših: živim sam, živim skupaj s partnerjem, živim skupaj s partnerjem in otroki, živim skupaj z otroki, živim skupaj z drugimi sorodniki in živim skupaj s tujimi ljudmi. Anketiranci, ki živijo sami, so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,33; SD = 1,066) in najmanj »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,07; SD = 1,013). Anketiranci, ki živijo skupaj s partnerjem, so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,54; SD = 0,844) in najmanj »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 2,82; SD = 0,988). Anketiranci, ki živijo s partnerjem in otroki, so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,54; SD = 0,844) in najmanj »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« (M = 3,00; SD = 0,588). Anketiranci, ki živijo skupaj z otroki, so najbolj zadovoljni »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (M = 3,57; SD = 0,991) in najmanj »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (M = 3,07; SD = 1,045). Anketiranci, ki živijo skupaj z drugimi sorodniki, in anketiranci, ki živijo skupaj s tujimi ljudmi, niso izrazili naklonjenosti do trditev o medgeneracijskem sodelovanju v MOL.

Tabela 6: Razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, z medgeneracijskim prenosom znanja, s promocijo, s spodbujanjem medgeneracijske pomoči, z ozaveščanjem in vključenostjo starejših v MOL glede na tip gospodinjkega bivanja starejših

	N	Z medgeneracijskim sodelovanjem		Z medgeneracijskim prenosom znanja		S promocijo		S spodbujanjem medgeneracijske pomoči		Z ozaveščanjem		Z vključenostjo starejših	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
S	126	3,14	1,086	3,17	1,094	3,07	1,013	3,33	1,066	3,24	1,023	3,12	0,985
P	153	3,04	0,973	2,86	0,932	2,82	0,988	3,41	0,892	2,88	0,858	2,92	0,862
P+O	105	3,00	0,588	3,06	0,830	3,14	0,765	3,54	0,844	3,14	0,837	3,20	0,859
O	42	3,21	0,782	3,14	0,926	3,07	1,045	3,57	0,991	3,14	1,072	3,29	1,111
DS	6	3,50	0,548	3,50	0,548	3,50	0,548	3,50	0,548	3,50	0,548	3,50	0,548
TL	3	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000	3,00	0,000
Sk	435	3,08	0,907	3,03	0,958	3,01	0,952	3,43	0,939	3,08	0,930	3,09	0,925

Opomba: N – numerus, M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, S – živim sam, P – živim skupaj s partnerjem, P+O – živim s partnerjem in otroki, O – živim skupaj z otroki, DS – živim skupaj z drugimi sorodniki, TL – živim skupaj s tujimi ljudmi (DUD), Sk – skupaj.

Vir: Lastna raziskava 2020.

6. Razprava

Zadovoljstvo starejših v MOL z medgeneracijskim sodelovanjem smo v prispevku obravnavali z vidika šestih komponent, in sicer zadovoljstva z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL, zadovoljstva z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL, zadovoljstva s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL, zadovoljstva s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...), zadovoljstva z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL in zadovoljstva z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja. Zastavili smo si štiri hipoteze, kjer so nas glede na opredeljene komponente zanimale razlike glede na spol, izobrazbo, status aktivnosti in tip gospodinjkega bivanja starejših iz MOL.

Pri preverjanju prve hipoteze, da obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na spol starejših občank in starejših občanov iz MOL, smo uporabili analizo neodvisnega t-testa. Rezultati neodvisnega t-testa pokažejo, da so razlike statistično značilne glede na spol le pri eni od šestih komponent, to je pri zadovoljstvu starejših iz MOL »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (p = 0,005). Pri ostalih petih komponentah zadovoljstva starejših z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL ne moremo potrditi statistično značilnih razlik glede na spol: »z medgeneracijskim sodelovanjem na splošno v MOL« (p = 0,106), »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« (p = 0,103), »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« (p = 0,156), »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« (p = 0,295) in »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« (p = 0,558). Na podlagi rezultatov prve hipoteze, da obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na spol

starejših občank in občanov iz MOL, ne moremo potrditi. Sprejmemo lahko sklep, da med občankami in občani ni značilnih razlik v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL.

Pri preverjanju druge hipoteze, da obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na izobrazbo starejših občank in občanov iz MOL, smo uporabili analizo ANOVA. Rezultati analize ANOVA pokažejo, da so razlike glede na izobrazbo starejših iz MOL statistično značilne pri vseh šestih komponentah zadovoljstva z medgeneracijskim sodelovanjem: »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« ($p = 0,029$), »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« ($p = 0,002$), »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« ($p = 0,004$), »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« ($p = 0,001$), »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« ($p = 0,007$) in »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« ($p = 0,001$). Na osnovi rezultatov lahko drugo hipotezo, da obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na izobrazbo starejših občank in starejših občanov iz MOL, potrdimo. Sprejmemo sklep, da obstajajo značilne razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na izobrazbo starejših iz MOL.

Tudi pri preverjanju tretje hipoteze, da obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na status aktivnosti starejših občank in starejših občanov iz MOL, smo uporabili analizo ANOVA. Rezultati pokažejo, da razlike glede na status aktivnosti starejših niso statistično značilne v nobeni od šestih komponent zadovoljstva z medgeneracijskim sodelovanjem: »z medgeneracijskim sodelovanjem v MOL« ($p = 0,749$), »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« ($p = 0,963$), »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« ($p = 0,795$), »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« ($p = 0,432$), »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« ($p = 0,535$) in »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« ($p = 0,111$). Rezultati preverjanja tretje hipoteze, da obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na status aktivnosti starejših občank in občanov iz MOL, kažejo, da hipoteze ne moremo potrditi. Sprejmemo sklep, da ne obstajajo značilne razlike v zadovoljstvu starejših iz MOL z medgeneracijskim sodelovanjem glede na status aktivnosti.

Za preverjanje četrte hipoteze, da obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na tip gospodinjskega bivanja starejših občank in starejših občanov iz MOL, smo ponovno uporabili analizo ANOVA. Rezultati so pokazali statistično značilne razlike le v eni komponenti zadovoljstva z medgeneracijskim sodelovanjem, in sicer pri zadovoljstvu »z ozaveščenostjo o pomenu medgeneracijskega sodelovanja v MOL« ($p = 0,028$). Pri vseh ostalih komponentah razlike niso bile statistično značilne: »z medgeneracijskim sodelovanjem na splošno v MOL« ($p = 0,557$), »z razvijanjem možnosti ter spodbujanjem mladih in starejših k medgeneracijskemu prenosu znanja na različnih področjih v MOL« ($p = 0,096$), »s promocijo primerov dobrih praks medgeneracijskega sodelovanja v MOL« ($p = 0,69$), »s spodbujanjem medsebojne pomoči znotraj in zunaj družine (npr. stari starši – vnuki, skrb za starejše in invalidne sorodnike ...)« ($p = 0,480$) in »z vključenostjo starejših v MOL v programe izobraževanja o krepitvi medgeneracijskega sodelovanja« ($p = 0,081$). Na osnovi rezultatov zato zadnje, četrte hipoteze, da obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na tip gospodinjskega bivanja starejših občank in občanov iz MOL, ne moremo potrditi. Sprejmemo sklep, da med občani iz MOL razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na tip gospodinjskega bivanja niso značilne.

7. Zaključek

V zadnjih dveh desetletjih je medgeneracijsko sodelovanje pogosto predmet diskurza v različnih okoljih, od področja varstva starejših in drugih ranljivih skupin, predšolskega in šolskega izobraževanja, prostovoljstva, varovanja okolja, vseživljenjskega učenja, do uporabe sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije ipd. Pogosto so rešitve in sklepi teh razprav zgolj nekatere posplošene teoretične rešitve, oblikovane na izkušnjah nekaterih izbranih in vzročnih primerov dobrih praks. Prav posebnega dolgoročnega, merljivega in preverljivega učinka medgeneracijskega sodelovanja na vse vključene predstavnike ciljnih skupin ali generacij iz teh razprav ni možno razbrati.

Nasprotno pa z ugotovitvami raziskave dodajamo k vrednotenju učinkov medgeneracijskega sodelovanja v lokalnem okolju MOL znanstvena spoznanja, ki nudijo relevantna izhodišča za načrtovanje in organiziranje različnih pristopov medgeneracijskega sodelovanja za starejše v MOL, saj smo preverjali, ali obstajajo razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem glede na spol, izobrazbo, status aktivnosti in tip gospodinjskega bivanja starejših. Z raziskavo smo ugotovili, da glede na izobrazbo starejših obstajajo značilne razlike v zadovoljstvu z medgeneracijskim sodelovanjem, glede na spol, status aktivnosti in tip gospodinjskega bivanja pa teh razlik ni možno potrditi. Spoznanja je možno prenesti v različne medgeneracijske centre, medgeneracijske projekte in dogodke.

Omejitev raziskave se kaže v spolno neuravnoteženem vzorcu, saj je sodelovalo več starejših občank iz MOL. Prav tako bi bilo smiselno v prihodnje upoštevati poleg izbranih štirih dejavnikov še kompleksnost vseh ostalih možnih dejavnikov, ki bi prispevali k bolj celostnemu pogledu na zadovoljstvo starejših iz MOL z medgeneracijskim sodelovanjem.

Literatura

- Aguilera-Hermida, A. Patricia, Anderson, A. Ellen in Vanessa A. Negrón. 2020. Intergenerational Activities that Promote Engaging Conversations are Preferred among Young and Older Adults. *Journal of Intergenerational Relationships* 18(1): 71–87. Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/334782124_Intergenerational_Activities_that_Promote_Engaging_Conversations_are_PREFERRED_among_Young_and_Older_Adults (15. avgust 2020).
- Fenoll, Ainoa Aparicio. 2019. The uneven impact of women's retirement on their daughters' employment. *Review of Economics of the Household* 18: 795–821. Dostopno na: <https://link.springer.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/article/10.1007/s11150-019-09473-y> (12. september 2020).
- Gil-Lacruz, Ana, Gil-Lacruz, Marta in Maria Isabel Saz-Gil. 2020. Socially Active Aging and Self-Reported Health: Building a Sustainable Solidarity Ecosystem. *Sustainability* 12(7): 2665. Dostopno na: <https://www.mdpi.com/2071-1050/12/7/2665> (17. avgust 2020).
- Hardy, Margaret, Oprescu, Florin, Millea, Prue in Mathew Summers. 2018. Let me tell you about healthy ageing and about my quality of life: listening to the baby boomer voice. *Quality in Ageing and Older Adults* 19(3): 167–179. Dostopno na: <https://www-emerald-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/insight/content/doi/10.1108/QAOA-03-2018-0012/full/html> (17. avgust 2020).
- Jacobsen, F. Frode. 2017. Active aging. *International Practice Development Journal* 7(3): 1–13. Dostopno na: <https://www.fons.org/library/journal/volume7-suppl/article3> (15. avgust 2020).
- Jarott, E. Shannon in Jyoti Savla. 2016. Intergenerational contact and mediators impact ambivalence towards future selves. *International Journal of Behavioral Development* 40(3): 282–288. Dostopno na: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0165025415581913> (12. september 2020).
- Kelly, A. Gina in Jennie Lazarus. 2015. Perceptions of Successful Aging: Intergenerational Voice Value Well-Being. *The Intergenerational Journal of Aging and Human Development* 80(3): 233–247. Dostopno na: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0091415015591678?journalCode=ahdb> (12. september 2020).
- Ku, Po-wen, Fox, Kenneth R. in Li-jung Chen. 2016. Leisure-Time Physical Activity, Sedentary Behaviors and Subjective Well-Being in Older Adults: An Eight-Year Longitudinal Research. *Social Indicators Research* 127(3): 1349–1361. Dostopno na: <https://search-proquest-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/docview/1793529767/5B9E475C90D04888PQ/1?accountid=16468> (15. avgust 2020).

- Leon, Ramona Diana. 2020. Intergenerational Learning – a Topic of Discussion or a Reality? Taking a Closer Look at the Academics. *Management Dynamics in the Knowledge Economy* 8(2): 111–123. Dostopno na: <https://search.proquest.com/openview/983943990373d6cdb2d2f5d9798360b6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032295> (15. avgust 2020).
- Pak, Tae-Young. 2020. Old-Age Income Security and Tourism Demand: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Travel Research* 59(7): 1298–1315. Dostopno na: <https://journals-sagepub-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/full/10.1177/0047287519878512> (21. avgust 2020).
- Papić, Kaja. 2017. Medgeneracijsko učenje in znanje. *Revija za ekonomske in poslovne vede* 4(1): 79–88. Dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-V2TYA6GM> (16. avgust 2020).
- Rajh, Apolonija in Nikolaj Lipič. 2015. Medgeneracijsko povezovanje kot dejavnik kakovosti življenja. V *Vrednote posameznika – ogledalo družbe: vpliv vrednot na obravnavo uporabnikov zdravstvenih in socialnih storitev: zbornik predavanj z recenzijo*, ur. Danica Železnik in Uroš Železnik, 165–171. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
- Raspor, Andrej in Bojan Macuh. 2019. Aktivno staranje v slovenskih domovih za starejše: prostočasne dejavnosti starostnikov. *Izzivi prihodnosti* 4(1): 52–67. Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/332115395_Aktivno_staranja_v_slovenskih_domovih_za_starejse_prostocasne_dejavnosti_starostnikov (15. avgust 2020).
- Schmitta, Eric, Hinnerb, Jörg in Andreas Krusec. 2015. Potentials of survivors, intergenerational dialogue, active ageing and social change. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 171: 7–16. Dostopno na: <https://www.sciencedirect-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S1877042815001123> (13. september 2020).
- Strategija dolgožive družbe. 2017. *IB Revija* 51(2): 35–46. Dostopno na: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:doc-JAHLAYYN> (17. avgust 2020).
- Sun, Qian, Lou, Vivian Weiqun, Dai, Annie, To, Carman in Shum Yee Wong. 2018. The Effectiveness of the Young-Old Link and Growth Intergenerational Program in Reducing Age Stereotypes. *Research on Social Work Practice* 29(5): 519–528. Dostopno na: <https://journals-sagepub-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/full/10.1177/1049731518767319> (12. september 2020).
- Thalassinos, Eleftherios, Cristea, Mirela in Gratiela Georgiana Noja. 2019. Measuring active ageing within the European Union: implications on economic development. *Equilibrium. Quarterly Journal of Economics and Economic Policy* 14(4): 591–609. Dostopno na: <https://search.proquest.com/openview/9d5877b81f91fddb8fd46080f0e2bfe3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1846342> (16. avgust 2020).
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Vlada RS.
- Vlachantoni, Athina, Evandrou, Maria, Falkingham, Jane in Madelin Gomez-Leon. 2019. Caught in the middle in mid-life: provision of care across multiple generations. *Ageing & Society* 40(7): 1490–1510. Dostopno na: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/caught-in-the-middle-in-midlife-provision-of-care-across-multiple-generations/5539D1998C15655F6955DAF902077DBB> (17. avgust 2020).
- Whiting, Rebecca in Katrina Pritchard. 2020. Reconstructing Retirement as an Enterprising Endeavor. *Journal of Management Inquiry* 29(4): 404–417. Dostopno na: <https://journals-sagepub-com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/full/10.1177/1056492618818773> (17. avgust 2020).
- Žakelj, Tjaša in Martina Rameša. 2018. Zaposlovanje starejših v Sloveniji. *Socialno delo* 58(1): 5–22. Dostopno na: <https://www.revija-socialnodelo.si/mma/Zaposlovanje-2019-1.pdf/2019053014571277/> (21. avgust 2020).

Demenca med generacijami za večjo kakovost življenja: priložnost za inovativne prakse tudi v Mestni občini Ljubljana

Dementia among generations for a better quality of life: an opportunity for innovative practice strategies in the City of Ljubljana

dr. Anamarija Kežar

Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani

Povzetek

V prispevku obravnavamo odnos do oseb z demenco z vidika otrok ter predstavljamo rezultate PKP-projekta »Demenca med generacijami za večjo kakovost življenja«, ki smo ga na Fakulteti za socialno delo v letu 2020 izvedli s Pedagoško fakulteto Ljubljana in zunanjima partnerjema, Gerontološkim društvom Slovenije in Založbo Didakta, d. o. o. Podatke za raziskavo smo pridobili z metodo polstrukturiranega intervjuja svojcev in oskrbovalcev, konkretnije (pra)vnikov, o tem, kako doživljajo spremembe pri osebi z demenco. Deli pogovora so predstavljeni v knjigi »Vsak dan znova«, ki predstavlja končni rezultat projekta in je nastala z namenom preseči stigmatizacijo oseb z demenco in razvijati znanje o demenci tako pri mladih kot tudi v širši družbi.

Ključne besede: demenca, komunikacija z osebami z demenco, razumevanje demence z vidika otroka.

Abstract

The article discusses the attitude towards persons with dementia from the point of view of children and presents PKP project results "Dementia among generations for a better quality of life", carried out at the Faculty of Social Work in 2020 in collaboration with the Faculty of Education Ljubljana and partners: Gerontological Society of Slovenia and Didakta Publishing House. Research data were obtained by semi structured interview employing relatives and caregivers, more specifically (great) grandchildren about how they experience changes in life of a person with dementia. Parts of conversations are presented in the book "Every day again", which is final result of the project aimed at overcoming stigmatization of people with dementia and developing knowledge about dementia among young people and society.

Key words: dementia, communication with people with dementia, understanding dementia from a child's perspective, destigmatization.

1. Uvod

Demenca je bolezen, pri kateri oseba z izgubo dolgotrajnega spomina izgublja spretnosti in sposobnosti, postopoma pa pozablja tudi svoje prejšnje in sedanje življenjske vloge. Pojavljanje demence je pogostejše med starimi ljudmi. Namen našega projekta je bil proučiti dve stigmatizirani

področij med mladimi – starost in demenco. Življenje osebe z demenco in doživljanje sprememb, ki so nastale z napredovanjem demence, tokrat predstavljamo skozi vidik vnukov. (Pra)vnuki so pogosto izvzeti iz odnosa z osebo z demenco in njenega življenja, čeprav ni nobenega prepričljivega argumenta za to – še več, v odnosu z babico/dedkom z demenco lahko pridobijo tako vnuki kot stari starši. Tudi če ustvarjamo (iste) zgodbe vsak dan znova. Vsak dan znova je tudi naslov knjige, ki pomeni končni rezultat projekta in kot ena prvih knjig obravnava temo, kako pojasniti demenco otroku, vnuku, v njej pa predstavljamo tudi možne aktivnosti, ki jih oseba z demenco in otrok lahko še vedno skupaj izvajata.

2. Namen in cilj

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako vplivata začetek demence in njen razvoj na svojce ter formalne in neformalne oskrbovalke, pri čemer so bili posebna skupina anketiranih tudi (pra)vnuki. Z raziskavo smo želeli med drugim ugotoviti, kako zaznavajo in razmišljajo o demenci otroci in kakšne odnose imajo z osebo z demenco. Oblikovali smo izhodišča za pogovor z otroki, ki smo ga prilagodili starosti otrok in okoliščinam.

Raziskava je potekala med aprilom in junijem 2020. Ob soglasju anketiranih in njihovih staršev smo razgovor snemali za namen raziskave. Intervjuji so bili opravljeni z otroki, ki so živeli/živijo s (pra)dedkom ali (pra)babico z demenco.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- kako otrok razume in opiše spremembe pri (pra)dedku ali (pra)babici, ki so nastale z razvojem bolezni;
- kaj otroci vedo o demenci, kako bi jo opisali;
- kako vidijo svojo vlogo v odnosu s (pra)dedkom ali (pra)babico, kaj svetujejo drugim otrokom v podobnem položaju, kako se počutijo v odnosu s (pra)dedkom ali (pra)babico.

Na podlagi pridobljenih odgovorov sta bila cilja raziskave:

- pridobiti pogosto spregledan vidik otrok o demenci v družini in ga predstaviti skozi izseke zgodb v monografiji »Vsak dan znova«, razumeti njihovo zaznavanje demence in sprememb pri svojcu z demenco in podati možne odgovore, ki olajšajo razumevanje demence otrokom;
- na ta način opozoriti na pomen vključevanja otrok v odnos z osebo z demenco, preventivne dejavnosti, predvsem pa dati večji poudarek osveščanju o demenci že od otroštva dalje – v družini, v šoli, s čimer lahko naredimo velike korake k destigmatizaciji te bolezni in vključevanju oseb z demenco v družbo.

3. Teoretična izhodišča

3.1. Demenca in odnosi v družini

Demence ne moremo razumeti, ne da bi vzpostavili odnos z osebo z demenco, se prilagajali in iskali različne načine komuniciranja, prilagajanja, usklajevanja in preverjanja razumevanja. Ravno s komunikacijo pa gradimo odnose, kar velja tudi za osebe z demenco. Čeprav so komunikacijske spretnosti pogosto nezavedne, se jih v odnosu z osebo z demenco učimo na novo, z napredovanjem demence postajajo vse bolj pomembne tudi nebesedne oblike komunikacije in dotik (Kitwood 1997).

Dolgo je veljalo prepričanje, da osebe z demenco ne komunicirajo – danes vemo, da komunicirajo, vendar drugače. Za sporazumevanje potrebujejo več časa, dlje časa iščejo besede, uporabljajo opis predmeta namesto poimenovanja predmeta, njihov besedni zaklad je sčasoma vse manjši. Pri spo-

razumevanju z osebami z demenco je najbolj pomembno, da vzpostavimo dober medsebojni odnos. Tega vsekakor lahko zagotovimo, če izstopimo iz naših vsakdanjih vlog, obveznosti in obremenitev, opustimo rutinske dejavnosti, predvsem pa pozabimo na rabo besednega sporazumevanja. Osebe z demenco nas učijo, da spregovorimo v njihovem jeziku in na njihov način (Kitwood 1997).

Življenje z demenco v družini predstavlja velik izziv tako za osebo z demenco kot tudi za svoje in bližnjo okolico. Svojci kot najtežje opisujejo tiste trenutke, ko se jih oseba z demenco ne spomni več, obdobje nemira osebe z demenco, ki se lahko pojavi podnevi in ponoči, ter čas, ko so začeli razmišljati o obliki nove namestitve – običajno v dom za starejše občane, saj to za svoje pomeni, da ne zmorejo več nuditi potrebne pomoči (Mali idr., 2011).

Že pred postavitvijo diagnoze se pojavljajo spremembe – oseba z demenco zase namreč lahko misli ali si zatrjuje, da je zdrava, čeprav čuti, da sveta, v katerem živi, ne obvladuje več tako, kot ga je včasih. Zato se ob stalnem spreminjanju razpoloženja, pozabljanju in drugačnih odzivih ljudje odmikajo od osebe z demenco, odmikati pa se začne tudi ona sama, predvsem zaradi občutka nerazumevanja, nesprejetosti, izgubljenosti, pogostih konfliktov, pojava depresije in drugih razlogov. Ljudje v okolici najprej vidijo osebne spremembe, npr. da po krivem obtožuje druge, da je postala bolj zmedena in pozabljiva, da se je izgubila. Ob tem marsikdaj ne pomislijo na možnost, da je prav bolezen tista, ki spreminja osebo z demenco (Kejžar in Jenko 2020).

»Moji spomini na pretekle dni izginjajo, moja prihodnost pa je negotova, za kaj potem sploh še živim? Živim za vsak dan. Živim v trenutku. Jutri bom že pozabila, da sem sedaj stala pred teboj in ti to povedala. Vendar to še ne pomeni, da nisem živela vsako sekundo današnjega dne. Današnji dan bom pozabila, vendar to ne izniči njegove vrednosti.«

Alice, navedek iz filma Še vedno Alice

Poznavanje znakov demence in njenih vplivov na osebo je potemtakem zelo pomembno, v začetnem stadiju demence pa je za osebo z demenco ključnega pomena tudi občutek, da jo sprejemajo svojci in okolica – pogovor, namenjanje pozornosti in prijaznosti ter skrb za tople in trdne odnose.

Naša naloga je, da se z zavedanjem o demenci in njenim poznavanjem znamo približati osebi z demenco, jo razumeti ter ji tako tudi omogočiti, da čim dlje živi v domačem okolju (Gendron, 2015). Pri tem pa imajo najpomembnejšo vlogo svojci. Največji del skrbi za varno življenje osebe z demenco običajno prevzame partner ali otrok, ki na različne načine poskuša po eni strani nuditi čim bolj varno in spodbudno okolje za osebo z demenco, po drugi strani pa skrbeti za svoje otroke, hoditi v službo in ohraniti delček življenja zase – za svoje zdravje in svoje interese. Manjši kot je krog mreže ljudi – svojcev, ki sodelujejo v mreži pomoči osebi z demenco, večje breme nosijo tisti, ki prevzamejo skrb in sčasoma tudi oskrbo. V praksi v večini skrb prevzame le en član družine – partner ali eden od otrok (običajno hči), ki pa kmalu začne izgubljati tisti svoj delček življenja, ko skrbi za svoje zdravje in interese.

3.2. Demenca med generacijami

V procesu življenja z osebo z demenco pa so hote ali nehote vključeni tudi otroci – običajno so to (pra)vnuki. Različne izkušnje in pogledi otrok na starost in izzive, ki jih ta prinaša, so odraz številnih dejavnikov. Otroci svoj pogled na starost in demenco oblikujejo prek pridobljenega znanja, zgledov iz okolja in lastnih izkušenj ob druženju s starimi ljudmi, najpogosteje s (pra)babicami in (pra)dedki. Kljub različnim družinskim okoliščinam in izkušnjam otrok je soočanje z izzivi staranja za posameznika neizbežno. Hkrati je za ohranjanje kakovosti življenja oseb z demenco pomemben tudi ustrezen odziv svojcev in širše družbe (Ramovš, 2003).

Z napredovanjem bolezni so izzivi soočanja z boleznijo vse večji in zahtevajo prilagoditev vseh družinskih članov, tudi najmlajših. Glede na starostne značilnosti prebivalstva in pogostost bolezni

lahko predvidevamo, da se bodo mnoge družine srečale z boleznijo. Kako jo bodo doživljali otroci in na kakšen način bo vplivala na njihov vsakdan, je posledica več dejavnikov (npr. odnosi v družini, način komuniciranja, soočanje z boleznijo ostalih družinskih članov, pogostost in oblika stikov z obolelim svojcem itd.).

Družine se na pojav bolezni različno odzovejo, na kar učitelji in drugi strokovni delavci težko neposredno vplivajo, saj nimajo vpogleda v celotno družinsko dogajanje. Morebitno pomanjkanje informacij o družinski dinamiki ne sme biti razlog za izogibanje pogovoru o starosti in bolj specifično – o demenci. Poznavanje značilnosti demence učitelju omogoča, da aktivno deluje na področju osveščanja učencev o bolezni in nudi podporo tistim učencem, ki se z demenco neposredno srečujejo (Jenko idr. 2020).

Poznavanje bolezni in njeno detabuiziranje med mladimi pripomore k opolnomočenju posameznika in razvijanju inkluzivno naravnane družbe, kar ima pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovosti življenja obolelega za demenco, njegove družine ter širše družbe.

4. Metode

Na Fakulteti za socialno delo smo v letu 2020 s Pedagoško fakulteto Ljubljana in zunanjima partnerjema, Gerontološkim društvom Slovenije in Založbo Didakta, d. o. o., izvedli projekt z naslovom »Demenca med generacijami za večjo kakovost življenja«, ki se je izvajal v okviru projekta Po kreativni poti do znanja.

Znotraj projekta je skupina študentk omenjenih fakultet v prvi fazi raziskovala področje demence na osnovi študija domače in tuje znanstvene literature. V naslednji fazi so izvedle kvalitativno raziskavo s pomočjo delno standardiziranega intervjuja. Po potrebi so dodale podvprašanja, če so na ta način sogovornikom pomagale pri odgovoru na vprašanje. Vzorec je neslučajnostni, saj so izbirale družine, kjer živi oseba z demenco. Pogovore so opravile tudi z oskrbovalkami – formalnimi in neformalnimi, vendar v prispevku predstavljamo poglede (pra)vnikov z namenom opozoriti na spregledani del družinskih članov.

5. Rezultati

5.1. Kako (pra)vniki doživljajo osebo z demenco

V nadaljevanju predstavljamo izjave (pra)vnikov, iz katerih lahko vidimo, kako svojimi otroškimi očmi gledajo na demenco in proces sprememb.

»Cela družina je zelo pozno spoznala, da ima babi demenco. Ravno tisti čas, ko sta se mami in oči ločila in smo se odselili iz družinskega doma (kjer smo živeli skupaj z babico v dvostanovanjski hiši), so se pri njej začeli kazati znaki demence (pri 60 letih). Sami si to razlagamo tako, da je stres ob odselitvi demenco pri babici verjetno pospešil. Na začetku je babica pozabljala kakšne besede, pozabila je na določene zadolžitve (da mora pobrati svojega vnuka po šoli) itd. Te stvari so se začele kopičiti. Zato so jo odpeljali k zdravniku, ki je postavil diagnozo, da ima demenco.«

Vnukinja

»Ko je mami začela omenjati demenco, besede nisem hotela poiskati na internetu, da z mojim novim znanjem babičine spremembe ne bi postale resničnost. Verjetno je to podobno kot pri človeku z demenco, ki se izogiba obisku zdravnika. Čeprav si s tem ne pomagaš, se je kljub vsem spremembam lažje odločiti za zanikanje težave kot slišati potrjeno diagnozo.«

Vnukinja

»Ko je babica zbolela za demenco, je hkrati postala bolj družabna, topla, iskrena in pozorna oseba.«

Vnukinja

»Ko babi »pospravlja stanovanje«, stvari postavlja na napačno mesto, npr. šampon da v hladilnik, jakno v omaro, kjer so kozarci.«

Vnukinja

»Na začetku so bile le majhne spremembe, katere smo pripisovali starosti. Zdaj pa ne zna brati, ne zna sestavljati logičnih stavkov, pozablja tudi stvari, ki smo jih ravnokar povedali, pozablja tudi osnovne stvari (kdo je njen sin, kako se imenuje kraj, v katerem živi itd.), ne zna skrbeti zase. Velikokrat sedi in gleda naokrog. Vidimo, da je velikokrat odsotna. Nima tudi občutka za prostor, okolje. Njena prostorska orientacija je tako slaba (oz. spomin), da govori, da po poti, po kateri hodimo skupaj že celo življenje, še ni šla. Po tej poti nato tudi noče iti, ker ji je popolnoma neznana.

Babi zelo veliko govori o svojem otroštvu – ampak ima o njem popačene spomine. O nekaterih preteklih spominih govori tako, kot da bi bili sedanji (npr. govori, da ima fanta, čeprav je že zdaj dolgo poročena). Pozabila je imena bratov in sester. Zamenjuje neke tuje ljudi za svoje prijatelje. Ne spomni se niti za 5 minut nazaj, kaj je naredila ali kaj ji je kdo rekel.«

Vnukinja

»Od prvih znakov do postavljene diagnoze je trajalo od 5 do 6 let. Pri 66 letih so babici diagnosticirali Alzheimerjevo demenco.«

Vnukinja

»Babi ni več sposobna vzdrževati pogovora – med pogovorom se samo smeji ali prikimava. Sama ne pove ničesar.«

Vnukinja

»Osebi z demenco nikoli ne smeš reči, da je nekaj pozabila, da si ji nekaj že povedal. Treba se je z njo poistovetiti – treba je pasti v njeno zgodbo, v njeno glavo. Moraš razmišljati na način, kot ona razmišlja, treba je biti nežen, potrpežljiv, pozoren, zelo se ji je treba prilagajati. Zelo je pomembno, da se spomnimo, kaj je imel ta človek rad, saj se bo potem tudi on spomnil (npr. mu zavrtimo najljubšo glasbo, plešemo z njim itd.). Pri skrbi osebe z demenco moramo imeti voljo, pozitivno energijo.«

Vnukinja

»Moraš se zavedati, da oseba nikoli ne bo več ista kot je bila, sprejeti situacijo. Najbolj pomembno pa je, da postaviš mejo, da se ne preobremeniš do te točke, da pregoriš.«

Vnukinja

»Vsi v družini delamo, razen dedek. Ta se je zadnja leta fizično in psihično zelo poslabšal, ker je preobremenjen s skrbjo za babi. Zadnje mesece se pogovarjamo o tem, da bi šla babi vsaj za dopoldne, ko bi bili ostali v službi, v dom ali v varstvo. To bi v zelo veliki meri razbremenilo tudi njenega moža. A tukaj se bo verjetno pojavil zelo velik problem, saj babi noče iti nikamor brez moža, saj se samo ob njemu počuti varno. Ne vemo, kako naj to situacijo rešimo.«

Vnukinja

»Jaz sem takrat ostala doma, da sem skrbela za obolelega starega ata in staro mamo, ker smo upoštevali njuno željo, da nočeta v dom. Skrb zanju je bila 24 ur na dan, kar je bilo težko. Saj ne vem, nekako sem zmogla.«

Vnukinja

»Moj dedek je bil prijazen, vedno se je smejal. Vedno je imel tak nasmeh na obrazu, kot da sem kakšen tak smešnež, kakšen tak klovenček majhen. Vedno je pravil, da sem tak majhen človeček.

Vedno me je bilo sram, ko mi je pripovedoval kakšno šalo, bilo me je vedno sram, da sem se skrila. Še preden je imel demenco, ko je še lahko hodil, se najbolj spomnim, da sva šla skupaj na sprehod do sadovnjaka. Dedek je na začetku malo pozabljal stvari. Pozabljal je moje ime in moj priimek. Včasih mi je rekel Tea, to je ime moje tete. Imena moje babice pa ni pozabil. Ko mi je dedek rekel drugo ime, sem se odzval, kot da bi rekel moje ime. Ko me je gledal, je mislil mene, pa je rekel tetino ime, ampak sem se vseeno odzval. To pa zato, ker sem vedel, da tega ni zanalašč delal, to so učinki te bolezni, ki jo ima.

Ko je dedek zbolel, je šel v dom starejših. Ko smo ga šli obiskat, sem šel zraven. Včasih sem mu zaigral na flavto in bilo mu je zelo všeč, mi je ploskal. Opazil sem, da mu je bila zelo všeč glasba. Zdi se mi pomembno, da tudi drugi otroci, ki pridejo na obisk k dedku ali babici, zapojejo in zaigrajo, če igrajo na inštrument. Mislim, da se tako babi ali dedi sprostita, glasba ju pomiri.

O demenci sem prebral v eni knjigi o človeškem telesu, o možganih. Prebral sem, da se ta bolezen velikokrat začne s pozabljanjem stvari. V šoli se še nismo pogovarjali o tem, najbrž se bomo v kakšnem višjem razredu. Zdi se mi, da bi se o tej bolezni morali pogovarjati tudi v kakšnem krožku o boleznih. To pa zato, ker nikoli nisem videl takšne bolezni, zaradi katere bi lahko pozabljal stvari in pozabljal imena. Kot da bi ti nekdo počasi strigel spomin. Babi mi je povedala, da če imaš tako bolezen, velikokrat pozabljaš stvari, da hodiš ven iz hiše brez potrebe, da ne greš na stranišče.

Dedkovo demenco sem doživljal tako, da mi je bilo velikokrat malo čudno, da me je zamenjal, ampak sem se vseeno zdrznil in sem se odzval. Govoril sem mu tudi, da čeprav me bo pozabil, se bom jaz še vedno pogovarjal z njim, in če me bo zamenjal z drugim, mu bom povedal, da sem to jaz.

Nekomu, ki ima babico ali dedka z demenco, bi svetoval, da če imata njegov dedek ali njegova babica hujšo obliko demenco, naj pričakuje, da mu bo včasih rekel drugo ime in ne bo mogel odgovoriti česa, kar ga bo vprašal.«

Pravnuk

»S fantom sva se preselila nazaj v družinsko stanovanje. Ker sem od sorodnikov najbližje, sem veliko časa pri babici, skrb zanjo pa mi predstavlja veliko breme. Skozi izkušnjo z babico in njeno demenco sem se zavedala, kako dragoceno je, da imaš svoje spomine, da je to precej bolj pomembno, kot si mislimo. Hudo je tudi za ostale svojce, ker jih ne prepozna (niti svojega sina). Počutim se zelo nemočno – mislim, da sem jaz veliko bolj obremenjena z babičino demenco, kot pa ona sama. Name padeta stres in odgovornost zanjo. Skrb zanjo je zelo naporna. Ves čas me skrbi.«

Vnukinja

»Prej, ko še nisem vedela za demenco, je bilo težko, mislila sem si, kako je sitna in tečna. Potem, ko je bila diagnoza in sem tudi več vedela o demenci, potem je bilo pa vseeno lažje razumeti, zakaj je taka, zakaj je bila sitna.«

Vnukinja

»Babi je zadnja leta zelo shujšala (za 15 kg). To pa zato, ker sploh noče jesti.«

Vnukinja

»Včasih sem zelo rada preživljala čas z babi, zdaj pa se tega sebično in polna krivde precej izogibam. Težko mi je, ko vidim, da se počasi izgublja. Vedno je tako vesela, ko me vidi, zato mi je še toliko težje.«

Vnukinja

5.2. Vsak dan znova

V naslednji fazi projekta smo napisali knjigo »Vsak dan znova«, ki poudarja: da gradimo svoje zdravje vsak dan znova, s svojimi navadami, mislimi in življenjskim stilom; da gradimo spomine vsak dan znova v življenju osebe z demenco in da zato niso nič manj pomembni; da skrb in oskrba osebe z demenco gradi iz dneva v dan, včasih nas spremembe, ki jih demenca povzroča v vedenju ali osebnosti osebe, ki je zbolela, lahko tudi presenetijo.

Knjiga »Vsak dan znova« omogoča javnosti, tako oskrbovalcem kot družinskim članom in strokovnim delavcem, dijakom srednje šole in učencem tretje triade osnovne šole, na zanimiv in razumljiv način pojasniti najnovejša znanstvena spoznanja, kaj se dogaja s starimi starši ali drugimi osebami, ki zbolijo za demenco; mladi bodo lahko spoznali dejavnike, ki vplivajo na večjo pojavnost demence že v mladosti. Knjiga obsega poglavja o demenci, možganih in spominu, praktične nasvete, kako živeti z demenco v domačem okolju, predstavlja dejavnike tveganja za demenco ter način življenja, ki zmanjšuje tveganja. V knjigo so vključeni tudi deli zgodb ljudi, ki so zboleli za demenco, svojcev, otrok, ki živijo v družini z demenco, ter formalnih in neformalnih oskrbovalcev.

6. Razprava in zaključek

Procesi v družbi opozarjajo na pomen medgeneracijske socialne mreže in preseganja predsodkov ter medgeneracijskega sodelovanja, po drugi strani pa vstopa demenca v vse več družin, ki so nepripravljene na bolezen, ta postane del njihovega vsakdana in vpliva na vse družinske člane. Glede na način življenja, usmerjenost na rezultate in aktivnost je potrebno graditi na razumevanju starosti kot življenjskega obdobja že v osnovni šoli. Otroci, pogosto pa tudi njihovi starši, se z demenco srečajo nepripravljeno.

Pomanjkanje informacij in znanja o starosti in z njo povezanih tveganj, s poudarkom na demenci, ki postaja spremljevalka že skorajda vsake družine, mnoge družine potiska v stisko, saj o demenci v mnogih okoljih še vedno ne govorimo – ne v šolah, ne v družinah – in smo najpogosteje nepripravljeno na to.

Oskrbo oseb z demenco na primarni ravni lahko izboljšamo s sprejemanjem, z boljšim razumevanjem bolezni, njenim prepoznavanjem in ustreznimi rešitvami za življenje z demenco. Da bi znali bolje sprejemati in živeti z demenco, bi morali že v šoli o njej ozaveščati in se pogovarjati o izkušnjah sobivanja z osebami z demenco, saj bi lahko preprečevali stigmatizacijo, ki je še vedno prisotna v družbi.

Aktivnosti medgeneracijskega sodelovanja predstavljajo učinkovito orodje za preseganje medgeneracijskih stereotipov in predsodkov (Arko idr. 2011). Slednje velja tudi za preseganje ustaljenih predstav o starosti, staranju in demenci, ki jih lahko zasledimo že pri otrocih (npr. *ko si star, si bolan; vse osebe z demenco grede v dom*). Pogosto popačene in poenostavljene značilnosti skupine starostnikov (stereotipi) ne odražajo nujno individualnih izkušenj vseh starih ljudi ali ljudi z demenco, kar otroci lahko spoznavajo z druženjem, aktivnostmi ali pogovori z osebo z demenco. Na ta način preprečimo pojav ali prispevamo k preseganju negativnih predsodkov pri učencih (npr. *biti star je grozno; z osebo z demenco ne moreš ničesar početi ali se pogovarjati; osebe z demenco so zlobne*). Z rušenjem stereotipnih predstav o bolezni, ki pogosto otežujejo življenje oseb z demenco in spravljajo v stisko njihove svojce, vzgajamo učence v sočutne mlade ljudi. Če bodo poznali bolezen, bodo lažje razumeli in sprejeli stiske tistih, ki se z njo dnevno soočajo (Jenko idr. 2020).

Izzivi in priložnosti, ki ponujajo možnosti za destigmatizacijo demence z osveščanjem mladih, so lahko projekti, kjer se vrtec/šola poveže z domom za starejše občane, možen je tudi ogled filmov o demenci, branje knjig. Znova bi morali obuditi prostovoljsko delo kot izbirno vsebino, saj učenci in dijaki lahko skozi prostovoljstvo pridobijo pomembne kompetence za večanje solidarnosti, medge-

neracijsko sožitje, za boljše razumevanje staranja in sprejemanje starosti. V domačem okolju lahko omogočimo in spodbudimo skupne medgeneracijske aktivnosti z osebo z demenco in otroki.

Vsaka družina se spoprijema s starostjo in staranjem in vsaka to opravi na edinstven način. Vendar v večini družin to ni delovna tema, kot bi rekli v socialnem delu. Potrebujemo novo razumevanje, dogovarjanje in skupno ustvarjanje zelenih sprememb, vendar se ne organiziramo tako, da bi zmogli več razvidnosti in ozaveščenosti, nove, drugačne odgovornosti. Prej bi rekli, da mladi in stari, pa oni vmes, zdrknemo v starost ali soočenje z njo (Čačinovič Vogrinčič in Mešl 2019, 190).

Za preseganje detabuizacije demence je pomembno, da razvijamo tudi pristope in gradiva, ki jih bodo učitelji ali drugi strokovni delavci šole lahko prenesli v lastno prakso z namenom podpore učencem, da bodo lahko spodbudili razmišljanje in preseganje predsodkov pri učencih, posredno pa tudi v družinah in družbi. Vse to so priložnosti za naslednje projekte, kot so npr. virtualna gradiva, ustvarjanje skupnih predstav, ustvarjanje digitalnega albuma spominov idr. Pri tem si želimo tudi projektno in ustvarjalno sodelovanje z Mestno občino Ljubljana.

Literatura

Arko, Tjaša, Goričan, Barbara, Kovač, Jaka in Tereza Novak. 2011. *Sadeži družbe. Priročnik za izvajanje medgeneracijskih aktivnosti*. Ljubljana: Slovenska filantropija. Združenje za promocijo prostovoljstva.

Čačinovič Vogrinčič, Gabi in Nina Mešl. 2019. *Socialno delo z družino, Soustvarjanje zelenih izidov in družinske razvidnosti*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Gendron, Marie. 2015. *Skrivnost, imenovana Alzheimer*. Ljubljana: založba Chiara.

Jenko, Nika, Tomše, Nika in Brina Biličič. 2020. Spregovorimo o demenci v šoli. *Didakta* 30(209): 66-72.

Kejžar, Anamarija in Nika Jenko. 2020. *Vsak dan znova*. Radovljica: Založba Didakta.

Kitwood, Tom. 1997. *Dementia reconsidered*. London: Open University Press.

Mali, Jana, Mešl, Nina in Liljana Rihter. 2011. *Socialno delo z osebami z demenco: raziskovanje potreb oseb z demenco in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, UL.

Ramovš, Jože. 2003. *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Bivalne razmere in njihove prilagoditve za starejše ljudi v Mestni občini Ljubljana

Living conditions and their adaptations for the elderly in the City of Ljubljana

dr. Peter Seljak, pred.

Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor, Gerontološki raziskovalni inštitut

Povzetek

Uvod: Za izvajanje konceptov »aktivnega staranja« in »staranja v domačem okolju« je pomembno upoštevanje bivalnih razmer in njihovih prilagoditev ter bivalnega zadovoljstva starejših ljudi. Namen raziskave je bil proučiti bivalne razmere starejših ljudi v MOL, ugotoviti njihovo zadovoljstvo s stanovanjem in njihovo pripravljenost na prilagoditev bivalnih razmer.

Metode: V raziskovalnem delu smo uporabili metodo anketiranja. Podatke smo zbrali z anketnim vprašalnikom, ki je bil oblikovan na podlagi teoretičnih izhodišč in izhodišč Strategije dolgožive družbe. Z anketiranjem smo pridobili podatke 597 starejših ljudi, ki živijo na območju Mestne občine Ljubljana (MOL) in so starejši od 55 let. V raziskavi smo uporabili metode opisne in sklepne statistike, pri čemer smo pet postavljenih hipotez preverjali s t-testom, analizo varianc in regresijsko analizo.

Rezultati: Starejši ljudje iz MOL svoje zadovoljstvo na različnih področjih življenja ocenjujejo visoko, najbolj svoje bivališče. Najpogosteje živijo v stanovanju v bloku ali stolpnici oziroma v stanovanjih, ki so stara, velika in lastniška. Pri prilagoditvah bivalnih razmer zaradi podaljšanja življenja v domačem okolju so najbolj naklonjeni funkcionalni prilagoditvi stanovanja, zmanjšanju obratovalnih stroškov in preureditvi stanovanja v pametni dom z oddaljenim nadzorom in mobilnimi storitvami na domu. Manj so naklonjeni možnostim prodaje stanovanja in selitvi v drugo stanovanje ter sodobnim oblikam bivanja v skupnosti, kot sta sobivanje s prijatelji ali znanci iste generacije in medgeneracijsko bivanje z mladimi.

Razprava: Na podlagi rezultatov raziskave ugotavljamo, da so bivalne razmere in njihove prilagoditve za starejše ljudi pomembne, saj zagotavljajo aktivno staranje v domačem okolju. Starejši ljudje so pri prilagoditvah bivalnih razmer manj pripravljeni sprejeti sodobne oblike bivanja starejših. Stanovanjski status in vrsta gospodinjstva starejših ljudi sta pomembna za sprejemanje nekaterih oblik prilagoditve bivalnih razmer, medtem ko starost vpliva na izbor ustrezne oblike prilagoditve bivalnih razmer. Ugotovitve raziskave so lahko izhodišče za prenovo politik na področju aktivnega staranja ter oblikovanje sodobnih modelov za samostojno in neodvisno bivanje starejših ljudi v domačem okolju.

Ključne besede: starejši ljudje, aktivno staranje, bivalne razmere, bivalno zadovoljstvo, prilagoditev bivalnih razmer.

Abstract

Introduction: To implement “active ageing” and “ageing at home” concepts, it is important to take into account living conditions and their adaptations as well as residential satisfaction of the elderly. The purpose of the research is to study living conditions of the elderly in the City of Ljubljana, to determine their residential satisfaction and their willingness to adapt to living conditions.

Methods: Survey method was used. Data was collected by survey questionnaire, which was formed on the basis of theoretical background and starting points of Active Ageing Strategy. 597 people over 55 living in the City of Ljubljana (COL) were included in research using descriptive and inferential statistics, five hypotheses were tested by t-test, variance and regression analysis.

Results: The elderly from COL rate their life satisfaction in various areas highly, their place of residence the highest. In terms of living conditions, they most often live in apartments in blocks of flats, in apartments which are old, large and owned. The elderly favour functional adaptation, reduction of operating costs and smart home renovation with remote monitoring and in house mobile services considering recreating living conditions due to prolonged living in their home area. They are less in favour of the possibility of selling and moving to another location and modern forms of community living, i.e. living with friends or acquaintances of the same generation and intergenerational living with the young.

Discussion: Based on research results, the elderly value living conditions and their adaptations highly, as they insure active ageing in their home environment. The elderly are less willing to accept modern forms of living when adapting their living conditions. Housing status and type of household are important for accepting some forms of adaptation of living conditions, while age affects willingness to choose appropriate forms of adaptations to living conditions. Research findings can serve as a basis for policy renewal in the field of active ageing and creation of modern models for independent living of the elderly in their home environment.

Key words: the elderly, active ageing, living conditions, residential satisfaction, adaptation of living conditions.

1. Uvod

Pričujoče demografske spremembe vplivajo na različne segmente našega življenja. Med drugimi so povzročile številne družbene spremembe, ki se kot dolgoživa družba kažejo v podaljšanju življenjske dobe in posledično v spremenjeni starostni strukturi prebivalstva. Vse navedeno narekuje prilagoditev obstoječih sistemov in ureditev ter ustvarjanje priložnosti za kakovostno življenje vseh ljudi in njihovo aktivno staranje. Prilagoditev je potrebna tudi na področju bivalnih razmer starejših ljudi.

Strategija dolgožive družbe (UMAR 2017) je zasnovana na konceptu aktivnega staranja, ki poudarja aktivnost in ustvarjalnost tudi v obdobju starosti, kar bo zagotovilo večjo družbeno blaginjo in kakovostno življenje, s poudarkom na medgeneracijskem sodelovanju ter zavedanju pomena aktivnega staranja. Strategija obravnava bivalne razmere starejših ljudi, ki niso dovolj prilagojene njihovim potrebam, obstoječe prilagoditve pa se izvajajo v premajhnem obsegu. Za starejše ljudi je značilen visok delež lastniških stanovanj in hkrati nadpovprečno visok delež tistih, ki živijo na kmetijah oziroma v samostojnih hišah. Starejši ljudje pogosto živijo v prevelikih in neustreznih stanovanjih. Narašča tudi število starejših ljudi, ki živijo sami. Značilna je nizka stanovanjska mobilnost starejših ljudi. Na stanovanjskem področju primanjkuje varovanih in oskrbovanih stanovanj, neprofitnih najemnih stanovanj, težava pa je pogosto tudi nizka tržna vrednost »stanovanjskega premoženja« starejših ljudi. Slabo so razvite oskrbovalne storitve ter sodobne institucionalne in skupinske oblike bivanja. Tako stanje lahko povzroča previsoke stroške vzdrževanja stanovanja, kar

starejšim ljudem poslabšuje možnosti za zadovoljevanje drugih nujnih potreb. Na drugi strani pa družba ne razvija možnosti, da bi lastniška stanovanja namenjali za zagotavljanje socialne varnosti in dolgotrajno oskrbo.

S podaljševanjem življenjske dobe se povečuje tudi obseg zdravstvenih težav, ki so značilne za starejše ljudi, kar vpliva na zdravstvene izdatke ter na sposobnost samostojnega in neodvisnega življenja v domačem in poznanem okolju.

2. Namen in cilj

Namen raziskave je proučiti bivalne razmere starejših ljudi v Mestni občini Ljubljana (v nadaljevanju MOL), ugotoviti njihovo zadovoljstvo s stanovanjem in njihovo pripravljenost za prilagoditev bivalnih razmer. Prav tako nas je zanimalo, kako starejši ljudje iz MOL ocenjujejo svoje splošno zadovoljstvo z življenjem in kako je to povezano s pripravljenostjo prilagoditi bivalne razmere.

Skladno z namenom raziskave smo si zastavili naslednje cilje:

- na podlagi proučevanja relevantne literature in virov oblikovati teoretična izhodišča o bivalnih razmerah, zadovoljstvu s stanovanjem in prilagoditvi bivalnih razmer;
- na podlagi teoretičnih izhodišč z uporabo kvantitativnih metod raziskati bivalne razmere, zadovoljstvo s stanovanjem in prilagoditve bivalnih razmer starejšim ljudem v MOL,
- s pomočjo metod opisne statistike predstaviti bivalne razmere, zadovoljstvo s stanovanjem in prilagoditve bivalnih razmer pri starejših ljudeh v MOL,
- s pomočjo metod sklepne statistike preveriti hipoteze o bivalnih razmerah in prilagoditvi bivalnih razmer pri starejših ljudeh iz MOL.

Na podlagi teoretičnih izhodišč smo oblikovali pet hipotez.

H1: Zadovoljstvo z bivališčem se pri starejših ljudeh iz MOL razlikuje glede na spol.

H2: Starejši ljudje iz MOL so pri prilagoditvah bivalnih razmer manj pripravljeni sprejeti sodobne oblike bivanja starejših.

H3: Pri starejših ljudeh iz MOL obstaja razlika v prilagoditvah njihovih bivalnih razmer glede na njihov stanovanjski status.

H4: Pri starejših ljudeh iz MOL obstaja razlika v prilagoditvah njihovih bivalnih razmer glede na vrsto gospodinjstva.

H5: Pri starejših ljudeh iz MOL na prilagoditev bivalnih razmer vpliva njihova starost.

3. Teoretična izhodišča

3.1. Zadovoljstvo z življenjem pri starejših ljudeh

Zadovoljstvo⁶ je eno izmed sestavnih elementov življenja in se kaže v dimenzijah, kot so zadovoljstvo z zdravjem, izobrazbo, bivališčem, odnosi, družinskim življenjem in okoljem (Hvalič Touzery 2014, 458). Stegmüller in Bakračević Vukman (2012, 33) trdita, da je zadovoljstvo z življenjem psihično, kognitivno, čustveno blagostanje in dobro počutje. Človek svoje zadovoljstvo z življenjem ocenjuje v obliki spoznanj oziroma kognicij.

Življenjsko zadovoljstvo se pri ljudeh razlikuje, saj je vsak človek unikat in ima svoj vrednostni sistem. Na posameznikovo zadovoljstvo imajo največji vpliv osebne lastnosti (Stegmüller in Bakračević Vukman 2012, 35). Na zadovoljstvo vplivajo razsežnost odnosov, osebna rast posameznika in

6 Zadovoljstvo je proces ocenjevanja med tem, kar je dobljeno, in tistim, kar se pričakuje. Zadovoljstvo oz. nezadovoljstvo je mogoče natančno opredeliti kot zaznavo neskladja med željami in dosežki (Life Satisfaction 2020).

stopnja uspešnosti v eksistencialnih izzivih življenja. Zadovoljstvo je odvisno tudi od družinskih in socialnih dejavnikov (Mahdi Vidouje idr. 2017, 2).

Dimenzije merjenja zadovoljstva z življenjem pri starejših ljudeh obsegajo zadovoljstvo z zdravjem, finančnim in materialnim stanjem, bivališčem, odnosi, družinskim življenjem, prostim časom in okoljem (Lim idr. 2016, 3). Starejši ljudje ohranjajo zadovoljstvo z življenjem, se pa njihovo merjenje in stopnja prilagajanja na življenjske okoliščine spreminjata. Ljudje so v starosti v povprečju zadovoljni s svojim življenjem. Pozitivna čustva in večje zadovoljstvo v starosti doživljajo predvsem ženske in ljudje z višjo stopnjo izobrazbe (Stegmüller in Bakračević Vukman 2012, 37).

Bivalne razmere in njihove prilagoditve starejšim ljudem

Bivalne razmere se najpogosteje proučujejo v okviru stanovanjske kakovosti, kjer se ugotavljajo lastnosti stanovanja (Meng in Hall 2006, 415). Stanovanje⁷ je eden najpomembnejših vidikov življenja ljudi, še posebej to velja za starejše ljudi, ki več časa kot druge skupine ljudi preživijo v svojih domovih. Ker večina starejših ljudi živi doma, v svojih stanovanjih, je pomembna celovita obravnavanje večdimenzionalnega koncepta stanovanja (Seljak 2017, 13).

Stanovanje je fizični prostor, v katerem se izvajajo osnovne in druge človekove aktivnosti, kot so spanje, prehranjevanje, umivanje, shranjevanje premoženja, druženje, rekreacija, oskrba, sodelovanje v različnih ekonomskih, simbolnih in drugih aktivnostih (Toussaint 2011, 10).

Kakovost stanovanja določajo njegove lastnosti strukture, kot so velikost, oblika, stanje, dostopnost, cenovna dostopnost in udobje (Heywood idr. 2002, 10). Dejavniki kakovosti stanovanja so notranja oprema, ogrevanje, infrastruktura in udobje v stanovanju (Evans idr. 2002, 382). Lee in Park (2010, 54) med dimenzije kakovosti stanovanja uvrščata postavitev in kakovost opreme v stanovanju, kakovost zraka, razgled in hrup. Galster (1987, 566) je v raziskavi o bivalnem zadovoljstvu le-to ugotavljal s stanovanjskimi lastnostmi, kot so vodovod, kuhinja, ogrevalni sistem, notranja konstrukcija, stanje zunanosti, prostornost, vrt, število sob in zasebnost.

Stanovanje ima kot dejavnik blaginje starejših ljudi veliko pomenov, saj predstavlja stanovanjsko oskrbo starejših, premoženje, simbolni pomen, statusni pomen itd. Področje, kjer se stanovanje povezuje z drugimi področji blaginje, je uporaba stanovanjskega premoženja za zagotavljanje varnosti v starosti, vključno z zapuščino in ostalimi vrstami medgeneracijskih prenosov (Mandič 2011, 85). Verjetnost, da bodo starejši ljudje svoje stanovanjsko premoženje zapustili potomcem, je večja od verjetnosti, da ga bodo prodali (Seljak 2015, 269). Dimenzije, ki vplivajo na to, ali ostati ali se seliti v drugo stanovanje, so razpoložljiva podpora drugih ali skupnosti, navezanost na dom in stanovanjsko zadovoljstvo (Filipovič Hrast idr. 2020, 4).

Stanovanjske razmere starejših ljudi so se v zadnjem času izboljšale, razen za nekatere skupine, kot so najemniki in brezdomci. Raziskave so pokazale, da se povečuje število starejših lastnikov stanovanj, ki živijo v starih stanovanjih, potrebnih obnove, in imajo nizke dohodke (Heywood idr. 2002, 10). Seljak (2020, 17) ugotavlja, da starejši ljudje živijo v lastniških oziroma solastniških stanovanjih, ki so stara, velika in so v pritličju ali prvem nadstropju. Starejši ljudje v večini živijo v hišah, v katerih dnevno preživijo veliko časa, so nanje močno navezani in z njimi zelo zadovoljni. Starejše ljudi v soseski najbolj motita hrup in smrad. Statistični podatki Eurostata (Eurostat 2019) kažejo, da kar 40 % starejših žensk živi samih, da več kot polovica starejših ljudi živi v prevelikih stanovanjih, skoraj dve tretjini samskih starejših ljudi živi v lastniških stanovanjih, 10 % jih zaznava probleme z vzdrževanjem in plačevanjem obratovalnih stroškov stanovanja.

7 Stanovanje je opredeljeno kot vse vrste fizičnega prostora, v katerem posameznik izvaja osnovne in druge aktivnosti, omogoča zavetje in zaščito ter zasebnost. Pojavne oblike stanovanja, kot bivalnega prostora, so soba, stanovanje, hiša in počitniški objekt (Seljak 2017, 13–15).

3.2. Bivalno zadovoljstvo starejših ljudi

V dolgoživi družbi je potrebno omogočiti izvajanje koncepta »staranje v domačem okolju«⁸, ki zagotavlja čim daljše življenje v domačem in poznanem bivalnem okolju z zagotavljanjem ustreznih podpornih storitev (Wiles idr. 2012, 358). Phillips idr. (2010, 18) trdijo, da na osnovi tega koncepta starejši ljudje pridobijo pomoč in podporo v svojem bivalnem okolju. »Staranje v domačem okolju« postaja ne samo način življenja, ampak tudi družbeni cilj (Ahn 2017, 1). »Staranje v domačem okolju« je proces, ki zahteva nenehna prilagajanja zunanjim in notranjim potrebam (Filipovič Hrast idr. 2020, 3).

Na primerno izvajanja koncepta »staranja v domačem okolju« pomembno vpliva bivalno zadovoljstvo. Ocenjevanje bivalnega zadovoljstva vključuje posameznikov nivo subjektivne presoje mikro in makro bivalnega okolja (Terzano 2014, 239). Raziskovanje bivalnega zadovoljstva se v stanovanjskih raziskavah osredotoča na človekovo objektivno in subjektivno ocenjevanje razmer v stanovanju in okolici v odnosu do človekovih potreb in pričakovanj (Amerigo 1992, 5; Amerigo in Aragones 1997, 48). Evans idr. (2002, 381) trdijo, da je bivalno zadovoljstvo starejših ljudi pogojeno z dostopnostjo do storitev, varnostjo v bivalnem okolju, zasebnostjo, stroški ter pripadnostjo skupnosti, medtem ko Sengupta in Tipple (2007, 2009) med dejavnike bivalnega zadovoljstva prištevata značilnosti stanovanja, infrastrukturo, značilnosti soseske ter bližino rekreativnih in razvedrilnih površin v ožji okolici.

Bivalno zadovoljstvo starejših ljudi je skupek odnosov med njihovim zadovoljstvom, lastnostmi in značilnostmi mikro in makro bivalnega okolja, ki vključuje njihovo socialno in fizično okolje. Na bivalno zadovoljstvo vplivajo zadovoljstvo z okoljem, dostopnost do storitev, odnosi s sosedi in zadovoljstvo s stanovanjem (Rioux in Werner 2011, 166–168). Rojo Perez idr. (2001, 173) trdijo, da bivalno zadovoljstvo starejši ljudje ocenjujejo kot zelo dobro in se povečuje s starostjo ter da sta značilnost stanovanja in značilnost soseske pomembna elementa, ki vplivata na bivalno zadovoljstvo. Visoko bivalno zadovoljstvo so s svojo raziskavo ugotovili tudi Fernandez-Carro idr. (2015, 199). Seljak (2019, 21) ugotavlja, da je stanovanje najpomembnejši dejavnik bivalnega zadovoljstva starejših ljudi ter da so vplivni faktorji bivalnega zadovoljstva sosedje, ustreznost stanovanja, zadovoljstvo s stanovanjem, moteči dejavniki v soseski in zadovoljstvo s sosesko.

4. Metode

V raziskavi smo uporabili kvantitativni metodološki pristop. Pri oblikovanju teoretičnih izhodišč raziskave smo uporabili metode deskripcije, kompilacije in komparacije. V raziskovalnem delu naloge smo za zbiranje podatkov uporabili metodo anketiranja. Podatke smo obdelali z metodami opisne in sklepne statistike.

4.1. Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki je vključeval ključna izhodišča Strategije dolgožive družbe (UMAR 2017). Izpolnjevanje anketnega vprašalnika je bilo anonimno.

Anketni vprašalnik je obsegal 23 področij, ki jih opredeljuje Strategija dolgožive družbe. Za obravnavo smo iz anketnega vprašalnika za analizo uporabili podatke o splošnem zadovoljstvu anke-

8 Angleško: aging in place. Ameriški nacionalni inštitut za staranje (National Institut of Aging) koncept »staranja v domačem okolju« definira kot obliko bivanja, ko starejši ljudje, ne glede na starost, sposobnosti in dohodek, živijo neodvisno, samostojno in varno v poznanem in domačem okolju (dom in skupnost), kolikor je mogoče dolgo (National Institute of Aging 2020).

tirancev, njihovih bivalnih razmerah, problemih s stanovanjem in zadovoljstvu s stanovanjem ter podatke o strinjanju s prilagoditvijo bivalnih razmer.

V anketnem vprašalniku smo uporabili lestvico intervalnega tipa z vrednostmi od 1 do 5, nominalno, ordinarno in razmernostno mersko lestvico.

4.2. Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili neverjetnostno vzorčenje. Namenski vzorec je vključeval osebe, stare 55 let in več, ki prebivajo na območju MOL. Anketne vprašalnike smo posredovali organizacijam na območju MOL, ki delujejo na področju dela in obravnave starejših ljudi. V anketiranje smo neposredno vključili tudi osebe, ki so izpolnjevale pogoja starosti in bivališča v MOL. Anketni vprašalnik je prejelo 1.956 ljudi, od katerih ga je 597 ustrezno izpolnilo, kar predstavlja 30,5 %.

Vzorec je sestavljalo 81,4 % žensk in 18,6 % moških. Anketiranci so bili stari od 55 do 90 let, s povprečno starostjo 68,1 leta. Med anketiranci prevladujejo poročeni (49,2 %), ki v gospodinjstvu živijo s partnerjem (36,2 %), imajo srednješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo (58,3 %), so upokojenci (78,9 %), so bili zaposleni v kvartarnem sektorju (50,3 %), kot vir dohodka prejemajo pokojnino (75,4 %), imajo mesečni dohodek med 601 in 1200 evrov (60,9 %). Glede na mestno četrt bivanja je bilo 17,1 % anketirancev iz Četrtna skupnosti Šentvid, 15,6 % iz Četrtna skupnosti Bežigrad in 10,6 % iz Četrtna skupnosti Šiška, ostalih 56,7 % anketirancev je razpršenih v preostalih 14 četrtnih skupnostih MOL.

4.3. Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

V raziskavi smo podatke zbrali s spletnim anketiranjem (1ka) in direktnim anketiranjem oseb, starih 55 let in več, ki so se v anketiranje vključile prostovoljno. Anketirancem smo zagotovili anonimnost.

Anketiranje je potekalo v vseh četrtnih skupnostih MOL med junijem in septembrom 2020. Za izvajanje spletnega anketiranja smo organizacijam v MOL, ki delujejo na področjih dela s starejšimi ljudmi, poslali povezavo do spletne ankete. Prav tako smo jim posredovali natisnjene anketne vprašalnike, ki so jih razdelili svojim članom in uporabnikom.

V analizi smo uporabili metode opisne in sklepne statistike, pri čemer smo zbrane podatke pregledali, vnesli ter jih analizirali s pomočjo statističnega programa SPSS, ver. 26. Hipoteze smo preverili z analizo neodvisnega t-testa, analizo varianc (ANOVA) in regresijsko analizo.

5. Rezultati

5.1. Rezultati o zadovoljstvu

V nadaljevanju predstavljamo rezultate o splošnem zadovoljstvu anketirancev, pri katerih so svoje zadovoljstvo ocenili na lestvici od 1 do 5 (1 – zelo nezadovoljen, 5 – zelo zadovoljen).

V tabeli 1 prikazujemo podatke o zadovoljstvu na različnih področjih življenja anketirancev. Podatki kažejo, da so anketiranci najbolj zadovoljni s svojim bivališčem (AS = 4,12; SO = 0,911), odnosi z drugimi (AS = 4,09; SO = 0,854), izobrazbo (AS = 4,08; SO = 0,867) ter zaposlitvijo in upokojitvijo (AS = 4,05; SO = 0,954). Manj so zadovoljni z družinskim življenjem (AS = 3,92; SO = 0,924) in lokalnim okoljem (AS = 3,93; SO = 0,898). Anketiranci so najmanj zadovoljni z življenjskim standardom (AS = 3,83; SO = 0,933) in življenjem na splošno (AS = 3,88; SO = 0,776).

Iz podatkov je razvidno, da so anketiranci v povprečju zadovoljni z življenjem, saj znašajo povprečja pri zadovoljstvu na vseh proučevanih področjih življenja več kot 2,5, skupna povprečna ocena pa znaša 4,0.

Tabela 1: Splošno zadovoljstvo anketirancev

	AS	Me	Mo	SO	Min	Max
Z življenjem na splošno	3,88	4,00	4	0,776	1	5
Z izobrazbo	4,08	4,00	4	0,867	1	5
Z zaposlitvijo ali upokojitvijo	4,05	4,00	5	0,954	1	5
Z življenjskim standardom	3,83	4,00	4	0,933	1	5
Z bivališčem	4,12	4,00	4	0,911	1	5
Z družinskim življenjem	3,92	4,00	4	0,924	1	5
Z odnosi z drugimi	4,09	4,00	4	0,854	1	5
Z lokalnim okoljem	3,93	4,00	4	0,898	1	5

Legenda: AS – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SO – standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum.

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.2. Rezultati o bivalnih razmerah

V nadaljevanju predstavljamo rezultate o bivalnih razmerah anketirancev, pri katerih so nas zanimali: vrsta stanovanja, v katerem živijo, starost, velikost in trajanje bivanja v stanovanju, stanovanjski status, vrste prostorov, ki obsegajo sedanje stanovanje, ter infrastruktura, s katero je stanovanje opremljeno.

V tabeli 2 prikazujemo vrsto stanovanja, v katerem živijo anketiranci. Podatki kažejo, da jih več kot polovica živi v stanovanju v bloku ali stolpnici (55,7 %). Sledijo tisti, ki živijo v hiši, tako samostojni, vrstni, dvojčku, dvostanovanjski ali počitniški (42,5 %). Zelo malo (1,8 %) jih živi v sobi.

Tabela 2: Vrsta stanovanja anketirancev

Vrsta stanovanja	Frekvenca	%	Kumulativa v %
Soba	11	1,8	1,8
Stanovanje v bloku	264	44,2	46,0
Stanovanje v stolpnici	69	11,5	57,6
Enostanovanjska hiša/vila	103	17,2	74,9
Vrstna hiša/dvojček	44	7,3	82,3
Dvostanovanjska hiša	93	15,5	97,9
Vikend/počitniška hiša	15	2,5	100,0
Drugo	0	0,0	100,0
Skupaj	597	100,00	

Vir: Lastna raziskava 2020.

V tabeli 3 so predstavljeni podatki o starosti, velikosti in trajanju bivanja v sedanjem stanovanju. Anketiranci živijo v stanovanjih, ki so stara med 1 in 128 let, s povprečno starostjo 45,39 leta. Velikost njihovega stanovanja znaša med 23 in 240 m², s povprečno velikostjo 75,20 m². Anketiranci imajo v svojem stanovanju od 1 do 6 sob, v povprečju 2,8 sobe. V sedanjem stanovanju bivajo med 1 in 67 leti, povprečno 31,93 leta.

Tabela 3: Starost, velikost, število sob in trajanje bivanja v stanovanju

	AS	Me	Mo	SO	Min	Max
Starost stanovanja v letih	45,39	43,00	40	22,147	1	128
Velikost stanovanja v m ²	75,20	68,00	60	37,465	23	240
Število sob	2,80	3,00	2	2,268	1	6
Število let bivanja v sedanjem stanovanju	31,93	35,00	40	17,168	1	67
Legenda: AS – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SO – standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum.						

Vir: Lastna raziskava 2020.

Stanovanjski status anketirancev je predstavljen v tabeli 4. Večina anketirancev (82,7 %) je lastnikov ali solastnikov (s hipoteko ali brez), sledijo tisti, ki so brezplačni uporabniki (8,2 %) in najemniki (5,0 %). 4,1 % anketirancev je opredelila stanovanjski status kot drugo od navedenega v anketnem vprašalniku.

Tabela 4: Stanovanjski status anketirancev

Vrsta stanovanja	Frekvenca	%	Kumulativa v %
Lastnik/solastnik brez hipoteke	478	80,2	80,2
Latnik/solastnik s hipoteko	15	2,5	82,7
Najemnik s tržno najemnino	25	4,2	86,9
Najemnik z neprofitno najemnino	5	0,8	87,7
Brezplačni uporabnik	49	8,2	95,9
Drugo	24	4,1	100,0
Skupaj	597	100,00	

Vir: Lastna raziskava 2020.

V raziskavi nas je zanimalo, katere prostore vključuje stanovanje anketirancev. Podatki, predstavljeni v tabeli 5, kažejo, da njihovo stanovanje vključuje kuhinjo (98,5 %), sobo (97,5 %), kopalnico (97,3 %), sanitarije (90,3 %) ter balkon, atrij ali vrt (83,6 %). Manj pogosto stanovanja anketirancev vključujejo shrambo ali klet (75, %) ter jedilnico (59,8 %). Pri manj kot polovici anketirancev stanovanje vključuje garažo (47,7 %) in kabinet (42,5 %).

Tabela 5: Prostor v stanovanju anketirancev

Vrsta stanovanja	Frekvenca	%
Kuhinja	588	98,5
Jedilnica	357	59,8
Sanitarije	539	90,3
Kopalnica	581	97,3
Soba	582	97,5
Shramba/klet	448	75,0
Balkon/vrt/atrij	499	83,6
Kabinet	254	42,5
Garaža	283	47,4

Vir: Lastna raziskava 2020.

V tabeli 6 so predstavljeni podatki o infrastrukturi, s katero so opremljena stanovanja anketirancev. Podatki kažejo, da so vsa stanovanja anketirancev opremljena z elektriko in s telekomunikacijami. Skoraj vsa stanovanja imajo urejen odvoz odpadkov (99,3 %), vodo (99,2 %), kanalizacijo (97,8 %) in ogrevanje (94,6 %). Najmanj stanovanj (69,0 %) je opremljenih z mestnim plinom.

Tabela 6: Infrastruktura stanovanja anketirancev

Vrsta stanovanja	Frekvenca	%
Voda	592	99,2
Elektrika	597	100,0
Odvoz odpadkov	593	99,3
Kanalizacija	584	97,8
Ogrevanje	565	94,6
Telekomunikacije	597	100,0
Mestni plin	412	69,0

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.3. Problemi in zadovoljstvo s stanovanjem

V nadaljevanju so predstavljeni podatki o problemih s stanovanjem in zadovoljstvu s stanovanjem, anketiranci so svoje zadovoljstvo ocenili na lestvici od 1 do 5 (1 – zelo nezadovoljen, 5 – zelo zadovoljen).

V tabeli 7 so predstavljene ocene glede stanovanjskih problemov anketirancev, pri čemer jim največji problem predstavljajo velikost stanovanja (AS = 4,21; SO = 0,944) ter vlaga, plesen in trohnoba v stanovanju (AS = 4,09; SO = 1,282). Anketirancem veliko problemov predstavljajo tudi hrup iz okolice (AS = 3,42; SO = 1,249) in škodljivci (AS = 3,48; SO = 1,238). Iz podatkov je razvidno, da so anketiranci v povprečju s stanovanjem zadovoljni, saj znašajo povprečja pri zadovoljstvu kljub navedenim stanovanjskim problemom več kot 2,5, povprečna skupna ocena zadovoljstva pa znaša 3,8.

Tabela 7: Problemi s stanovanjem anketirancev

	AS	Me	Mo	SO	Min	Max
Velikost stanovanja	4,21	4,00	5	0,944	1	5
Vlaga, plesen, trohnoba	4,09	5,00	5	1,282	1	5
Prostori za posedanje zunaj (vrt, terasa, balkon)	3,94	4,00	5	1,177	1	5
Smrad	3,79	4,00	5	1,177	1	5
Hrup iz okolice	3,42	4,00	4	1,249	1	5
Škodljivci (mrčes, glodavci, žuželke)	3,48	4,00	5	1,238	1	5
Vremenski vplivi (prepih, zamakanje, vročina, mraz)	3,83	4,00	5	1,152	1	5

Legenda: AS – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SO – standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum.

Vir: Lastna raziskava 2020.

V tabeli 8 so predstavljeni rezultati zadovoljstva anketirancev z različnimi stanovanjskimi dejavniki. Anketiranci so najbolj zadovoljni s stanovanjsko opremo (AS = 4,25; SO = 0,84) in notranjo konstrukcijo (AS = 3,99; SO = 0,91). Manj so zadovoljni z vzdrževanjem in popravili stanovanja (AS = 3,73; SO = 1,02) in zunanjo konstrukcijo (AS = 3,71; SO = 0,99). Anketiranci so najmanj zadovoljni z višino obratovalnih stroškov (AS = 3,25; SO = 0,94) ter prilagojenostjo stanovanja starejšim z zagotovljeno varnostjo pred padci (AS = 3,48; SO = 1,22).

Iz podatkov je razvidno, da so anketiranci v povprečju zadovoljni s stanovanjskimi dejavniki, saj znašajo povprečja zadovoljstva kljub problemom več kot 2,5, povprečna skupna ocena zadovoljstva glede stanovanja pa znaša 3,7.

Tabela 8: Zadovoljstvo s stanovanjem anketirancev

Spremenljivka	AS	Me	Mo	SO	Min	Max
Notranja konstrukcija (tla, zidovi, okna, ogrevanje, napeljava, notranja vrata, pohištvo)	3,99	4,00	4	0,911	1	5
Zunanja konstrukcija (streha, fasada, vhod in vhodna vrata, temelji, parkiranje)	3,71	4,00	3	0,980	1	5
Oprema (hladilnik, štedilnik, pralni stroj, pomivalni stroj, televizija, radio, računalnik ...)	4,25	4,00	5	0,836	1	5
Prilagojenost starejšim ljudem in zagotovljena varnost pred padci	3,48	4,00	4	1,224	1	5
Vzdrževanje in popravila stanovanja	3,73	4,00	4	1,018	1	5
Višina obratovalnih stroškov	3,25	3,00	3	0,938	1	5

Legenda: AS – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SO – standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum.

Vir: Lastna raziskava 2020.

5.4. Prilagoditve bivalnih razmer

V nadaljevanju so predstavljeni podatki anketirancev o njihovem strinjanju s prilagoditvijo bivalnih razmer, pri katerih so svoje strinjanje ocenili na lestvici od 1 do 5 (1 – se sploh ne strinjam, 5 – se poponoma strinjam).

V tabeli 9 so predstavljeni podatki o strinjanju s prilagoditvijo bivalnih razmer, iz katerih lahko ugotovimo, da se anketiranci najbolj strinjajo s funkcionalno prilagoditvijo stanovanja (AS = 3,81; SO = 1,163), zmanjšanjem obratovalnih stroškov (AS = 3,80; SO = 1,102) in preureditvijo stanovanja v pametni dom z oddaljenim nadzorom in mobilnimi storitvami na domu (AS = 3,67; SO = 1,119). Nekoliko manjše strinjanje so anketiranci izrazili pri energetske prenovi obstoječega stanovanja (AS = 3,45; SO = 1,162) in možnosti vključitve v gospodinjske skupine, oskrbniške družine za starejše in dnevne centre (AS = 3,32; SO = 1,232). Najmanj so anketiranci naklonjeni prodaji stanovanja in selitvi v drugo stanovanje (AS = 2,97; SO = 1,269), manj so naklonjeni tudi sobivanju s prijatelji ali znanci iste generacije (AS = 3,15; SO = 1,194) in medgeneracijskemu bivanju z mladimi (AS = 3,17; SO = 1,299).

Iz podatkov je razvidno, da so anketiranci v povprečju naklonjeni prilagoditvi bivalnih razmer, saj znašajo povprečja več kot 2,5, povprečna skupna ocena pa znaša 3,4.

Tabela 9: Prilagoditev bivalnih razmer

	AS	Me	Mo	SO	Min	Max
Zmanjšanje obratovalnih stroškov	3,80	3,00	5	1,102	1	5
Energetska prenova obstoječega stanovanja	3,45	4,00	4	1,162	1	5
Funkcionalna prilagoditev stanovanja	3,81	4,00	5	1,163	1	5
Preureditev stanovanja v pametni dom z oddaljenim nadzorom in mobilnimi storitvami na domu	3,67	4,00	4	1,119	1	5
Prodaja stanovanja in selitev v oskrbovano/ varovano stanovanje ali manjše stanovanje	2,97	3,00	3	1,269	1	5
Vključitev v gospodinjske skupine, oskrbniške družine za starejše, dnevne centre	3,32	3,00	3	1,232	1	5
Medgeneracijsko bivanje z mladimi	3,17	3,00	3	1,299	1	5
Sobivanje s prijatelji/znanci iste generacije	3,15	3,00	3	1,194	1	5

Legenda: AS – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SO – standardni odklon, Min – minimum, Max – maksimum.

Vir: Lastna raziskava 2020.

6. Razprava

Na podlagi predstavljenih rezultatov ugotavljamo, da starejši ljudje iz MOL svoje zadovoljstvo na različnih področjih življenja ocenjujejo visoko, pri čemer najbolje ocenjujejo svoje zadovoljstvo z bivališčem, odnosi z drugimi, izobrazbo ter z zaposlitvijo oz. upokojitvijo, kar so ugotovili že Lim idr. (2016, 13).

Starejši ljudje iz MOL najpogosteje živijo v stanovanju v bloku ali stolpnici oziroma v stanovanjih, ki so stara, velika in lastniška, kar je bilo ugotovljeno tudi v Strategiji dolgožive družbe (UMAR 2017, 59). Stanovanja v večini obsegajo osnovne prostore, kot so kuhinja, soba, kopalnica, sanitarije in prostor za posedanje zunaj, ter imajo osnovno infrastrukturo, kot so elektrika, telekomunikacije, odvoz odpadkov, voda, kanalizacija in ogrevanje.

Starejši ljudje iz MOL pri stanovanjskih problemih najpogosteje izpostavljajo probleme z zaznavanjem hrupa iz okolice in škodljivci v stanovanju, kar ugotavlja tudi Seljak (2020, 17). Največje zadovoljstvo pa izražajo pri stanovanjski opreми in notranji konstrukciji stanovanja, kamor prištevamo tla, zidove, okna, ogrevanje, napeljava, notranja vrata in pohištvo.

Pri prilagoditvah bivalnih razmer zaradi podaljšanja življenja v domačem okolju so starejši ljudje iz MOL najbolj naklonjeni funkcionalni prilagoditvi stanovanja, zmanjšanju obratovalnih stroškov in preureditvi stanovanja v pametni dom z oddaljenim nadzorom in mobilnimi storitvami na domu. Manj so naklonjeni možnosti prodaje stanovanja in selitvi v drugo stanovanje ter sodobnim oblikam bivanja v skupnosti, kot so sobivanje s prijatelji ali znanci iste generacije in medgeneracijskemu bivanju z mladimi. Podobne ugotovitve lahko zasledimo tudi v Strategiji dolgožive družbe (UMAR 2017, 19).

Prvo hipotezo, da se zadovoljstvo z bivališčem pri starejših ljudeh v MOL razlikuje glede na spol, smo preverjali s t-testom. Neodvisno spremenljivko zadovoljstvo z bivališčem smo testirali na dveh neodvisnih vzorcih (ženski in moški spol anketirancev). Rezultati t-testa so predstavljeni v tabeli 10. Iz vrednosti t-testa ($t = -0,069$, $p = 0,945$) lahko sklepamo, da pri zadovoljstvu z bivališčem ne obstaja statistično pomembna razlika glede na spol. Skladno s temi rezultati hipoteze 1, da se zadovoljstvo z bivališčem pri starejših ljudeh v MOL razlikuje glede na spol, ne moremo potrditi.

Tabela 10: Rezultati t-testa za hipotezo 1

Neodvisna spremenljivka	t	p	SE
Zadovoljstvo z bivališčem	-0,069	0,945	0,084

Legenda: t - vrednost, p - stopnja tveganja, SE - ocena standardne napake.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Drugo hipotezo, da so starejši ljudje iz MOL pri prilagoditvah bivalnih razmer manj pripravljeni sprejeti sodobne oblike bivanja starejših, smo preverjali na podlagi rezultatov opisne statistike. Pri sodobnih oblikah bivanja smo kot izhodišče za primerjanje podatkov izbrali aritmetično sredino in standardni odklon. Spremenljivke o vključitvi v gospodinjstve skupine, oskrbniške družine za starejše in dnevne centre (AS = 3,32; SO = 1,232), sobivanju s prijatelji ali znanci iste generacije (AS = 3,15; SO = 1,194) in medgeneracijskem bivanju z mladimi (AS = 3,17; SO = 1,299) so bile med anketiranci najslabše ocenjene, saj je bilo povprečje manjše kot povprečna ocena vseh možnosti prilagoditve bivalnih razmer, ki je znašala 3,4. Na podlagi navedenega hipotezo 2, da so starejši ljudje iz MOL pri prilagoditvah bivalnih razmer manj pripravljeni sprejeti sodobne oblike bivanja starejših, lahko potrdimo.

Tretjo hipotezo, da pri starejših ljudeh iz MOL obstaja razlika v prilagoditvah njihovih bivalnih razmer glede na njihov stanovanjski status, smo preverjali z metodo analize variance (ANOVA), pri kateri smo preverjali razlike pri spremenljivkah o bivalnih prilagoditvah glede na stanovanjski status anketirancev: lastnik ali solastnik brez hipoteke, lastnik ali solastnik s hipoteko, najemnik s tržno najemnino, najemnik z neprofitno najemnino, brezplačni uporabnik, drugo. Prav tako smo z metodo analize variance (ANOVA) preverjali četrto hipotezo, da pri starejših ljudeh iz MOL obstaja razlika pri prilagoditvah njihovih bivalnih razmer glede na vrsto gospodinjstva, v katerem živijo, pri kateri smo preverjali razlike pri spremenljivkah o bivalnih prilagoditvah glede na vrsto gospodinjstva, v katerem živijo anketiranci: sami, s partnerjem, s partnerjem in otroki, z otroki, z vnuki, z drugimi sorodniki, z drugimi ljudmi. Rezultati analize so predstavljeni v tabeli 11. Na podlagi rezultatov analize lahko pri hipotezi 3 ugotovimo, da pri spremenljivkah »energetska prenova obstoječega stanovanja« in »medgeneracijsko bivanje z mladimi« vrednost p znaša več kot 0,05. Pri ostalih spremenljivkah prilagoditve bivalnih razmer pa je vrednost F dovolj visoka in vrednost p manjša

od 0,05, zato lahko ugotovimo, da pri teh spremenljivkah obstaja statistično pomembna razlika pri prilagoditvi bivalnih razmer glede na stanovanjski status anketirancev. Na podlagi navedenega lahko hipotezo 3 delno potrdimo. Pri hipotezi 4 ugotavljamo, da pri spremenljivkah »funkcionalna prilagoditev stanovanja« in »preureditev stanovanja v pametni dom z oddaljenim nadzorom in mobilnimi storitvami« vrednost p znaša več kot 0,05. Pri ostalih spremenljivkah prilagoditve bivalnih razmer pa je vrednost F dovolj visoka in vrednost p manjša od 0,05, zato lahko ugotovimo, da pri teh spremenljivkah obstaja statistično pomembna razlika pri prilagoditvi bivalnih razmer glede na vrsto gospodinjstva anketirancev. Na podlagi navedenega lahko hipotezo 4 delno potrdimo.

Tabela 11: Rezultati ANOVA za hipotezo 3 in hipotezo 4

Spremenljivka prilagoditve bivalnih razmer	H3		H4	
	F	p	F	p
Zmanjševanje obratovalnih stroškov	4,741	0,000	4,765	0,000
Energetska prenova obstoječega stanovanja	2,051	0,071	4,624	0,000
Funkcionalna prilagoditev stanovanja (držala, pragovi, dvigala, zmanjševanje preprek ...)	5,583	0,000	1,226	0,296
Preureditev stanovanja v pametni dom z oddaljenim nadzorom in mobilnimi storitvami na domu	5,975	0,000	5,975	0,213
Prodaja stanovanja in selitev v oskrbovano/varovano stanovanje ali manjše stanovanje	7,962	0,000	4,027	0,001
Vključitev v gospodinjstvo skupine, oskrbniške družine za starejše, dnevne centre	7,480	0,000	5,505	0,000
Medgeneracijsko bivanje z mladimi	2,167	0,057	3,704	0,003
Sobivanje s prijatelji/znanci iste generacije	4,094	0,001	5,531	0,000

Legenda: F – vrednost, p – stopnja tveganja.

Vir: Lastna raziskava 2020.

Peto hipotezo, da pri starejših ljudeh iz MOL na prilagoditev bivalnih razmer statistično pomembno vpliva njihova starost, smo preverjali z regresijsko analizo. V regresijski analizi smo preverjali vpliv neodvisne spremenljivke starost na odvisno spremenljivko prilagoditev bivalnih razmer. Rezultati regresijske analize so predstavljeni v tabeli 12. Na podlagi vrednosti regresijske analize ($R = 0,232$; $\beta = -0,232$; $t = 13,556$; $p = 0,000$) ugotavljamo, da je vpliv starosti na prilagoditev bivalni razmer statistično značilen in negativen, zato hipotezo 5 potrdimo. Iz navedenega lahko sklepamo, da pripravljenost izbrati oblike bivalnih razmer pada s starostjo oziroma da je pripravljenost izbrati oblike bivalnih razmer pri mlajših starostnih skupinah višja.

Tabela 12: Rezultati regresijske analize za hipotezo 5

Odvisna spremenljivka	R	β	t	p
Oblike prilagoditev bivalnih razmer	0,232	-0,232	13,556	0,000

Legenda: R – korelacijski koeficient, β – regresijski standardni koeficient, t – t -test, p – stopnja tveganja.

Vir: Lastna raziskava 2020.

7. Zaključek

Pričujoča raziskava posega na področje aktivnega staranja na območju MOL, pri čemer smo se v prispevku osredotočili na bivalne razmere starejših ljudi iz MOL, ugotavljanje njihovega zadovoljstva s stanovanjem in njihove pripravljenosti na prilagoditev bivalnih razmer.

Bivalne razmere in njihove prilagoditve so pri starejših ljudeh pomembne, saj zagotavljajo aktivno staranje v domačem okolju. Starejši ljudje so pri prilagoditvah bivalnih razmer manj pripravljeni sprejeti sodobne oblike bivanja starejših. Stanovanjski status in vrsta gospodinjstva sta pomembna za sprejemanje nekaterih oblik prilagoditve bivalnih razmer, medtem ko starost vpliva na pripravljenost izbrati ustrezne oblike prilagoditve bivalnih razmer.

Ugotovitve raziskave služijo kot temelj za prenovitev politik na področju aktivnega staranja ter oblikovanje sodobnih modelov za samostojno in neodvisno bivanje starejših ljudi v domačem okolju. Pri tem je vloga MOL ključna, saj lahko na področju prilagoditve bivalnih razmer z opolnomočenjem starejših ljudi in širšim družbenim vplivom doseže spremembe na področju aktivnega staranja kot osnove za samostojno in neodvisno življenje.

Literatura

- Ahn, Mira. 2017. Introduction to special issue: aging in place. *Housing and Society* 44; 1–3.
- Amerigo, Maria. 1992. A model of residential satisfaction. V *Socio-Environmental Metamorphoses: Builtscapes, Landscapes, Ethnoscape, Euroscape*, ur. Mazis Aristides in Kleopatra Karaletsou, Vol. V. Salonica: Aristitel University of Thessaloniki.
- Amerigo, Maria in Juan Ignacio Aragones. 1997. A Theoretical and Methodological Approach to the Study of Residential Satisfaction. *Journal of Environmental Psychology* 17: 47–57.
- Eurostat. 2019. Ageing Europe – statistic on housing and living condition. Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Ageing_Europe_-_statistics_on_housing_and_living_conditions#Living_conditions_for_older_people_in_their_local_area (10. september 2020).
- Evans, Gary W., Elyse Kantrowitz in Paul Eshelman. 2002. Housing Quality and Psychological Well-Being Among the Elderly Population. *The Journals of Gerontology Series B* 57(4): 381–383.
- Fernandez-carro, Celia, Juan Antonio Modenes in Jeroen Spijker. 2015. Living conditions as predictor of elderly residential satisfaction. A cross-European view by poverty status. *Eur J Ageing* 12: 187–202. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28804354/> (10. september 2020).
- Filipovič Hrast, Maša, Richard Sendi in Boštjan Kerbler. 2020. Housing Choices of Older People: Staying or Moving in the Case of High Care Needs. *Sustainability* 12(7), 2888: 2–20. Dostopno na: <https://www.mdpi.com/2071-1050/12/7/2888> (11. september 2020).
- Galster, George C. 1987. Identifying the correlates of dwelling satisfaction: An empirical critique. *Environment and Behavior* 19(5): 539–568.
- Heywood, Frances, Oldman, Christine in Robin Means. 2002. *Housing and Home in Later Life*. Buckingham: Open University Press.
- Hvalič Touzery, Simona. 2014. Zdravje, počutje in zadovoljstvo z življenjem najstarejših starih v Sloveniji. *Teorija in praksa* 51(2/3): 458–474. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-PTEB4M1Q> (9. september 2020).
- Life Satisfaction*. 2020. OECD Better Life Index. Dostopno na: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/life-satisfaction/> (11. september 2020).
- Lim, Hyun Ja, Dae kee Min, Lilian Thorpe in Chel Hee Lee. 2016. Multidimensional construct of life satisfaction in older adults in Korea: a six-year follow-up study. *BMC Geriatrics* 16(197): 1–14.
- Mahdi Vidouje, Mahboube, Yadollah Abolfathi Momtaz, Mahshid Foroughan, Mahin Sadat Azimi, Seyyed Alireza Moravveji, Leali Mohandes Mojarrad, Halime Zareii in Robab Sahaf. 2017. *Grandparent-Grandchild relationship and older adults' life satisfaction*. Dostopno na: <https://neoscriber.org/cdn/serve/3144b/98f322f8e8a3de66aafafdb84bceeb28982e3573/mcj-14-03-65214.pdf> (9. september 2020).
- Mandič, Srna. 2011. Stanovanje in blaginja starejših: Primerjava Slovenije z izbranimi državami. V *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*, ur. Srna Mandič in Maša Hrast Filipovič, 85–106. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Meng, Gang in Brent G. Hall. 2006. Assessing housing quality in metropolitan Lima, Peru. *J Housing Built Environ* 21: 413–439.

- National Institute of Aging. 2020. Aging in place: Growing Older at Home. Dostopno na: <https://www.nia.nih.gov/health/aging-place-growing-older-home> (15. september 2020).
- Phillips, Judith, Kristine Ajrouch in Sarah Hillcoat-Nalletamby. 2010. *Key Concepts in Social Gerontology*. London: Sage.
- Rioux, Liliane in Carol Werner. 2011. Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology* 31: 158–169.
- Rojo Perez, Fermina, Gloria Fernandez-Mayorolas, Enrique Pozo Riviera in Jose Manuel Rojo Abuin. 2001. Ageing in place: Predictors of residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research* 54: 173–208.
- Seljak, Peter. 2020. Bivalno zadovoljstvo in socialni kapital starejših ljudi. *Kakovostna starost* 23(2): 3–19.
- Seljak, Peter. 2019. The relevance of social capital of older people for strengthening their residential satisfaction. V *The Challenges of Social Gerontology*, ur. Jana Goriup, Goran Gumze in Peter Seljak, 13–27. Maribor: Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor.
- Seljak, Peter. 2017. *Pomen bivalne kakovosti za krepitev socialnega kapitala in ohranjanje socialnega konvoja starejših ljudi* (Doktorska disertacija). Maribor: Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor.
- Seljak, Peter. 2015. Property Ownership Dilemmas of the Elderly. V *Quo vadis Ageing?*, ur. Marija Ovsenik in Rok Ovsenik, 253–272. Maribor: Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor.
- Sengupta, Urmi in Allan G. Tipple. 2007. Performance of Public sector housing in Kolkatta, India, in the Post reform Milieu. *Urban Studies* 44 (10): 2009–2027.
- Stegmüller, Nina in Karin Bakračević Vukman. 2012. Zadovoljstvo z življenjem v povezavi s pozitivnim in negativnim čustvovanjem v srednji in pozni odraslosti. Raziskava na slovenskem vzorcu odraslih. *Anthropos* 1-2(225–226): 31–54. Dostopno na: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-IW0UE616> (9. september 2020).
- Terzano, Kathryn. 2014. Residential Satisfaction. V *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, ur. Alex C. Michalos, 239–311. Dordrecht: Springer. Dostopno na: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/life-satisfaction/> (11. september 2020).
- Toussaint, Janneke. 2011. *Housing wealth in retirement strategies. Towards understanding and new hypotheses*. Amsterdam: IOS Press BV.
- Urad RS za makroekonomske analize in razvoj [UMAR]. 2017. Strategija dolgožive družbe. Ljubljana: Vlada RS. Dostopno na: https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf (8. september 2020).
- Wiles, Janie L., Annette Leibing, Nancy Guberman, Jeanne Reeve in Ruth E. S. Allen. 2012. The Meaning of »Ageing in Place« to Older People. *The Gerontologist* 52(3): 357–366.



Mestna občina
Ljubljana