

VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVENO NEGO
JESENICE

DIPLOMSKO DELO

MARIJA SABRINA VRATARIČ



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

ŽIVIM SAM, NISEM OSAMLJEN

Mentor: dr. Radojka Kobentar

Kandidatka: Marija Sabrina Vratarič

Jesenice, april, 2011

ZAHVALA

Zahvaljujem se ...

... moji mentorici dr. Radojki Kobentar za vse nasvete in usmeritve, za vztrajno in potrpežljivo vodenje na poti do cilja, predvsem pa za vso izkazano toplino. Ravno tako se zahvaljujem svojim recenzentkama mag. Jožici Ramšak-Pajk ter dr. Simoni Hvalič Touzery za njuno mnenje ter predlagane izboljšave. Iskrena hvala tudi Nataši Koražija za lektoriranje diplomskega dela.

... svoji družini, ki me je podprla že na samem začetku in z mano vztrajala do konca. Ponujene rame ob neuspehih in še toplejši nasmehi ob uspehih so pomagali, da sem lahko letela, pa čeprav sem brez kril.

... dobri prijateljici in sodelavki Janji, ki je ob vseh mojih odsotnostih brez godrnjanja prevzemala tudi moje delo. Ker ji ni bilo dano, da diplomirava skupaj, ji želim, da te svoje sanje nekoč tudi odsanja.

... trem sošolkam in čudovitim prijateljicam, Alenki, Janiti in Maji, ki so mi tekom študija povsem nazorno pokazale, kaj prijateljstvo je in ki me še danes učijo, kako se ga neguje.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Prebivalstvo se hitro in nezadržno stara, tako pri nas kot po vsem svetu, vključujoč tudi že manj razvite države. Družina kot pomembna vrednota posameznika je vse bolj okrnjena in starostniki večinoma živijo v eno- ali dvočlanskih gospodinjstvih. Vsem spremembam navkljub pa se le malo in zelo počasi spreminjata miselnost in odnos do staranja. Razne izgube v starosti, povezane s smrtjo prijateljev, partnerja in tudi zdravja, počasi krčijo socialno mrežo starostnika, kar vodi v osamljenost. Boleča izkušnja osamljenosti vpliva na kakovost življenja v starosti in se povezuje z nastankom depresije.

Cilj: Namen je bil ugotoviti, kako je starostnik integriran v okolju, in raziskati, ali pomanjkanje socialne mreže vpliva na osamljenost. Zanimalo nas je tudi, koliko jih živi samih in koliko se jih pri tem počuti osamljene. Osamljenost smo želeli raziskati tudi pri tistih, ki ne živijo sami, in poiskati vzroke za osamljenost ter povezavo med osamljenostjo in morebitnim občutenjem depresije.

Metode: Uporabili smo deskriptivno metodo s pregledom literature, za empirični del pa kvantitativno metodo dela z uporabo vprašalnika, kjer prvi del ugotavlja socio-demografske kazalnike, v drugem delu pa je uporabljena lestvica za ugotavljanje depresivnosti (Geriatric Depression Scale 30). Vzorec je bil izbran priložnostno, vstopni kriteriji pa so bili starost nad 65 let, bivališče na območju Ljubljane in sposobnost posameznika, da vprašalnik izpolni sam. Anketiranje je trajalo 14 dni v času od 29. 11. do 13. 12. 2010. Za izvajanje raziskave smo pridobili soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko.

Rezultati: V anketi je sodelovalo 100 starostnikov, z visokim deležem žensk (68 %) in bistveno manjšim deležem moških (32 %). Večina ima dokončano srednjo šolo, moških z univerzitetno izobrazbo pa je več kot žensk. Pri spremenljivki zakonski stan ugotavljamo dva izstopajoča rezultata, in sicer visok delež poročenih moških (84,4 %) in visok delež ovdovelih žensk (87,5 %). Vsi imajo v svojem okolju osebe, ki pomembno vplivajo na njih in njihovo življenje, pri čemer je visoka udeleženos družine. Ob posebnih življenjskih situacijah, ko bi starostnik potreboval pomoč, pa je družina zastopana v še večjem deležu.

Rezultati kažejo, da samih živi 30 % starostnikov, osamljenost, tako vsakodnevna kot občasna, pa je v celotnem vzorcu izražena v 18 %. Tisti, ki živijo sami, v večji meri

izražajo osamljenost kot poročeni, živeči v skupnem gospodinjstvu s partnerjem in otroki, pa osamljenosti sploh ne občutijo. Najbolj osamljeni so ovdovedi, saj občasno in vsakodnevno osamljenost občuti dobra tretjina. Količina oziroma število pomembnih oseb, na osamljenost ne vpliva, prav tako ne število ali oddaljenost otrok.

Anketirani, ki niso nikoli osamljeni ($N = 82$), v večini primerov ($N = 56$) tudi ne kažejo znakov depresije. V vzorcu tistih, ki vsakodnevno občutijo osamljenost ($N = 12$), pa je velika večina ($N = 10$) z blagimi ali izrazitimi znaki depresije. Pri ugotavljanju vpliva osamljenosti na pojav depresije, rezultati kažejo na pomembno statistično povezanost [$\chi^2(4) = 34,373$; $p = 0,001$].

Razprava: V raziskavi je ugotovljena dobra socialna mreža starostnikov, dobri medsebojni odnosi pa so vezani predvsem na otroke, vnuke in nečake ter partnerja. Družina tako predstavlja pomemben vir socialne opore. Vpliva slabše oziroma pomanjkljive socialne mreže na osamljenost ne moremo z gotovostjo potrditi. Lahko pa iz danih rezultatov sklepamo v obratni smeri, saj dobra socialna mreža zmanjšuje osamljenost, ki je v naši raziskavi v celotnem vzorcu zastopana v manj kot petini vseh preiskovancev.

Tisti, ki živijo sami, so pogostejše osamljeni, prav tako so pogostejše osamljeni ovdovedi. Obe kategoriji se medsebojno povezujeta, saj je razlog, da so sami, ravno vdovstvo. Izguba dolgoletnega partnerja predstavlja tako težko izkušnjo, ki starostnika hitro popelje v osamljenost. Iskanje morebitne povezanosti osamljenosti s pojavom depresivne motnje kaže, da odsotnost osamljenosti v večini primerov kaže tudi na odsotnost depresije. Žal pa je tudi obratno, saj delež vsakodnevno osamljenih hkrati izraža tudi visok delež tako blage kot izrazite depresije.

Ključne besede: starostnik, medsebojni odnosi, socialna mreža, osamljenost, depresija.

SUMMARY

Theoretical basis: The population is aging fast and irrepressibly, in Slovenia as well as in the rest of the world and including less developed countries. Family as an important value of an individual is increasingly shrinking and older people mostly live in households encompassing one or two members. In spite of all the changes, the mentality and attitude towards aging are changing little and slowly. Various losses in old age, connected with death of friends, partners and loss of health, slowly diminish social network of the old person, which leads to loneliness. The painful experience of loneliness affects the quality of life in old age and is connected with the development of depression.

Aim: The purpose of the survey was to establish how the older people are integrated in the environment and to explore whether the lack of a social network affects loneliness. We also wanted to establish how many older people live alone and how many of them feel lonely. In addition, we wanted to examine loneliness in persons not living alone and establish the reasons for loneliness and the correlation between loneliness and possible experience of depression.

Methods: We used the descriptive method with the literature review, and the quantitative method with the use of a questionnaire for the empirical section; the first part of the questionnaire was used to establish the socio-demographic indicators, and the second used the scale for establishing depression (Geriatric Depression Scale 30). A convenient sample was used; the entry criteria were age over 65 years, residence in the Ljubljana area and the ability of the individuals to fill in the questionnaire by themselves. The survey was carried out within 14 days, from November 29 to December 13, 2010. To carry out the survey, we obtained the consent of the National Medical Ethics Committee.

Results: The survey encompassed 100 older persons, with a high percentage of women (68%) and a considerably smaller percentage of men (32%). The majority of the participants have completed high school education; there were more males with university degrees than women. In the marital status variable, two outstanding results were established, namely the high proportion of married men (84,4%) and a high proportion of widowed women (87,5%). All participants have persons in their environment that importantly affect them and their lives, with the important role played

by the family. In specific life situations when the older person would require help, the family is represented by an even larger proportion.

The results show that 30 % of older persons live alone, whereas loneliness occurring on a daily basis or occasionally is present in 18 % of the entire sample. Persons living alone express loneliness more frequently than married persons, whereas persons living in joint households with partners and children do not experience loneliness. The most lonely persons are the widowed, a good third of them experience occasional or everyday loneliness. The quantity or number of significant persons does not affect loneliness, neither does the number or distance of children.

The participants that are never lonely (N = 82) in the majority of cases (N = 56) also do not show signs of depression. In the sample of those that experience loneliness on a daily basis (N = 12), the majority (N = 10) exhibit mild or distinctive signs of depression. In establishing the effect of loneliness on the occurrence of depression, the results point towards a significant statistical correlation [$\chi^2(4) = 34.373$; $p = 0.001$].

Discussion: The findings of the survey show that the old people have good social networks and that good interpersonal relationships predominantly feature children, grandchildren, nephews and nieces and the partner. The family therefore represents an important source of social support. The effect of a weaker or lacking social network on loneliness cannot be confirmed with certainty; however, the given results allow the conclusion in the opposite direction, as a good social network diminishes loneliness, which is in our survey present in fewer than one fifth of all participants.

Persons living alone experience feelings of loneliness more frequently, the same holds true for widowed persons. Both categories are mutually connected as being widowed is the reason these persons are living alone. The loss of a long-term partner represents an extremely difficult experience which can quickly lead to loneliness of the elderly. The search of the possible correlation between loneliness and the occurrence of depressive disorder shows that in the majority of cases, the absence of loneliness also points towards an absence of depression. Unfortunately, the reverse also holds true, as at the same time, the proportion of persons experiencing loneliness on a daily basis reveals a high proportion of mild as well as distinct depression.

Keywords: old person, interpersonal relationships, social network, loneliness, depression

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNA IZHODIŠČA	3
2.1	STAROST IN STARANJE	3
2.1.1	Demografske spremembe	4
2.1.2	Položaj starostnika v družbi	5
2.1.3	Psihološki in socialni vidik staranja	6
2.1.4	Potrebe starostnika	8
2.1.5	Zdravo staranje	9
2.2	OSAMLJENOST V TRETJEM ŽIVLJENJSKEM OBDOBJU	10
2.2.1	Starostnik in družina	10
2.2.2	Medosebni odnosi	11
2.2.3	Socialna mreža in socialni kapital	12
2.2.4	Avtonomnost starostnika	15
2.2.5	Osamljenost starostnika	16
2.3	DEPRESIJA PRI STAROSTNIKU	18
2.3.1	Depresivna motnja v starosti	18
2.3.2	Vzroki za nastanek depresivne motnje pri starostniku	20
3	EMPIRIČNI DEL	22
3.1	PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA	22
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	22
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	22
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	22
3.3.2	Opis instrumentarija	23
3.3.3	Opis vzorca	23
3.3.4	Opis obdelave podatkov	24
3.4	PREDSTAVITEV REZULTATOV	24
3.5	RAZPRAVA	36
4	ZAKLJUČEK	41
5	LITERATURA	43
6	PRILOGE	
6.1	ANKETNI VPRAŠALNIK	
6.2	DOVOLJENJE KOMISIJE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO	
6.3	SOGLASJE ZAVODA ZA IZVEDBO RAZISKAVE	

KAZALO SLIK

Slika 1: Izobrazba anketiranih	25
Slika 2: Zakonski stan	25
Slika 3: S kom živijo v gospodinjstvu	27
Slika 4: Pogostost osamljenosti	30

KAZALO TABEL

Tabela 1: Način bivanja	26
Tabela 2: Število lastnih otrok.....	26
Tabela 3: Oddaljenost otrok	27
Tabela 4: Pomemben vpliv na starostnika.....	28
Tabela 5: Koga bi prosili za pomoč.....	28
Tabela 6:Relevantni drugi in število oseb, ki bi jih starostnik prosil za pomoč.....	29
Tabela 7: Delež osamljenih glede na zakonski stan	30
Tabela 8: Delež osamljenih glede na število otrok	31
Tabela 9: Delež osamljenih glede na oddaljenost otrok	32
Tabela 10: Delež osamljenih glede na način bivanja v skupnem gospodinjstvu	32
Tabela 11: Delež osamljenih glede na delež pomembnih/relevantnih drugih	33
Tabela 12: Delež osamljenih glede na število relevantnih/pomembnih drugih	34
Tabela 13: Delež osamljenih glede na delež iskanja pomoči od relevantnih drugih	34
Tabela 14: Prisotnost depresije	35
Tabela 15: Delež depresije glede na delež osamljenosti	35

1 UVOD

Statistični podatki kažejo, da se naše prebivalstvo hitro stara (Statistični urad Republike Slovenije, 2010). Predvidevanja strokovnjakov za prihodnost napovedujejo še dodaten porast starejše populacije. Rodnost upada, osveščenost in skrb za zdravje sta mnogo večja, z razvojem medicine pa je tudi pričakovana življenjska doba daljša, saj 80-letniki niso več nikakršna redkost.

V naši družbi so o starosti še vedno prisotni razni miti, stereotipi, ageizem in celo gerontofobija (Mali, 2002; Kristančič, 2005; Macnicol, 2006). Mališeva (2002) meni, da sodobne zahodne družbe tako podoba ustvarjajo skladno z lastnimi cilji in ideološkimi pogledi, pri čemer so jim stari ljudje kot neaktivni člani družbe v breme. Tako pojmovanje pa je krivično, saj so starostniki izredno heterogena populacijska skupina (Kogoj, 2004), kjer prihaja do večjih razlik predvsem v sposobnostih, interesih in potrebah (Hojnik Zupanc, 1999). Mališeva (2002) večjo težavo vidi tudi v tem, da se starost največkrat pojmuje zgolj kot kronološko stanje, ki se konča s smrtjo, in zato spregledajo dejstvo, da je starost lahko tudi čas izvirnih osebnih možnosti ter ugodnih priložnosti za osebno in družbeno nenadomestljiva človeška dogajanja, ki jih je mogoče opraviti le v starosti.

Z leti se je močno spremenila tudi struktura družine, ki ni več tradicionalna. Vse več starostnikov živi samih ali pa s partnerjem (Gašparovič, 2007; Kobentar, 2003; Pečjak 2007). Ko se starostnik sreča z izgubami ljubljenih oseb, prijateljev in izgubami, povezanih z zdravjem, se sreča tudi s samoto in osamljenostjo. Vdovstvo v visoki starosti je bolj »ženska usoda«, saj le-te živijo dlje. Socialni stiki se tako redčijo, možnosti za nova poznanstva pa je vse manj (Kobentar, 2003; Kogoj, 2004).

Človek je biološko in psihološko bitje, a tudi socialno, zato težko živi sam. Občutek osamljenosti je zato tudi po mnenju Mališeve (2002) v starosti povezan z izgubo bližnjih oseb in redkejšimi socialnimi stiki. Kogoj (2004) pa dodaja, da ni nujno, da so tisti, ki živijo sami ali pa imajo manj stikov, bolj osamljeni od tistih, ki imajo vedno nekoga v svoji bližini.

Kot najpomembnejši vir socialne opore starejšim, avtorji (Pečjak, 2007; Ramovš 2003; Kristančič, 2005, Hlebec, 2010) navajajo njihove družinske člane, hkrati pa poudarjajo tudi sosedске vezi, ki so zlasti pomembne za starostnike, ki ostajajo v domačem okolju in ne živijo s katerim od družinskih članov (Filipović, Kogovšek in Hlebec, 2005). Medčloveška razmerja in odnose Ramovš (2003) primerja z mrežo, v katero je človek ujet celo življenje in posameznika varuje, mu pomaga, da uspeva, napreduje, zadovoljuje svoje potrebe ter v trenutku težav pomaga, da človek ne propade.). »Potreba po osebnem odnosu se v starosti še dodatno izostri; lahko bi rekli, da je to prva ali glavna potreba v tretjem življenjskem obdobju, a je žal zelo pogosto nezadovoljena.« (Ramovš, 2003, str. 103)

Osamljenost je subjektivni občutek posameznika, ki se izraža kot negativno, neprijetno stanje, podobno kot bolečina ali celo kot groza (Killeen, 1998; povz. po Bekhet, Zauszniewski in Nakhla, 2008). Močno je povezana z depresijo, slabšim zdravjem in oslabiljeno funkcijo (Routasalo idr., 2006). Občutek osamljenosti je pogosto povezan z žalostjo, ki se jo mnogokrat enači ali celo zamenjuje z depresijo. Depresija je pri starostnikih težje prepoznavna, saj o svojih čustvih ne govorijo radi, simptomi se zmotno pripisujejo staranju, poleg tega pa so znaki lahko zakriti z drugimi telesnimi boleznimi (Oražem, 2007).

Vsem spremembam navkljub je starost čas povsem novih, izvirnih možnosti (Ramovš, 2003), čas, da se ujame vse tisto, kar je bilo tekom življenja posameznika zamujeno (Kristančič, 2005). Današnji starostniki ne »sedijo več v čakalnici« v pričakovanju konca (Ramovš, 2003), ampak so med najaktivnejšim slojem prebivalstva in se kot aktivni udeleženci pojavljajo na vseh področjih življenja (Pečjak, 2007; Skela Savič, 2010)

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 STAROST IN STARANJE

Staranje je po mnenju strokovnjakov proces, ki poteka od rojstva dalje, je povsem normalen in hkrati neizogiben (Ramovš, 2003; Skela Savič, 2010; Kristančič, 2005). Pečjak (2007) se z definicijo staranja od rojstva dalje ne strinja povsem, saj meni, da je potrebno pri tem uporabljati bolj »zdravo razumsko« definicijo, ki pa navaja, da je staranje sestavljeno predvsem iz sprememb v poznejših letih življenja. Tej definiciji v prid je tudi dogovor zdravstvenih strok, ki so se sporazumele, da je mejna starost, ko govorimo o očitnem procesu staranja in s tem povezanimi značilnostmi, 65 let (Skela Savič, 2010).

Gašparovič (2007) opredeljuje staranje kot izkušnjo, ki si jo delijo živa bitja, vendar s to razliko, da starši z veseljem spremljajo odraščanje svojih otrok, medtem ko je staranje samo še vedno skrivnostno in nekako odveč.

Maliževa (2009, str.75) je zapisala, da je »staranje del našega življenja, brez katerega ostajata mladost in izkušnje srednjih let nepopolni in zaključeni obdobji življenja.«

»Staranje ni enoznačen proces in starostniki niso enoznačna skupina. Soočanje posameznika s starostjo in prilagajanje na starost je zelo variabilno.« (Skela Savič, 2010, str.19). Tudi Malačič (2008) poudarja, da je proces staranja že na individualni ravni vse prej kot enak, saj se fiziološki znaki staranja pri nekaterih pojavijo veliko prej kot pri drugih, prav tako pa obstajajo večje razlike tudi v dojemanju starosti. Starost in staranje lahko zato v današnjem času razumemo na različne načine, zato Ramovš (2003, str. 69–75) razlikuje tri različne vrste pojmovanja starosti:

- a) **Kronološka starost** označuje naša leta, pri čemer ni nobenih razlik, saj se vsi staramo enako hitro in na to nimamo nikakršnega vpliva. Prestop v starostno obdobje se zgodi po 65. letu.
- b) **Funkcionalna starost** se kaže v naših zmožnostih samostojnega opravljanja temeljnih življenjskih opravil in jo zdravniki imenujejo tudi biološka starost. Glede na naše sposobnosti se staramo različno hitro.

- c) **Doživljajska starost** poudarja sprejemanje in doživljanje lastne starosti in vsega, kar je z njo povezano. Po njegovem mnenju je lahko človek z doživljajskega vidika enako mladostno svež v vseh obdobjih in seveda tudi obratno – v vseh obdobjih je lahko ostarel in izčrpan.

S takšno razdelitvijo se strinja tudi Maliževa (2002), ki navaja, da sodobne družbe starost največkrat pojmujejo kot kronološko stanje, ki je povsem neosebno in je v korist družbi, ne pa posamezniku. Za življenje slehernega posameznika je po njenem mnenju izrednega pomena funkcionalna starost, kjer je človek star toliko, kolikor se starega počuti, prav tako pa na osebnost posameznika pomembno vpliva tudi doživljajska starost, ki predstavlja naše osebno doživljanje starosti.

2.1.1 Demografske spremembe

Delež starih ljudi se hitro veča po vsem svetu, tako v razvitem kot nerazvitem, zato je še posebej v Evropi prioriteta naloga, pripraviti se na večanje deleža starejših ljudi. Predvideva se, da bo ob enaki rodnosti in smrtnosti leta 2030 v zahodni Evropi že 35 % ljudi, starejših od 60 let (Ramovš, 2003). Pečjak (2007) za Slovenijo predvideva do leta 2025 porast prebivalstva iz trenutnih 16 % na približno 20 % z istočasnim dvigom pričakovane življenjske dobe, ki naj bi bila do tega leta za ženske 81 let in za moške 73. Dodaja, da bodo med starostniki prevladovali ženske, ki se v starosti redkeje ponovno poročijo, kar lahko vodi v večjo osamljenost, zaradi nižjih ali pa nobenih dohodkov pa so bolj izpostavljene revščini, boleznim in odvisnosti od institucij.

Staranje prebivalstva je po mnenju Hojnik-Zupančeve (1999) posledica razvojnih sprememb v industrijskih družbah, kjer je prišlo do izboljšanja zdravstvenih razmer in življenjskega standarda. Šircelj (2009) vidi vzroke za staranje prebivalstva v zmanjševanju števila rojstev, daljši življenjski dobi posameznika in pa tudi v selitvah, pri čemer je odseljevanje praviloma vzrok za staranje, priseljevanje pa za pomlajevanje. »Hkrati z naglim staranjem prebivalstva se je pokazal še en trend, in sicer višanje števila ljudi starih nad 80 let.« (Hvalič Touzery, 2007, str. 92). Vse več je tudi stoletnikov, za njimi pa so še številnejši devetdeset in osemdesetletniki, ki aktivno in zdravo preživljajo svojo starost. V primerjavi z našimi starši smo pridobili že skoraj dve desetletji

zdravega, aktivnega življenja (Voljč, 2008). Dolgoživost je po mnenju Kristančičeve (2005) lahko velika prednost za posameznika, če je le-ta zdrav, neodvisen in živahen za svoja leta, saj lahko marsikatero dejavnosti, ki jih nismo mogli uresničiti v mladosti, uresničujemo kasneje. Hvalič-Touzery (2009) pa opozarja na dejstvo, da človek ni celo življenje popolnoma zdrav. Kronične bolezni, onemoglost in invalidnost, so pri višji starosti veliko pogostejše kot pri nižji, kar lahko pomeni, da se z višjo pričakovano življenjsko dobo ni nujno povečalo tudi število zdravih let.

Ministrstvo za zdravje v naši državi opozarja tudi na porast javnih izdatkov za zdravstvo, saj so potrebe starostnikov po zdravstvenih storitvah zaradi pogostejših kroničnih bolezni, drugačne kot pri ostali populaciji. Vladni dokument Strategija varstva starejših do leta 2010 katerega bistvo so trije elementi – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje, predvideva tudi ponovno obnovitev Inštituta za gerontologijo in geriatrijo v sočasnem sodelovanju z drugimi strokami (Medved in Tičar, 2008).

2.1.2 Položaj starostnika v družbi

V preteklosti so v mnogih svetovnih kulturah in celo v indijanskih plemenih starostniki imeli visok družbeno-socialni status. Častili niso bogatih in močnih, temveč staroste zaradi njihove modrosti ter čustvene in duhovne moči. V naši družbi je prisotna gerontofobija skoraj pri vseh ljudeh, vključujoč starejše. Pomen procesa staranja se napačno zaznava, informacije so nezadostne, in kot kaže, se v naši družbi ne premaknemo dlje od ugotovitve, da se populacija stara, in to ne glede na to, da sta starost in staranje bodočnost slehernega izmed nas (Kristančič, 2005).

Pečjak (2007) navaja, da so v naši družbi o starosti prisotni stereotipi in celo ageizem, ki je opredeljen kot diskriminacija starejših in starostnike izloča iz družbenega življenja predvsem na podlagi koledarske starosti, ne pa na podlagi njihovih sposobnosti. Malijeva (2002) meni, da z upokojitvijo tako stari ljudje postanejo nezanimivi, saj iz družbenega vidika zgolj »uživajo sadove« aktivne populacije, oba pa sta mnenja, da so taki stereotipi pomanjkljivi, ker pretiravajo in kljub razlikam neupravičeno posplošujejo, s tem pa vplivajo na posameznikovo vedenje in doživljanje lastne starosti. Kakšna bo torej starost današnje srednje generacije, je v marsičem odvisno od tega,

kako si jo posameznik zamišlja ter kakšne predstave goji o njej (Ramovš 2003). Kristančič (2005) dodaja, da je v današnji gerontofobični kulturi težko imeti pozitivno podobo lastnega staranja, vendar so dodana leta življenja dar, ki omogočajo novo rast in razvoj, pridobivanje modrosti in tudi doživljanja ljubezni ter novih izkušenj.

Vzroke za tako miselnost Pečjak (2007) išče v občutku ogroženosti, saj navaja, da je starejših čedalje več in se mlajše generacije počutijo ogrožene, poleg tega pa je zelo malo večgeneracijskih družin in je zato manj priložnosti za stike in spoznavanje starejših. Kristančič (2005) kot enega od vzrokov za negativno pojmovanje starosti vidi predvsem v pretiranemu povzdigovanju mladosti, ki je igriva, živahna in polna energije. Na kakovost življenja starostnikov in njihovo zdravje pa ne vpliva le miselnost družbe in posameznika, temveč tudi socialno-ekonomske razmere, kar je ugotavljal Von dem Knesebeck (2008). Ugotovil je, da imajo ljudje v Nemčiji z izrazito nizkimi dohodki življenjsko dobo krajšo za približno devet let. Šonc in Grzetič-Romčević (2009) pa sta v svoji raziskavi ugotavljali odnos med socialno ekonomskimi razmerami in zdravjem prebivalstva. Ugotovili sta, da je najmočnejši vpliv na zdravje starostnikov izkazan skozi velikost prihodkov, pri čemer nizek socialnoekonomski status nosi s seboj tudi slabo zdravstveno stanje pri starostnikih. V svojem zaključku poudarjata, da bo v prihodnosti potrebno nameniti veliko več pozornosti tudi socialno šibkim.

2.1.3 Psihološki in socialni vidik staranja

Pečjak (2007) navaja, da je staranje s psihološkega vidika pomembno predvsem zato, ker vpliva na zunanji videz posameznika, saj je videz eden od dejavnikov, ki oblikujejo človekovo samopodobo, od katere pa je odvisno počutje in vedenje posameznika. Meni, da se starejšim ljudem samopodoba praviloma znižuje, zlasti fizična (zdravje), socialna in idealna. Opažajo, kako so se postarali, stikov z drugimi ljudmi je čedalje manj in zato se tudi idealna samopodoba (tisto, kar bi želeli biti) znižuje. Vendar hkrati poudarja, da ima velik vpliv na posameznikovo samopodobo tudi zdravje, saj pojav bolezni pomeni hkrati tudi opustitev različnih družbenih aktivnosti, kar pa lahko vodi v socialno izolacijo.

Samopodobo oziroma lastno identiteto oblikujemo in razvijamo skozi celo življenje, zato je pomembno, da se sprejmemo takšne kot smo. V prvi vrsti je potrebno sprejeti naše telo, kakršnokoli nam je že dano, saj nosi vse kar nas predstavlja – naše misli, čustva, upe, sanje ter strahove in je zato pogosto izvršno telo vseh naših dejanj. (Kristančič, 2007). S starostjo osebnostna poteza »zaupanje vase« oslabi, kar vpliva na povečano emocionalno občutljivost, labilnost, depresivnost in psihološko ranljivost (Leskošek, 2006; povz. po Pečjak, 2007, str. 74).

Pečjak (2007, str. 75) loči tri različne reakcije na starost glede na splošno znižanje samopodobe:

- *pretirano dobra samopodoba*, kjer se posamezniki ocenjujejo višje, se imajo za lepše, pomembnejše in močnejše. Takemu mnenju slej kot prej sledi razočaranje;
- *pretirano slaba samopodoba* vodi v pesimizem, depresijo in posameznika onespoblja, da bi pokazal to, kar še zmore, saj se ocenjuje slabše in meni da je odpovedal na celi črti;
- *resnična samopodoba* je značilna za mentalno zdrave in urejene posameznike, ki se ocenjuje stvarno.

Meni, da je boljše pretirano dobra samopodoba, ker vzpodbuja k ustvarjalnosti, medtem ko jo pretirano slaba, blokira.

Vse človeške bolezni, težave in stiske imajo po mnenju Ramovša (2003) tudi svoj socialni vidik. Človek ima poleg telesne in duševne razsežnosti namreč tudi socialno, ki je prav tako samostojna in pomembna, kakor sta telo in duševnost. Vanjo sodijo odnosi z drugimi ljudmi, pogovarjanje in sodelovanje z njimi, pametna skrb zase, čut za druge, smiselno reševanje stisk in podobne sposobnosti, ki lahko prav tako obolijo, zakrnijo ali pa se poškodujejo. Najhujša socialna motnja današnjega časa pa je po njegovem mnenju osamljenost.

V starosti pride do raznih sprememb tako na telesnem kot psihičnem in socialnem področju, najhujše pa so za starostnika izgube, ki so vseh vrst – od smrti prijateljev, partnerja, izgube službe, veljave v domačem okolju, zaupanja vase, samospoštovanja, pa vse do izgube zdravja, manjših dohodkov in socialnega umika. Izgubam se ne

moremo izogniti, lahko pa se na njih pripravimo, in kdor zna sprejeti izgube kot nekaj, kar piše življenje, bo tudi lažje vzdržal ob pomembnih mejnikih (Kogoj, 2004). Pečjak (2007) meni, da je pomembno, kako človek take stresne dogodke zaznava in interpretira. Ob izgubah je zato pomembno, da so ohranjeni topli odnosi z otroki in z ostalimi člani družine ter da imamo prijatelje za pogovor, kar vse zmanjšuje občutek osamljenosti in zapuščenosti (Pečjak, 2007).

2.1.4 Potrebe starostnika

»Prednostno hierarhijo potreb je ugotavljal že Abraham Maslow, ki je potrebe razvrstil v osnovne ali biološke, tej pa sledijo potreba po varnosti, potreba po ljubezni in pripadnosti, po ugledu in samospoštovanju, povsem na vrhu pa je potreba po samouresničitvi« (Maslow, 1954; cit. po Ramovš, 2003, str.88). Ramovš (2003) za starostno obdobje navaja tri pomembne, prednostne potrebe:

- potreba po temeljnem ali osebnem medčloveškem odnosu,
- potreba po predajanju svojih življenjskih izkušenj in spoznanj mladi in srednji generaciji,
- eksistencialna potreba, da človek doživlja svojo starost kot enako smiselno obdobje življenja, kot sta bila mladost in srednja leta.

Skela Savič (2010) meni, da je za ustrezen odziv na potrebe starostnika, nujno potrebno te potrebe poznati. Povzame jih po teoriji Maslowa in jih razdeli na pet nivojev:

1. biološka in psihosocialna integriteta (hrana, voda, zrak, izločanje, udobje, mobilnost, integriteta kože),
2. varnost in sigurnost (opozarjanje, načrtovanje, preprečevanje, senzorna ostrina),
3. pripadnost in vdanost (ljubezen, empatija, povezovanje),
4. samospoštovanje in samoučinkovitost (samopodoba, identiteta, kontrola zmožnosti),
5. samoaktualizacija in samozadostnost (doseganje, razširitev, spiritualnost, izpolnjevanje) (Skela Savič, 2010; povz. po Ebersole idr., 2005).

Ramovš (2003) meni, da je pomembno, koliko in v kakšni meri so zadovoljenje človekove potrebe, saj še tako dobro zadovoljevanje določenih potreb ob hkratnem

zanemarjanju drugih izniči zadovoljstvo obstoječih. V današnjem času so po njegovem mnenju največkrat zadovoljene materialne potrebe, običajno so starejši posamezniki tudi zdravi in čili, pa vendar so nezadovoljni, saj so pogosto osamljeni in zavrti na področju medsebojnih odnosov.

Seveda obstajajo tudi druge potrebe, kot so potreba po materialni preskrbljenosti, potreba po negi, ohranjanju telesne, duševne in delovne svežine (Kogoj, 2004). Mali (2002) omenja tudi potrebo po pričakovanju, saj opuščanje le-te vodi v pasivnost posameznika in umik iz družbenega dogajanja. Zaradi spremenjene demografske slike pa se bo občutno povečala tudi potreba po dolgotrajni oskrbi (Hvalič Touzery, 2007). Kobentar (2010) omenja tudi potrebe po zdravstveni negi, ki so odvisne od stanja zdravja, ohranjenih sposobnosti ter prisotnosti več kroničnih bolezni z nespecifičnim potekom in so občutno večje v četrtem življenjskem obdobju, to je čas po 80. letu starosti.

»Zdravstvena nega starostnika postaja izziv zdravstveni negi kot znanosti, izziv družbi in izziv sleherni medicinski sestri.« (Ramšak Pajk, 2010, str. 76).

2.1.5 Zdravo staranje

Za uspešno staranje je pomembna predvsem drža človeka, saj je največja omejitev ravno v nas samih. Naša lastna samopodoba je namreč močnejša od staranja in starosti. (Kristančič, 2005). Za zadovoljno in kakovostno staranje je pomembno, da star človek čim bolj spoznava in sprejema svojo starost in da družba čim manj odriva starostnike na rob (Ramovš, 2003). Uspešno staranje se tudi po mnenju Skele-Savič (2010) povezuje z dobrim počutjem in sposobnostjo prilagajanja na spremembe. Gašparovič (2007) meni, da nam kakovostno življenje v starosti omogočajo primerna telesna aktivnost, ustrezná prehrana in predvsem socialna vključenost.

»V starosti je marsikdo še dovolj zdrav za kakovostno, tudi še ustvarjalno in samostojno življenje.« (Kogoj, 2004, str. 749). Mnogo starejših ljudi ima razne kronične bolezni, jemlje zdravila in se podreja zdravljenju, pa vendar obdržijo aktiven način življenja. Temu pripomorejo tako sodobna medicina kot posameznik sam (Gašparovič, 2007).

Dobro počutje starostnika je odvisno tudi od ohranjanja stikov in dobre komunikacije v svojem neposrednem okolju. Komunikacija med ljudmi in med starejšimi je socialna kategorija, kar je potrebno pri delu z njimi upoštevati (Kobentar, Kogovšek in Škerbinek, 1996). Vendar pa komunikacija ni zgolj podajanje sporočila, pri tem sta pomembna še dva vidika – poslušanje in, še bolj pomemben, slišanje, ki zajema sprotno razumevanje sprejetega sporočila (Kristančič, 2007).

Ramovš (2003, str.142) je zapisal: »Upokojeni ljudje niso pokojni, ampak živi in praviloma bolj življenjski kakor v prejšnjih obdobjih življenja.«

Za ljudi, ki imajo konjičke, je upokojeitev prehod v novo, prijetnejše obdobje. Ukvarjajo se lahko z marsikatero dejavnostjo, za katero prej ni bilo časa, berejo, poslušajo in obiskujejo koncerte in gledališče, ukvarjajo se z zbirateljstvom ali celo s športom. Različne vladne in nevladne organizacije ter institucije pa pomagajo, da ostanejo aktivni tudi miselno in dosežejo to, kar so v mladosti iz kakršnegakoli razloga morda zamudili (Pečjak, 2007).

»Človek, star 65 let in več, postaja del vsakdana v prometu, zdravstvu, družabnih prireditvah, socialnih mrežah in različnih storitvah,« pravi Skela-Savič (2010, str. 20), Pečjak (2007) pa dodaja da so sedanji starostniki med najaktivnejšim slojem prebivalstva – udeležujejo se izletov, imajo konjičke, univerze za tretje življenjsko obdobje, se družijo...

2.2 OSAMLJENOST V TRETJEM ŽIVLJENJSKEM OBDOBJU

2.2.1 Starostnik in družina

»Družina kot socialna enota ima svojo dinamiko, ki se odvija med družinskimi člani in zunanjim okoljem.« (Kobentar, 2003, str. 56)

Večina ljudi preživi skoraj polovico svojega življenja v družini, ki pa se je z leti močno spremenila. Tradicionalne družine se nadomeščajo z nuklearnimi, enočlanskimi, predvsem v urbanem okolju, čeprav večje družine razpadajo tudi na podeželju (Pečjak, 2007). Posledica tako zmanjšanih družin je, da starostniki običajno ne živijo več v skupnem gospodinjstvu s svojimi otroci, temveč pogosteje ostajajo sami v lastnem domu. Kljub temu da živijo sami, starejši želijo ostati povezani in vključeni v družini ter

hkrati ostati samostojni in neodvisni. Taka dvojnost je pomembna za ohranjanje svoje individualnosti, avtonomije ter enkratnosti (Gašparovič, 2007; Kobentar, 2003). Anketa, opravljena v Ljubljani, je pokazala, da 39 % starejših živi samih, 51 % s partnerjem in le 10 % v razširjeni družini (Pečjak, 2007).

Vsaka družina se sooči s starostjo in staranjem na svoj način, vendar večina družin v starost ali soočenje z njo le »zdrkne«, brez še kako potrebnega razumevanja, dogovarjanja ali skupnega ustvarjanja sprememb (Čačinovič-Vogrinič, 2008). Ramovš (2003) pa meni, da bi se morale družine na starost pripravljati, ne le materialno, temveč tudi v medsebojnih odnosih in komunikaciji.

Običajno je družina vedno prva vpletena v nudenje pomoči starostniku in tako predstavlja pomemben vir socialnega kapitala, od koder se ta pomoč črpa. Odnosi znotraj družine so različni, saj niso povezani zgolj z radostmi, lepotami življenja, umirjenostjo in usklajenostjo, temveč lahko prinašajo tudi jezo, žalost, trpljenje ter neusklajenost (Čačinovič Vogrinčič, 2001; povz. po Kobentar, 2003, str. 56; Gašparovič, 2007).

»Družine, ki funkcionirajo preko sodelovanja in intimnosti z upoštevanjem želja in potreb vsakega posameznika, imajo srečne in zadovoljne družinske člane.« (Kobentar, 2003, str. 59–60)

2.2.2 Medosebni odnosi

Medosebni odnosi starega človeka v okolju so odvisni od njegovih osebnostnih lastnosti, dosedanjih izkušenj v stikih z ljudmi, znanja in modrosti, socialnih vzpodbud, ohranjenih socialnih vlog ter začasnih ali trajnejših funkcionalnih motenj, ki jih starost prinaša (Kobentar, 2003).

Ljudje potrebujemo drug drugega, saj so odnosi med ljudmi osrednji del človeškega obstoja, ne glede na to, koliko smo stari ali na katerem koncu sveta živimo. Bistvena značilnost medosebnih odnosov so povezave med ljudmi, ki so lahko različne. Lahko smo poročeni, lahko smo v sorodu, lahko z nekom živimo, prav tako smo lahko z nekom v prijateljskem ali bolj površnem odnosu, lahko pa gre za stanovski, delovno-kolegialen ali pa tovariški odnos. Glede na to, da odnose tvorijo žive osebe, so tudi sami

odnosi živi in spreminjajoči, od vsakega posameznika pa je odvisno, ali odnosi živijo naprej ali pa umrejo (Kristančič, 2005).

Nekateri ljudje potrebe po socialnih stikih ne čutijo in so na socialnem področju nedejavni. Osebna udeležba v socialnih odnosih ima neprecenljivo vrednost za osebnostno rast, občutek lastne vrednosti, sprejetosti in varnosti. Različne izkušnje na področju socialnih kontaktov, ki jih je posameznik tekom življenja nabiral, se v starosti pokažejo kot kakovost socialnih odnosov. Ovira za vzpostavljanje medsebojnih odnosov v starosti so lahko tudi zdravstvene težave, saj zmanjšujejo možnost izbire in možnost osebne udeležbe (Kobentar, 2003).

Ramovš (2003) medčloveške povezave opredeljuje kot najbolj temeljne, nekaj, kar nujno potrebujemo za življenje, podobno kot sta na telesnem področju nujna voda in zrak. Ni nujno, da so odnosi zgolj družinskega značaja, pomembno je, da ima starostnik eno osebo, ki jo čuti kot svojo in ji zaupa, le-ta pa ga sprejme takšnega, kot je, mu prisluhne in ceni njegove življenjske izkušnje. V medsebojnih povezavah izven družine pa vidi tudi prednost, saj so ljudje med seboj povezani po lastni pobudi in prijateljskem načelu.

S starostjo in s tem povezanim zorenjem in pridobivanjem izkušenj ljudje postajamo previdnejši in zato težje vstopamo v nove medčloveške odnose (Kristančič, 2005). Že obstoječi odnosi pa se v starosti lahko tudi poglobijo, predvsem ob bolečih izkušnjah izgube, kot je smrt partnerja. Dobra socialna podpora pri starejših po socialni izgubi zmanjšuje občutke anksioznosti (Selič 1999; povz. po Kobentar 2003, str. 60).

2.2.3 Socialna mreža in socialni kapital

»Medčloveška razmerja in odnosi so za človeka kot mreža, v katero je ujet celo življenje, če hoče ali ne.« (Ramovš, 2003, str. 189)

Socialno ali osebno omrežje starostnika tvorijo ljudje, ki so za posameznika kakorkoli pomembni. To je lahko njegova ožja ali širša družina, prijatelji ali znanci (Hlebec, Kogovšek, Domajnko in Pahor, 2009).

Del socialnega omrežja, s katerim pa je starostnik bolj tesno povezan, bodisi s čustvi ali z izmenjavo storitev, imenujemo omrežje socialne opore. Običajno sta socialno omrežje

in omrežje socialne opore dokaj stabilna, razen v obdobjih življenjskih prehodov in večjih sprememb, kot so ločitve, upokožitev, izguba partnerja ali hujša bolezen (Hlebec, 2010).

Osebna omrežja je zasnovala Antonucci (Kahn in Antonucci, 1980; povz. po Hlebec idr., 2009), ki jih je razdelila v tri kroge:

1. **Prvi krog** je intimno/emocionalno omrežje, kjer prevladujejo tesne in stabilne vezi. Člani se pri odraslem starostniku le redko zamenjajo in ponavadi so v prvem krogu partner, družina in tesni prijatelji.
2. **Drugi krog** je omrežje socialne opore, kjer se člani hitreje menjavajo, ko npr. zamenjamo službo, se upokojimo ali pa odselimo. V tem krogu so običajno razširjena družina, prijatelji na delovnem mestu, sosedge in podobno.
3. **Tretji krog** predstavlja informacijsko omrežje, kjer se člani še hitreje izmenjujejo. Vloge so običajno specializirane, ljudje v tretjem krogu pa so ponavadi oddaljena družina, sodelavci, sosedge in profesionalci kot so to zdravniki, odvetniki ali nepremičninski posredniki.

Hojnik-Zupanc (1999) socialno mrežo razdeli na *formalno* in *neformalno*. V slednji je izredno pomemben partner družina. Socialna opora, ki jo starostnik dobiva v tem okviru, pozitivno vpliva na njegovo funkcioniranje ter psihično počutje ter uravnava stres in posameznikovo zdravje. Zaradi osebnega odnosa, moralne obveznosti, prostorske bližine in domačnosti odnosov so take mreže varne in ekonomične, ker so hitro dosegljive in ker so moralne vrednote pred materialnimi. Po drugi strani pa imajo lahko tudi nizek prag varnosti, ker temeljijo zgolj na nekaj ključnih osebah in so zato ranljive in nestanovitne. Negativen dejavnik je lahko tudi poznavanje negativnih lastnosti članov mreže, saj se s tem lahko zmanjša solidarnost in sociabilnost mreže (Hojnik, 1999).

Formalna socialna mreža je vezana na strokovne službe, ki so pri nas dobro razvite in so tako v novem nastajanju kot tudi v porastu že obstoječih. Človek se skuša znebiti svojih stisk sam ali pa v družbi svojih najbližjih, in kadar to ni mogoče iz kakršnihkoli razlogov, so formalne socialne mreže dobro »zdravilo« za medčloveško problematiko. (Hojnik, 1999; Ramovš, 2003). Kadar neustrezni medosebni odnosi ne dajejo

pričakovanega učinka, nadomestno socialno podporo ponujajo institucije in organizacije (Kobentar, 2003).

»Pomen družine za zagotavljanje socialne opore je v starosti nenadomestljiv, vendar je starostnik brez ostalih virov, npr. prijateljev in sosedov, ki so pomembni zaradi geografske bližine, vseeno omejena.« (Hlebec, 2010, str. 93). Sosedske vezi pridejo do izraza predvsem pri starostnikih, ki so ostali samostojni in ne živijo s katerim od družinskih članov (Filipovič, Kogovšek in Hlebec, 2005). Od spočetja do smrti je človeku namreč nujno potrebna vpletenost v bolj površinska razmerja z mnogimi ljudmi, prav tako pa globoka povezanost z nekaj ljudmi v osebnih medčloveških odnosih (Ramovš, 1995; cit. po Ramovš, 2003, str. 189).

Socialne mreže predstavljajo eno plat, druga stran je posameznikovo intimno življenje znotraj njega samega. Obe plati sta enako pomembni in človek neprestano niha med vpetostjo v socialne mreže in osebno intimnostjo. V tretjem življenjskem obdobju je človek še posebej občutljiv za primerno ravnotežje med tem, da je neodvisen in samostojen, ter tem, da je sprejet pri svojcih in drugih ljudeh. Tako ravnotežje se hitro poruši ob bolezni ali izgubah ljubljenih oseb, ko se lahko pojavi občutek osamljenosti, nezadovoljstva in izolacije, brez želje po iskanju nadomestnih možnosti (Kobentar, 2003; Ramovš, 2003).

Pahor, Domajnko in Hlebec (2009) navajajo, da pomanjkanje socialne opore in socialna izolacija višajo stopnjo prezgodnje smrti. Ljudje, ki dobivajo manj opore od drugih, pa so po njihovih navedbah verjetno bolj depresivni, imajo večja tveganja za zaplete in več težav zaradi kroničnih bolezni.

Pomembna in dragocena dobrina je tudi socialni kapital, ki ga pri starejših predstavljajo odnosi v socialni mreži, katere vrednotimo po njihovi kakovosti, številu in obsegu (Dragoš, 2002; Kobentar, 2003). »Staranje je odvisno od socialnega kapitala in velja tudi obratno, socialni kapital, ki se kreira v socialnih omrežjih, je odvisen od starostnega obdobja.« (Dragoš, 2000; cit. po Kobentar, 2003, str. 61). Z upokojitvijo se sicer reducira ekonomski kapital in s tem omejuje možnosti starejših, vendar nima neposrednega vpliva na kakovost socialnih mrež. Ta trditev je podprta z dejstvi, da so

revnejši sloji kljub pomanjkanju materialnih dobrin, lahko v svojem okolju dobro integrirani, imajo zaupanje v ljudi in uresničujejo svoje potrebe (Kobentar, 2003).

Teorije socialnega kapitala izhajajo iz podmene, da so za ustvarjanje socialnega kapitala pomembna socialna omrežja. Slovenija je v primerjavi z ostalimi članicami država z nizko stopnjo zalog socialnega kapitala, saj so raziskave pokazale, da Slovenci kažemo visoko stopnjo medsebojnega zaupanja le v družini (91,2 %). Tako visoka stopnja zaupanja v družini pa istočasno lahko pomeni potencial nezaupanja in zaprtost do drugih družbenih skupin in socialnega okolja (Kump in Jelenc-Kraševac, 2009).

2.2.4 Avtonomnost starostnika

Avtonomnost ali samostojnost posameznika je eden od glavnih dejavnikov življenjskega zadovoljstva sodobnega človeka. Le-ta naj bi bila materialna, čustvena, intelektualna osebna, skupinska, nacionalna, verska itd. Sodobni človek se v socialne mreže vključuje kar se da svobodno, v njih svobodno ostaja in iz njih se povsem svobodno umakne. Avtonomnost posameznika se kaže tudi v pretoku informacij v socialni mreži, saj večina informacija danes poteka po medmrežju, neposredne komunikacije pa je čedalje manj (Ramovš, 2003). Sodobna tehnologija s tehničnimi pripomočki in telekomunikacijskimi sredstvi vpliva na samostojnost posameznika, saj z njimi lahko kompenzirajo pri zmanjšanih sposobnostih in »premagujejo razdalje« do svojih najdražjih (Hojnik-Zupanc, 1999, str. 147).

Možnost morebitne odvisnosti (tako telesne kot duševne) je za večino starostnikov moreča, vendar jo sprejmejo kot del življenja, lahko pa je povod za samomor. Pri nesamostojnosti in odvisnosti je običajno najpomembnejša pomoč ožje družine. Starejši ljudje, ki svojih otrok oziroma družine nimajo ali pa so medsebojni odnosi močno skrhani, na tak način ostanejo brez najpomembnejše oblike pomoči in so zato pogosto osamljeni, ko umirajo tudi njihovi prijatelji, vrstniki. Pomoč starejšim naj bi bila pazljivo ponujena – le toliko kot je dejansko potrebujejo, ne pa toliko kot mi mislimo, da je potrebujejo. Na tak način starostniku tudi ne zmanjšujemo samospoštovanja (Kogoj, 2004, str. 749–50). Kobentar (2003) opozarja tudi na nujno razlikovanje med objektivno upravičeno potrebo po pomoči in odvisnostjo kot vedenjskim vzorcem. V

slednjem primeru starejši želijo pozornost družinskih članov in/ali imajo kakšno drugo sporočilo.

Posameznik tekom življenja razvije stabilne vzorce aktivnosti, ki jih v neki splošni obliki želi ohraniti tudi v starosti. Kontinuiteto svoje identitete želijo starostniki ohraniti s tem, da so na nek način produktivni in koristni za druge. Občutek, biti komu potreben, je močno povezan z občutkom zadovoljstva z življenjem ter zdravstvenim stanjem (Hojnik, 1999).

2.2.5 Osamljenost starostnika

Posameznika tekom življenja oblikuje družba in njegovo okolje, v katerem živi. Vključen je v skupine, kot so družina, šolski razred, prijateljska družčina, delovna enota, razne interesne skupine, politične stranke in mnoge druge. V starosti pa so pogosti iz teh skupin izločeni (Pečjak, 2007).

Osamljenost se starosti zato kar nekako pripiše (Mali, 2002; Murphy, 2006; Pečjak, 2007), čeprav ta pojav vključuje več osebnostnih, socialnih in okoljskih dejavnikov in je le redkokdaj samostojna motnja (Kobentar, 2003). Do takega predvidevanja in posploševanja prihaja zaradi neupoštevanja individualnih značilnosti posameznika (Mali, 2002).

Pri tem je potrebno ločiti tri pojme, in sicer *samoto*, *osamljenost* in *socialno izolacijo*. *Samoto* si človek izbere sam v želji, da bi bil v svojem, zasebnem svetu (Kristančič, 2005) in pri tem ni nujno osamljen (Kogoj, 2004).

Osamljenost je subjektivni občutek, da smo sami in vsebuje čustva zapuščenosti ter zavrženosti od drugih oseb. Nekateri se počutijo osamljene, čeprav so v skupini z drugimi in čeprav imajo veliko socialnih kontaktov (Kristančič, 2005). Ramovš (2003) slednje razloži s potrebo po tesnem stiku z nekom, ki ga starostnik lahko doživlja kot »svojega« in dodaja, da človek za svoj razvoj potrebuje tako družbo kot tudi samoto.

Socialna izolacija je opredeljena kot pretrganje stikov in povezav z drugimi ljudmi (Veliki slovar tujk, 2002) in je po mnenju Kobentarjeve (2003) v starosti redka, vzroke pa lahko najdemo v socialni interakciji, spremembi lastnega položaja, krčenju socialne mreže, spremenjenih odnosih in/ali preselitvi v novo okolje.

Osamljenost je subjektivna in boleča negativna izkušnja, ki se zgodi, brez da bi se posameznik sam odmaknil iz osebnih socialnih odnosov. Osamljenost tako ni sinonim za socialno izolacijo, saj so ljudje sposobni biti sami, brez občutka, da so zato osamljeni (Nilsson, Lindstrom in Naden, 2006). Ob pregledu literature so imenovani avtorji prišli do zaključka, da osamljenost ni psihološka disfunkcija niti bolezen, vendar pa dolgotrajno občutenje osamljenosti lahko pripelje do bolezni. S tem se strinja tudi Ramovš (2003), ki pravi, da ob osamljenosti človek izgubi tek in spanec, neredko se ga lotijo tudi druge bolezni, zlasti pa postaja vedenjsko in duševno spremenjen, bolesten ali celo bolan, kot vsak, ki nima zadovoljenih svojih osnovnih potreb (Ramovš, 2003).

Mali (2002) osamljenost opredeljuje kot osnovno človeško čustvo, ki se povezuje s socialno problematiko in se ne pojavlja zgolj v starosti, saj jo lahko najdemo tudi v drugih obdobjih. Lehr (1998, povz. po Kobentar 2003, str. 74) opisuje osamljenost kot »notranje stanje individuuma«.

Po mnenju Kogoja (2004) v starosti obstaja večja nevarnost za osamljenost, saj zaradi smrti izgubljajo prijatelje, svojce, partnerja. »Če poleg tega živijo še sami, nimajo otrok ali pa odnosi z njimi niso dovolj pogosti oziroma jim ne vlivajo zaupanja, je negotovost še večja, osamljenost bolj grozeča, izguba podpore bolj boleča, konce lastnega življenja pa se zdi še bližji.« (Kogoj, 2004, str. 751). Mali (2002) navaja tudi druge izgube, saj razne fiziološke in biološke spremembe ter bolezni, ravno tako vplivajo na občutenje osamljenosti. Večje kot so motnje, manj je priložnosti za stike, saj že nepokretnost ali morda naglušnost, možnosti za socialne odnose lahko močno okrnita (Kobentar, 2003; Mali, 2002).

Pečjak (2007) osamljenost pri starostnikih razlaga po dveh teorijah; po eni družba diskriminira starejše in jih izloča, po drugi strani pa se starostniki sami izločajo iz družabnega življenja. Kristančič (2005) vzrok za osamljenost vidi tako v osebnih kot socialnih dejavnikih. Osebni dejavniki izvirajo iz nas samih (negotovost, slabe izkušnje, sramežljivost, individualizem), socialni dejavniki pa iz okolja. Razvita tehnologija je okrnila osebne kontakte, mestno življenje je krivo za odtujenost in brezosebnost, pehanje za materialnimi dobrinami ali celo za preživetjem pa zmanjšuje časovne

zmožnosti oblikovanja vzajemnih in prijateljskih odnosov med ljudmi. Hojnik (1999) pa v sodobni tehnologiji vidi prednost, saj lahko povezuje tudi večje razdalje.

Osamljenost v starosti je močno povezana s socialnimi stiki in s tem povezanimi pričakovanji ter tudi z neučinkovitim ali neustreznim načrtovanjem aktivnosti in dejavnosti, kar vodi v dolgočasje. Usmerjenost na socialen odnos zgolj na eno osebo vodi v odvisnost do te osebe in istočasno na omejevanje socialnih stikov z drugimi ljudmi v svojem okolju (Kobentar, 2003).

»Osamljenost spremljata tesnoba ter strah pred prihodnostjo in bližajočo smrtjo.« (Pečjak, 2007, str. 153). Močno je povezana z depresijo, slabšim zdravjem in oslABLJENO funkcijo (Routasalo idr., 2006). Ravno tako je v negativnem smislu povezana tudi s samozavestjo (Bekhet, Zauszniewski in Nakhla, 2008).

»Raziskav na temo osamljenosti je malo, ker je vpliv individualnih posebnosti zelo močan in ker za ta pojav še nimamo enoznačnih identifikacijskih dejavnikov, ki označujejo posledice (ali vzrok) socialne distance, izolacije, ne vključenosti, ozke socialne mreže, slabših odnosov in slabše socialne podpore.« (Kobentar, 2003, str. 74)

V večji švedski raziskavi so ugotovili, da občuti osamljenost pogosto ali vsaj včasih 35 % starostnikov, na Finskem pa okoli 36 % (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg in Pitkälä, 2006), kar se ujema z ugotovitvami Ramovša (2003), ki navaja, da je osamljen vsaj vsak tretji starostnik, verjetno pa se jih počuti precej osamljeno dve tretjini.

Bright (2006) meni, da so osamljenost, socialna izolacija in depresija večji problemi pri starostniku, ki bodo vodili v manjšo samostojnost in odvisnost posameznika, kar pa bo privedlo do dragih kriznih intervencij. Rešitev vidi v preventivi, saj bi zdravo, aktivno staranje ter preprosto povezovanje med ljudmi vse to lahko preprečilo.

2.3 DEPRESIJA PRI STAROSTNIKU

2.3.1 Depresivna motnja v starosti

Kristančič (2005) opredeljuje depresijo kot zelo sestavljeno čustveno stanje, Pucelj (2006) pa kot motnjo razpoloženja in čustvovanja, ki posledično privede do spremembe izgleda, vedenja in mišljenja.

»Depresija je pogosta bolezen pri starejših in se lahko pojavlja kot samostojna bolezen ali v povezavi z drugimi. Pomembno vpliva na kakovost bolnikovega življenja in njegove družine ter je močno povezana s samomorom« (Rudolf, 2004, str. 39). Pišljarij (2008) navaja, da je depresija pri starejših povezana s povečano nezmožnostjo in smrtnostjo ter predstavlja pomemben javno zdravstveni problem. Oražem (2007) dodaja, da depresija v nobenem starostnem obdobju ni normalen del življenja in je ne smemo zamenjevati z žalostjo, ki je aktiven proces, medtem ko je depresija pasiven proces, kjer čustva otopijo ali pa povsem izginejo.

»Žalost in depresija sta najpogostejši reakciji na starostne strese, še posebno na smrt ljubljenih oseb.« (Pečjak, 2007, str. 148). Meni, da je pri starostniku depresija težje prepoznavna, saj se je tudi sami ne zavedajo in jo imajo za neizogibne spremljevalce staranja.

Tudi klinično je težje prepoznavna zaradi specifičnih razlik v pojavnosti simptomov in pogosto ne dosega vseh kriterijev Mednarodne klasifikacije bolezni. Za ugotavljanje se uporablja Geriatrična lestvica depresivnosti (Rudolf, 2004). Pišljarij (2008) navaja, da starostniki o depresivnih simptomih redkeje poročajo, zanikajo depresivna razmišljanja in so običajno bolj zaskrbljeni zaradi novonastalih telesnih simptomov. Vzrok za tako zanikanje vidi v predsodkih o duševni bolezni. Poleg tega pa uspešno diagnostiko depresije pri starostniku zavira tudi prikrit vpliv sočasno potekajočih obolenj in uporabljenih zdravil, ki lahko povzročajo nekatere simptome, ki jih vključujemo v sklop depresivne motnje.

»Depresija ni zgolj globoka žalost, temveč pomeni spremembo spomina, interesov, fizičnega zdravja in aktivnosti« (Pečjak, 2007, str. 149). Rudolf (2004) poudarja, da depresija starejšega človeka pomembno onemogoči, saj so prizadeti vedenje, odnosi, čustva, motivacija, mišljenje, spanje in druge somatske funkcije. Vse postane pretežko, lahko se socialno izolira in občuti osamljenost. Zunanji videz je zanemarjen, zmanjša se apetit, spanje je pogosto moteno, značilno pa je zgodnje jutranje zbujanje. Pogoste so distorzije mišljenja, kot so prepričanje o neozdravljivi bolezni, občutkih krivde in ničvrednosti. Pogosta je tudi jokavost, o čemer povedo svojci, saj starostnik svoja čustva skriva.

V razvitem svetu naj bi depresijo doživljalo 2–3 % starostnikov, domnevajo da jih je v resnici več, 8–10 %, v domovih za ostarele in bolnicah pa kar 20–25 % (Pečjak 2007). Oražem (2007) pa dodaja, da je ocena pogostosti odvisna od raziskovane populacije ter od same definicije in navaja rahlo višji odstotek – 10–15 %.

Pečjak (2007) meni, da je najhujša posledica depresije samomor, ki s starostjo narašča. Navaja podatke, da je bilo med letoma 1985 in 2004 največ samomorov ravno med starostniki nad 65 let. Koeficient samomorilnosti je za Slovenijo 30 na 100.000 prebivalcev, kar na letni ravni pomeni 600 samomorov, od tega pa jih je bilo 130 (21,6 %) med starostniki (Kostnapfel, 2001, povz. po Pečjak, 2007, str. 151). Da je depresija povezana z visoko smrtnostjo, so ugotovili tudi v angleški raziskavi, kjer so prišli do zaključka, da prisotnost vsaj šestih simptomov po geriatrični lestvici depresivnosti 15 poveča verjetnost smrtnosti za 27 % (Adamson, Price, Breeze, Bulpitt in Fletcher, 2005).

Starejši se za razliko od mlajših, ki se za samomor odločijo hitro in impulzivno, pripravljajo skrivaj, dobro načrtujejo celo več mesecev in ga v večini primerov uspešno izvedejo. Če velja, da je samomor klic na pomoč, pa to pri starostnikih po mnenju Pečjaka (2007) ne drži. Meni, da so preveč obupani in malodušni ter se hkrati zavedajo, da bi bil tak klic zaman. Poleg tega bi ga lahko bližnji razumeli napačno – kot izsiljevanje. Za samomorilnost starostnikov navaja dva glavna razloga, in sicer povečano nevarnost telesnih obolenj ter osamljenost.

2.3.2 Vzroki za nastanek depresivne motnje pri starostniku

Za starejšo populacijo velja prepričanje, da je začetek depresivne epizode povezan s stresnim dogodkom in da so depresivni simptomi naravna in pričakovana reakcija na težak dogodek ali izgubo (Pišljarič, 2008). Stresnih dogodkov v starosti pa je veliko, predvsem tistih, ki so povezani z izgubami (Kogoj, 2004). Pečjak (2007, str. 148) dodaja, da vse izgube, kot so odhod otrok, upokojitev, smrt zakonca ali partnerja, smrt prijatelja, spremenjen videz telesa, upad telesnih in razumskih funkcij, socialna izolacija in stigmatizacija, zmanjšani dohodki in razne degenerativne bolezni, povzročajo dolgotrajne negativne emocije, ker se starostniki stresom težje prilagodijo.

Kristančič (2005, str. 167) nastanek depresije povezuje z neravnovesjem v kemični strukturi možganov, kot drugi možni vzrok pa ravno tako vidi slabo prilagoditev na stres.

Rudolf (2004) kot razloge za razvoj depresije navaja nevrobiološke in psihosocialne dejavnike tveganja ter telesno obolevnost.

Tveganje za nastanek depresije povzročajo tudi različne ranljivosti, ki so povezane z okoljem, v katerem prihaja posameznik v stalne ali občasne stike. Gen za depresijo ne obstaja, obstaja pa povečana nagnjenost tej motnji med posamezniki in njihovimi sorodniki (Pucelj, 2006).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen je ugotoviti, v kakšni povezavi je osamljenost glede na življenje posameznika v skupnosti. Zanimajo nas socialna mreža starostnikov in socialni odnosi, njihovo medsebojno vplivanje na osamljenost ter povezanost občutka osamljenosti s fizično razdaljo stikov z ljudmi. Poskušali bomo ugotoviti, s kom živijo, kako so integrirani v skupnosti ter koliko podpore pridobijo preko svoje socialne mreže. Prav tako bomo ugotavljali pojavnost depresivne motnje ter njeno povezanost z osamljenostjo oziroma odsotnostjo medsebojnih odnosov.

Cilji raziskave:

- ugotoviti integriranost starostnika v skupnosti,
- ugotoviti morebitno korelacijo med osamljenostjo in socialno mrežo starostnika,
- raziskati morebitno povezanost pojava depresivne motnje z osamljenostjo.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Raziskovalno vprašanje: Ali je pomanjkanje socialne mreže povezano z osamljenostjo?
2. Raziskovalno vprašanje: Ali so starostniki, ki živijo sami, bolj osamljeni od tistih, ki živijo s partnerjem, otrokom, njegovo družino ali z drugimi ljudmi?
3. Raziskovalno vprašanje: Ali je pojav depresivne motnje povezan z občutenjem osamljenosti?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela s pregledom strokovne literature ter znanstvenih in strokovnih člankov ter prispevkov. S pomočjo interneta smo vire zbrali tudi preko zbirk podatkov, kot so CINAHL, EBSCOHOST, PubMed in drugih. Uporabljene so bile ključne besede v angleškem jeziku: old person, interpersonal relationships, social network, loneliness, depression

Za empirični prikaz je bila uporabljena kavzalno-neeksperimentalna metoda raziskovanja. Podatki so bili zbrani po kvantitativni tehniki zbiranja podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika.

3.3.2 Opis instrumentarija

Za ugotavljanje osamljenosti in depresivne motnje ter morebitne njune povezanosti smo kot raziskovalni inštrument uporabili anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz dveh delov. V prvem delu sprašujemo po socialno-demografskih kazalnikih in vsebuje večinoma zaprti tip vprašanj, z možnostjo dopisa možnosti, ki je v vprašalniku ni predvidene. Prisotnost depresije ugotavljamo v drugem delu in je bila izračunana na podlagi mednarodne Geriatrične lestvice depresivnosti (Geriatric Depression Scale 30 – GDS 30), ki zajema 30 trditev (D'Ath, Katona, Mullan, Evans in Katona, 1994). Za slovenski prostor jo je prevedel doc. dr. Aleš Kogoj, dr. med. Vsak *poševni* odgovor je štel eno točko. V primeru zbranih 0–10 točk depresija ni prisotna, v primeru zbranih 11–20 točk se govori o blagi depresiji, 21 ali več točk pa pomeni izrazito depresijo.

3.3.3 Opis vzorca

Naša ciljna skupina so bili starostniki nad 65 let, ki živijo na območju Ljubljane sami, s partnerjem ali pa v razširjeni družini. Tretji vstopni kriterij je bila sposobnost posameznika, da anketni vprašalnik izpolni sam. Za raziskavo smo pridobili dovoljenje Državne komisije za medicinsko etiko ter soglasje Zdravstvenega doma Ljubljana. Z raziskavo smo začeli 29. novembra 2010 in jo zaključili 13. decembra 2010.

Vzorec je bil izbran priložnostno, saj smo medicinske sestre, zaposlene v patronažnem varstvu na območju Ljubljane, ankete razdelile med starostnike, ki jih obiskujemo. Anketiranim je bila zagotovljena anonimnost, podatki pa anonimizirani tako, da nikjer v vzorcu ni razpoznaven posameznik. Vsi so bili tudi seznanjeni z namenom diplomskega dela. Vprašalnike so reševali prostovoljno, brez prisile, pritiska ali neprimerne napeljevanja. Vsakemu vprašalniku je bila v ta namen priložena izjava, ki so jo podpisali. Prvotno se je razdelilo 100 anketnih vprašalnikov, vendar se je nekaj anketiranih ponudilo, da vprašalnik ponudi še sosedom, prijateljem ali pa celo staršem.

Tako smo razdelili 126 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 108, 8 pa smo jih izločili zaradi neveljavnih odgovorov. Obravnavali smo 100 anketnih vprašalnikov in realizacijo vzorca ocenili na 79 %. Sodelovalo je 68 žensk in 32 moških. Povprečna starost je bila 76 let, razpon starosti pa med 65 in 92 let. Najvišja starost moškega je 86 let.

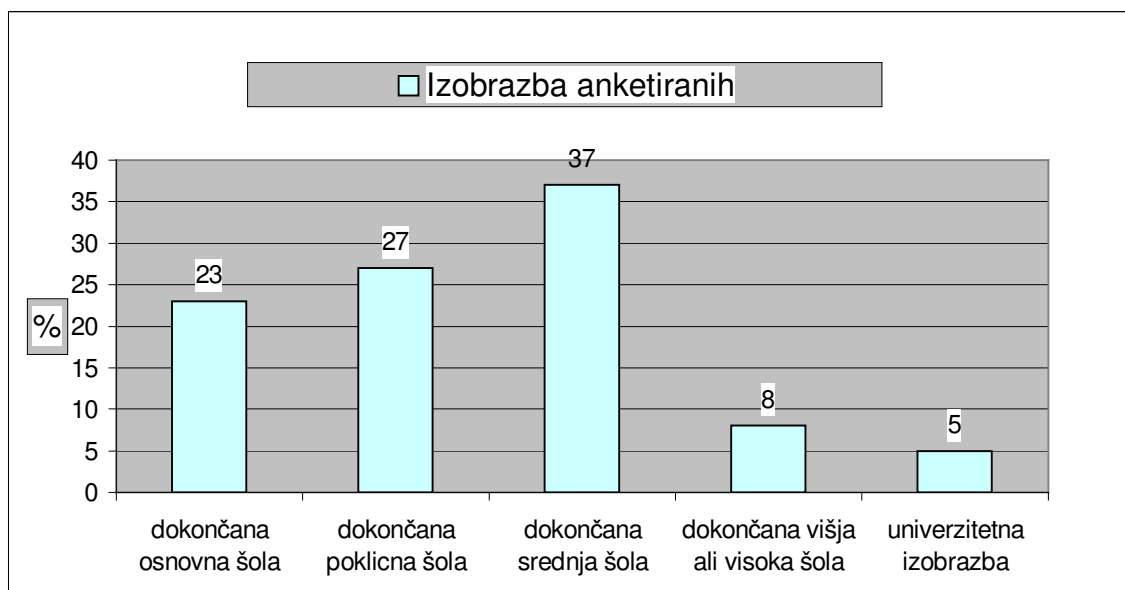
3.3.4 Opis obdelave podatkov

Anketne vprašalnike smo anonimizirali (oštevilčili) in podatke s pomočjo Excela 2003 vnesli v računalnik. Vzorec je opisan tudi na podlagi frekvenc in odstotkov za kategorične dejavnike oziroma povprečne vrednosti (PV) in standardnega odklona (SO) za numerične dejavnike. Vplivi med občutki osamljenosti, depresijo in demografskimi podatki so bili izračunani na podlagi hi-kvadrat testa (χ^2). P-vrednost enaka ali več kot 0.05 je pomenila statistično pomembnost. Statistična analiza je bila obdelana s programom SPSS 15.0.

Zanesljivost zbranih podatkov je bila preverjena na podlagi Cronbach alfa koeficienta. Cronbach alfa koeficient za 30 vprašanj povezanih z doživljanjem depresije je znašal 0,87 in s to vrednostjo presegele priporočljivi prag, ki se v strokovni literaturi navaja kot 0,70 (Nunnally in Bernstein, 1994).

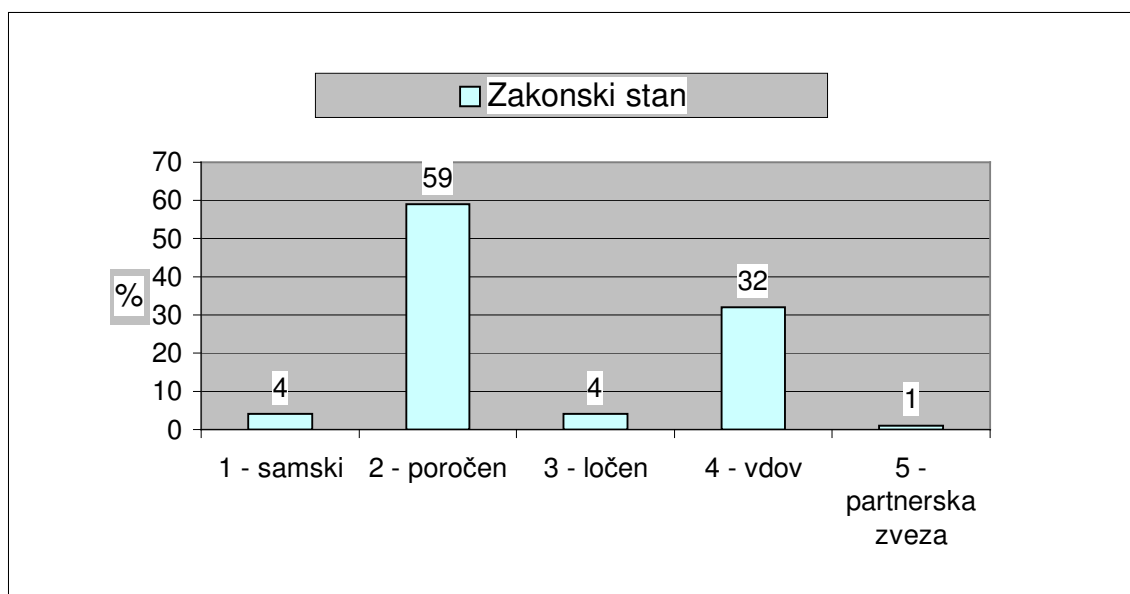
3.4 PREDSTAVITEV REZULTATOV

Na Sliki 1 je prikazana izobrazba anketiranih. Največ vprašanih (37 %) ima srednješolsko izobrazbo, najmanj (5 %) pa je tistih z univerzitetno izobrazbo, pri čemer ugotavljamo večji delež moških (60 %).



Slika 1: Izobrazba anketiranih (N = 100)

Slika 2 prikazuje zakonski stan. Izstopata dva podatka, in sicer visok delež poročenih (59 %) in večji delež (32 %) ovdovelih. Pri tem ugotavljamo, da je večina moških (84,4 %) poročena, med ovdovelimi pa prevladujejo ženske (87,5 %).



Slika 2: Zakonski stan (N = 100)

Tabela 1 vsebuje podatke o načinu bivanja. Večina anketiranih (55 %) živi v stanovanju, delež stanujočih v samostojni hiši pa je glede na mestno okolje tudi dokaj visok, saj predstavlja 44 %.

Tabela 1: Način bivanja (N = 100)

Bivališče	Število starostnikov (N)	Delež starostnikov (%)
Hiša	44	44,0
Stanovanje v bloku	55	55,0
Drugo	1	1,0

V Tabeli 2 je prikazano število lastnih otrok. 92 % vprašanih ima otroke. Prevladujejo starostniki z dvema otrokoma (45 %), najmanjši delež pa predstavljajo anketirani, ki otrok nimajo (8 %).

Tabela 2: Število lastnih otrok

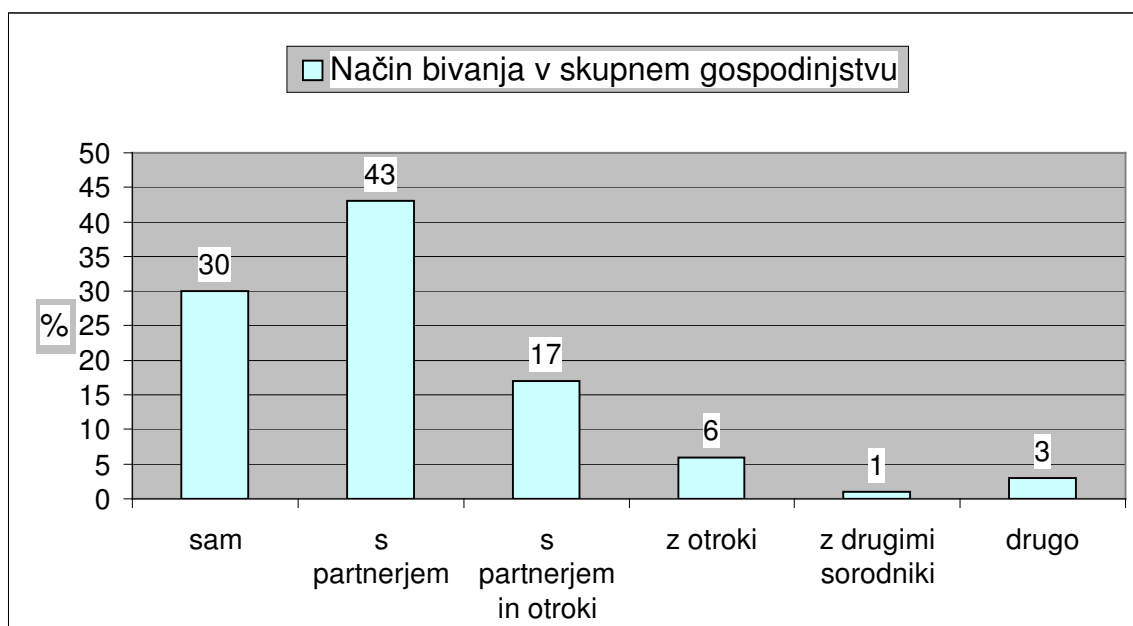
Število lastnih otrok	Število starostnikov	Delež starostnikov (%)
Nič	8	8,0
Eden	32	32,0
Dva	45	45,0
Tri ali več	15	15,0

Tabela 3 prikazuje, koliko so otroci oddaljeni od svojih staršev. Oddaljenost otrok je bila ocenjevana v petih kategorijah, ki smo jih zaradi nizke zastopanosti združili v tri kategorije. N je 92, saj je 8 starostnikov brez otrok. Velika večina anketiranih (72,8 %) ima vsaj enega otroka v bližini svojega doma, delež starostnikov, ki imajo svoje otroke v tujini, pa je najmanjši in predstavlja 5,4 %.

Tabela 3: Oddaljenost otrok (N = 92)

Oddaljenost otrok	v istem kraju ali manj kot 10 km	manj kot 50 km	50 km ali več in tujina	Skupaj
Število starostnikov	67	13	12	92
Delež starostnikov (%)	72,8 %	14,1 %	13,1 %	100 %

Slika 3 prikazuje, s kom starostniki bivajo. Ugotovljeno je bilo, da 43 % vprašanih živi s svojim partnerjem, v razširjeni družini s partnerjem in otroki pa živi le 17 %. 30 % je samih, pri čemer je zanimiv podatek, da same živijo večinoma ženske (90 %).

**Slika 3: S kom živijo v gospodinjstvu (N = 100)**

V tabeli 4 so zbrani podatki o socialnem omrežju starostnika in ga sestavljajo pomembni/relevantni drugi. Na to vprašanje so lahko odgovorili z več možnimi odgovori. Najpogostejši odgovor anketirancev predstavljajo otroci (N = 75), sledijo jim vnuki in nečaki (N = 56) ter partner (N = 48). Visok delež (N = 29) predstavlja tudi patronažno varstvo.

Tabela 4: Pomemben vpliv na starostnika

Pomemben vpliv	Število odgovorov (N)
Otroci	75
Vnuki, nečaki	56
Prijatelji	24
Sosedje	19
Partner	48
Patronažno varstvo	29
Nega na domu	8
Karitativne službe	7
Razna društva	8
Prostovoljci	1

Tabela 5 prikazuje podatke o osebah, ki bi jih starostniki prosili za pomoč. Tudi pri tem vprašanju so lahko izbrali več odgovorov. Najpogosteje bi za pomoč prosili otroke (N = 67), nato partnerja (N = 50) in prijatelje (N = 17). Manjši delež anketirancev (N = 11) bi za pomoč prosilo tudi druge sorodnike.

Tabela 5: Koga bi prosili za pomoč

Koga bi prosili za pomoč	Število odgovorov (N)
Partnerja	50
Otroke	67
Druge sorodnike	11
Prijatelje	17
Bežne znance	1
Nima nikogar/ težave rešuje sam	4
Drugo	4

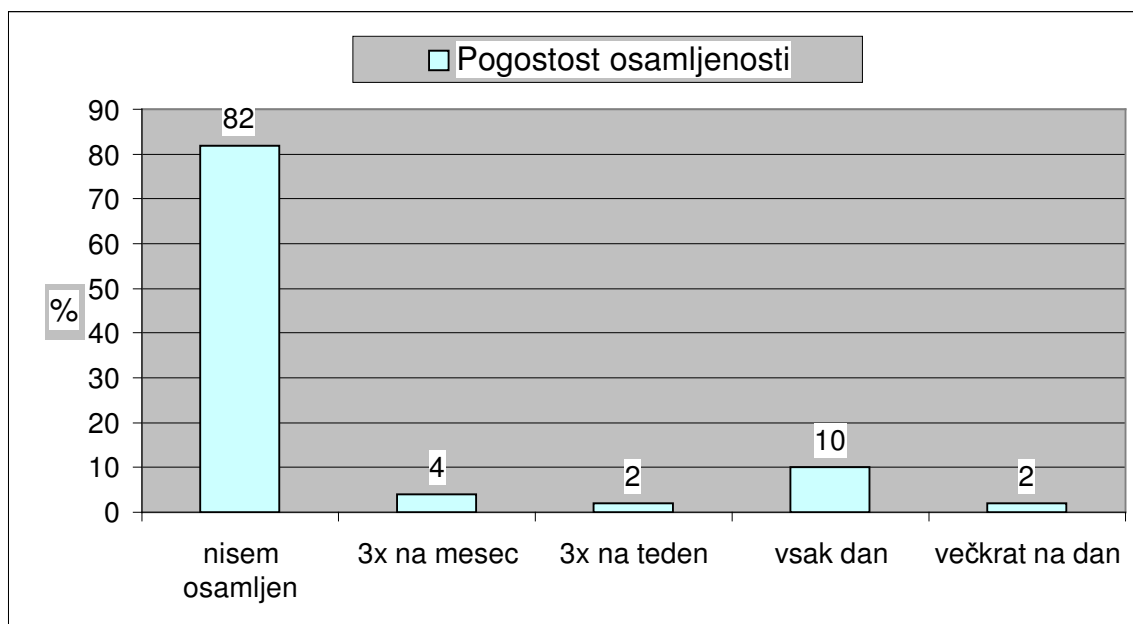
Primerjalna tabela 6 na svoji levi polovici prikazuje, koliko starostnikov ima v svojem socialnem omrežju po enega, dva ali tri pomembne/relevantne druge. Desna polovica tabele pa prikazuje, na koliko pomoči lahko starostnik v svojem okolju računa, če bi to pomoč potreboval. Ugotavljamo, da imajo starostniki v svojem socialnem omrežju kar v 54 % po tri ali več oseb, ki pomembno vplivajo na njih, in nihče izmed anketiranih ni brez njemu pomembnih drugih. Ko bi se pokazala potreba po pomoči, pa je ravno obratno, saj ima le 12 % starostnikov po tri ali več oseb, na katere bi se po pomoč obrnili. Velika večina (58 %) ima za tak primer le eno osebo, 4 % pa navajajo, da težave rešujejo sami ali pa celo nimajo nikogar.

Tabela 6: Relevantni/pomembni drugi in število oseb, ki bi jih starostnik prosil za pomoč

Število relevantnih/ pomembnih drugih	N = %	N = %	Število oseb, ki bi jih starostnik prosil za pomoč
Nima nikogar	0	4	Nima nikogar/rešuje sam
Eden	23	58	Eden
Dva	23	26	Dva
Trije ali več	54	12	Trije ali več
Skupaj	100	100	Skupaj

Pogostost osamljenosti je razvidna na Sliki 4. 82 % vprašanih meni, da niso osamljeni. Tega mnenja je velika večina moških v vzorcu (93,7 %), medtem ko je tako odgovorilo le dobre tri četrtine žensk (76,5 %). 10 % anketiranih osamljenost občuti vsak dan, pri čemer ugotavljamo, da so vsakodnevno osamljene zgolj ženske (100 %).

Zaradi nizke zastopanosti posameznih kategorij smo pet kategorij kasneje združili v zgolj tri. Kategoriji 3-x mesečno in 3-x tedensko smo združili v novo kategorijo »občasno«, kategoriji vsak dan in večkrat dnevno pa v novo kategorijo »vsak dan«. Odstotek starostnikov, ki niso nikoli osamljeni, tako ostaja nespremenjen (82 %), občasno osamljenost občuti 6 %, vsakodnevno pa 12 %, pri čemer delež vsakodnevno osamljenih žensk ostaja izredno visok in predstavlja 91,7 %.



Slika 4: Pogostost osamljenosti (N = 100)

V Tabeli 7 je prikazan delež osamljenih glede na zakonski stan, pri čemer ugotavljamo rahlo medsebojno povezanost [$\chi^2(4) = 9,013$; $p = 0,061$]. Rezultati kažejo, da je med ovdovalimi starostniki (N = 32) dobra tretjina (N = 11) tistih, ki občutijo tako občasno kot vsakodnevno osamljenost. Najmanj osamljeni so poročeni in živeči v izvenzakonski skupnosti (N = 60), saj zgolj desetina (N = 6) anketiranih občuti tako občasno kot vsakodnevno osamljenost.

Tabela 7: Delež osamljenih glede na zakonski stan (N = 100)

zakonski stan	osamljenost						skupaj	
	nikoli		včasih		vsak dan			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Samski/a in ločeni	7	87,5	0	0,0	1	12,5	8	100,0
Poročen/a oz i.z. Skupnost	54	90,0	2	3,3	4	6,7	60	100,0
Vdova/ec	21	65,6	4	12,5	7	21,9	32	100,0
Skupaj	82	82,0	6	6,0	12	12,0	100	100,0

Vpliv števila otrok na delež osamljenih smo iskali v Tabeli 8 in ugotovili, da je med starostniki, ki otrok nimajo ($N = 8$), vsakodnevno osamljena dobra tretjina ($N = 3$). Presenetljivo visok je tudi delež občasne in vsakodnevne osamljenosti pri starostnikih, ki imajo tri otroke ali več ($N = 15$), saj jo ravno tako občuti tretjina starostnikov ($N = 5$). Statistično pomembne povezanosti ne ugotavljamo [$\chi^2(6) = 9,428$; $p = 0,151$].

Tabela 8: Delež osamljenih glede na število otrok ($N = 100$)

število otrok	osamljenost						skupaj	
	nikoli		včasih		vsak dan			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nič	5	62,5	0	0,0	3	37,5	8	100,0
Eden	28	87,5	2	6,25	2	6,25	32	100,0
Dva	39	86,7	2	4,4	4	8,9	45	100,0
Tri ali več	10	66,7	2	13,3	3	20,0	15	100,0
Skupaj	82	82,0	6	6,0	12	12,0	100	100,0

Tabela 9 prikazuje delež osamljenih glede na oddaljenost otrok, pri čemer statistično pomembnih razlik ne ugotavljamo [$\chi^2(4) = 6,664$; $p = 0,115$]. Število (N) je 92, saj je 8 starostnikov brez otrok. Vsakodnevna osamljenost je najbolj izrazita pri tistih, ki imajo svoje otroke oddaljene več kot 50 km ali pa v tujini ($N = 12$) in predstavlja četrtinski delež ($N = 3$). Najmanj so osamljeni starostniki, ki imajo otroke najbližje svojega doma ($N = 67$), saj jih velika večina ($N = 57$) nikoli ne občuti osamljenosti.

Tabela 9: Delež osamljenih glede na oddaljenost otrok (N = 92)

oddaljenost	osamljenost						skupaj	
	nikoli		včasih		vsak dan			
	N	%	N	%	N	%	N	%
so v istem kraju ali manj kot 10 km	57	85,1	4	6,0	6	8,9	67	100,0
manj kot 50 km	11	84,6	2	15,4	0	0,0	13	100,0
50 km ali več in tujina	9	75,0	0	0,0	3	25,0	12	100,0
skupaj	77	83,7	6	6,5	9	9,8	92	100,0

Tudi v tabeli 10 smo pri ugotavljanju deleža osamljenih glede na način bivanja v skupnem gospodinjstvu sedem kategorij združili v štiri, pri čemer četrta kategorija »drugo« vsebuje bivanje z otroki, z drugimi sorodniki, tujimi ljudmi in ostalo, pri čemer je dvakrat vpisana mama in enkrat vnuk. Tisti, ki živijo s partnerjem in otroki (N = 17), nikoli ne občutijo niti občasne niti vsakodnevne osamljenosti. Najbolj osamljeni so tisti, ki živijo sami (N = 30), saj jih je tretjina med njimi (N = 11) osamljenih tako občasno kot vsakodnevno. Ugotovljena je blaga statistično pomembna povezanost med osamljenostjo in načinom bivanja v skupnem gospodinjstvu [$\chi^2(6) = 13,206$; $p = 0,040$].

Tabela 10: Delež osamljenih glede na način bivanja v skupnem gospodinjstvu (N = 100)

Gospodinjstvo	osamljenost						skupaj	
	nikoli		včasih		vsak dan			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sam	19	63,3	3	10,0	8	26,7	30	100,0
S partnerjem	37	86,0	2	4,7	4	9,3	43	100,0
S partnerjem in otroki	17	100	0	0,0	0	0,0	17	100,0
Drugo	9	90,0	1	10,0	0	0,0	10	100,0
Skupaj	82	82,0	6	6,0	12	12,0	100	100,0

V Tabeli 11 smo prikazali delež osamljenih glede na delež pomembnih drugih na osamljenost in ugotovili, da tisti, ki kot pomembnega drugega navajajo svojega življenjskega sopotnika ($N = 8$) nikoli niso osamljeni. Med tistimi, ki kot pomembne druge navajajo svoje otroke ($N = 75$), jih ravno tako velika večina ($N = 62$) ni nikoli osamljenih. Vsakodnevna in občasna osamljenost je najbolj izražena v tretjini primerov ($N = 3$) pri starostnikih, ki so jim pomembne osebe vnuki in nečaki ($N = 9$), vendar statistično pomembnih razlik ne ugotavljamo [$\chi^2(8) = 5,015$; $p = 0,756$].

Tabela 11: Delež osamljenih glede na delež pomembnih/relevantnih drugih (N = 100)

Relevantni drugi	osamljenost						skupaj	
	nikoli		včasih		vsak dan			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Otroci	62	82,7	5	6,7	8	10,6	75	100,0
Vnuki, nečaki	6	66,7	1	11,1	2	22,2	9	100,0
Prijatelji, znanci	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4	100,0
Življenjski sopotnik	8	100	0	0,0	0	0,0	8	100,0
Patronažno varstvo	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4	100,0
Skupaj	82	82,0	6	6,0	12	12,0	100	100,0

Tabela 12 prikazuje delež osamljenih glede na število pomembnih drugih. Rezultati kažejo, da so presenetljivo najbolj osamljeni tisti s tremi ali več pomembnimi osebami ($N = 54$), saj jih petina ($N = 11$) občuti tako vsakodnevno kot občasno. Število relevantnih drugih statistično ni pomembno povezano z osamljenostjo [$\chi^2(4) = 3,450$; $p = 0,485$].

Tabela 12: Delež osamljenih glede na število relevantnih/pomembnih drugih (N = 100)

Skupine relevantnih drugih	osamljenost						skupaj	
	nikoli		včasih		vsak dan			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Eden	20	87,0	2	8,7	1	4,3	23	100,0
Dva	19	82,6	2	8,7	2	8,7	23	100,0
Trije ali več	43	79,6	2	3,7	9	16,7	54	100,0
Skupaj	82	82,0	6	6,0	12	12,0	100	100,0

Tabela 13 prikazuje število oseb, ki jih starostniki lahko zaprosijo za pomoč, če bi bilo to potrebno in nakazuje, da tisti, ki nimajo nobenega (N = 4) v polovici primerov (N = 2) občutijo vsakodnevno osamljenost. Najmanj osamljeni so tisti, ki imajo možnost iskanja pomoči pri treh ali več osebah (N = 12), saj zgolj ena oseba občuti vsakodnevno osamljenost, ter tisti, ki imajo na voljo dva vira pomoči (N = 26), kjer vsakodnevno občutita osamljenost dve osebi. Rezultati ne kažejo statistično pomembnih razlik [$\chi^2(6) = 10,806$; $p = 0,095$].

Tabela 13: Delež osamljenih glede na delež iskanja pomoči od relevantnih drugih (N = 100)

Iskanje pomoči od relevantnih drugih	osamljenost						skupaj	
	nikoli		včasih		vsak dan			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nihče	2	50,0	0	0,0	2	50,0	4	100,0
Eden	45	77,6	6	10,3	7	12,1	58	100,0
Dva	24	92,3	0	0,0	2	7,7	26	100,0
Trije ali več	11	91,7	0	0,0	1	8,3	12	100,0
Skupaj	82	82,0	6	6,0	12	12,0	100	100,0

Prisotnost depresije je prikazana v Tabeli 14 in je bila izračunana na podlagi mednarodne Geriatrične lestvice depresivnosti, ki zajema 30 trditev. Največ anketirancev (59 %) je zbralo med 0–10 točk, kar pomeni, da znaki depresije niso bili prisotni, blagi znaki depresije so se pokazali pri tretjini (34 %), izrazita depresija pa je v celotnem vzorcu prisotna v 7 %.

Tabela 14: Prisotnost depresije (N = 100)

Prisotnost depresije	N = %
Brez	59
Blaga	34
Izrazita	7

V Tabeli 15 smo ugotavljali delež depresije glede na delež osamljenih in pri tem ugotavljamo signifikantno pomembno povezanost med osamljenostjo in pojavom depresije [$\chi^2(4) = 34,373$; $p = 0,001$]. Anketiranci, ki niso nikoli osamljeni (N = 82), v večini primerov (N = 56) tudi ne kažejo znakov depresije, blaga pa je prisotna pri tretjini (N = 25). Nasprotno pa tisti, ki se počutijo vsakodnevno osamljene (N = 12), hkrati v enakem deležu izražajo tako blago (N = 5) kot izrazito depresijo (N = 5).

Tabela 15: Delež depresije glede na delež osamljenosti

Osamljenost	depresija						skupaj	
	brez		blaga		izrazita			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nikoli	56	68,3	25	30,5	1	1,2	82	100,0
Občasno	1	16,7	4	66,6	1	16,7	6	100,0
Vsak dan	2	16,6	5	41,7	5	41,7	12	100,0
Skupaj	59	59,0	34	34,0	7	7,0	100	100,0

3.5 RAZPRAVA

V začetnem delu raziskave opazamo določene demografske značilnosti, ki jih lahko povežemo z nekaterimi izhodišči, navedenimi v teoretičnem delu. Visok odstotek sodelujočih žensk ter bistveno manjši delež moških v naši raziskavi nakazuje značilnost demografskega pojava, da je med starejšimi večji delež žensk. Nad starostjo 86 let so sodelovale le predstavnice ženskega spola, kar lahko povežemo z drugo značilnostjo, da ženske v povprečju živijo dlje (Statistični urad Republike Slovenije, 2010). To lahko potrdimo tudi z dobljenimi rezultati pri spremenljivki zakonski stan, ki podaja dva izstopajoča rezultata in sicer, visok delež ovdovelih žensk, ter visok odstotek poročenih moških. Izobrazba anketiranih kaže, da je moških z univerzitetno izobrazbo, kljub očitno nižji udeležbi, več kot žensk. Razlaga je povzeta po raziskavi Kobentarjeve (2003), ki meni, da je vzrok povezan s tradicionalno vlogo žensk, ki dodatnega izobraževanja ni dopuščala.

Raziskava je bila opravljena v mestnem okolju, zato ne preseneča, da večji delež sodelujočih živi v stanovanjskem bloku. Najpogosteje bivajo v skupnem gospodinjstvu s partnerjem, slaba tretjina starostnikov pa živi samih, pri čemer je večina žensk. Tak rezultat sovpada z ugotovitvami Hvalič Touzery (2005) ter s popisom prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj iz leta 2002 (Statistični urad Republike Slovenije, 2010). Podobne rezultate so dobili tudi v anketi, ki je bila ravno tako izvedena v Ljubljani in je pokazala, da dobra tretjina starostnikov živi samih. Nizek odstotek vprašanih, ki živijo v razširjeni družini, potrjuje ugotovitve o razpadu tradicionalne družine, ki jo nadomešča nuklearna (Pečjak, 2007). Bolj presenetljiva je primerjava z anketo iz leta 2003, ki jo je izvedla Kobentarjeva. Kljub temu da je bilo v njenem vzorcu skoraj enakomerno porazdeljeno vaško in mestno okolje, samih živi skoraj polovica vprašanih, kar nakazuje na razpad tradicionalne družine tudi na podeželju.

Velika večina anketiranih ima otroke, prevladujejo tisti z dvema, nizek pa je odstotek starostnikov, ki imajo tri ali več otrok. Rezultat je nekoliko presenetljiv, saj smo pričakovali številčnejše družine. Možen vzrok je po mnenju Kobentarjeve (2003) povezan s časom po drugi svetovni vojni, ko si je večina današnjih starostnikov ustvarjala družine v bistveno slabših razmerah. Slabše je bilo ekonomsko stanje, slabše

so bile zdravstvene razmere in zato več bolezni, v celotni populaciji pa je bil manjši delež moških kot posledica vojnih dogajanj.

Otroci se večinoma nahajajo v istem kraju kot njihovi starši, le manjši delež otrok je v tujini. Pri ugotavljanju socialne mreže nam rezultati kažejo, da je le-ta pri anketiranih dobro razvita. Najpomembnejši so jim ravno otroci, bližina doma pa ponuja eno od možnosti za socialne stike in tako emocionalno kot instrumentalno in materialno pomoč. Poleg otrok pa so najpogosteje navedeni še vnuki (in nečaki) ter partner. Skupina teh treh odgovorov hkrati predstavlja tudi njihovo ožjo družino, ki z visokim deležem nakazuje zaprtost do drugih skupin izven družine. Družina pa je za starostnika še pomembnejša v primeru potrebe po pomoči, saj rezultati kažejo še večjo zastopanost družine, s čimer smo se tudi približali trditvam, da družina predstavlja najpomembnejši vir socialne opore in ji izkazujemo visoko zaupanje (Kump in Jelenc-Kraševac, 2008). Da smo v svojih odnosih vezani zgolj na bližnje, pa nakazuje nizek delež drugih sorodnikov in tudi majhna udeležba prijateljev ter sosedov.

Količina oziroma število relevantnih drugih na osamljenost ne vpliva pomembno, čeprav ima več kot polovica vprašanih tri ali več pomembnih oseb, ki na njih tudi pomembneje vplivajo, pa le-ti izkazujejo rahlo večjo osamljenost kot tisti, ki navajajo le eno ali dve pomembni osebi. Možna razlaga je povzeta po Ramovšu (2003), ki navaja, da v življenju posameznika ni pomembno število ljudi v njegovi okolici, temveč vsaj ena oseba, ki ji lahko zaupa in jo ima za svojo, ne glede na sorodstveno razmerje.

Količina oziroma število oseb, ki bi jih ob težjih življenjskih situacijah prosili za pomoč, tudi ne vpliva pomembno na osamljenost. Rezultati kažejo, da so najbolj osamljeni tisti, ki nimajo nikogar, na katerega bi se v primeru potrebe obrnili. V večini primerov imajo naši anketiranci za take primere zgolj eno osebo in le-ti občutijo občasno in vsakodnevno osamljenost v rahlo večjem odstotku kot tisti, ki imajo dva ali tri in več možnih virov pomoči. V primerjavi z relevantnimi drugimi, kjer ima večina tri ali več pomembnih oseb, pa je odstotek treh ali več možnih virov pomoči precej nizek. O razlogih za tako razhajanje lahko zgolj ugibamo, saj tega nismo raziskovali. Morda ne želijo, da jih njihovi ljubljani vidijo v slabem zdravstvenem stanju, morda si tega niti sami ne priznajo, lahko se bojijo zavrnitve, nočejo biti nadležni, ali pa so morda

preponosni, da bi poiskali ali prosili za pomoč ter želijo zato svoje težave reševati sami, brez da bi s tem koga bremenili.

Glede na navedbe avtorjev Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg in Pitkälä (2006) ter Ramovša (2003) in primerjavo z raziskavo na Finskem in Švedskem je bilo pričakovati pogosto ali vsaj občasno osamljenost pri tretjini ali celo več vprašanih. Naša raziskava ugotavlja prisotnost vsakodnevne ali občasne osamljenosti pri manj kot petini anketiranih, kar je sicer razveseljiv podatek, vendar se je potrebno vprašati, zakaj prihaja do večjega odstopanja. Glede na rezultate ankete je možen razlog dobra socialna mreža, ki jo imajo, drug verjeten je, da je osamljenost težko merljiva, saj je emocionalna komponenta in je lahko izražena le z izpovedjo posameznika. Osebna izpoved pa je vedno težja kot navajanje golih dejstev, saj s tem razkrivamo sebe in priznavamo, da nekaj v našem življenju ne deluje tako, kot bi si želeli (Kobentar, 2003; Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg in Pitkälä, 2006). Ker so bile ankete razdeljene preko patronažnega varstva, je bila dobra polovica anketiranih tudi uporabnikov storitev patronažne zdravstvene nege, ki pa je različno porazdeljena glede na potrebe, ki jih narekuje njihovo zdravstveno stanje. Glede na to, da je bilo patronažno varstvo pri relevantnih drugih udeleženo v dokaj visokem odstotku, smo zato pomislili tudi na možen vpliv patronažne medicinske sestre, saj se ob vstopu v družino namreč pogosto vzpostavi odnos, ki je običajno bolj oseben kot v kliničnem okolju.

Iz danih rezultatov smo poskušali poiskati vzroke za osamljenost. Število otrok na delež osamljenosti ne vpliva pomembno. Najbolj osamljeni so starostniki, ki otrok nimajo, presenetljivo visok delež vsakodnevne osamljenosti pa je prisoten tudi pri starostnikih, ki imajo tri otroke ali več. Tak izid lahko nakazuje morebitno slabše razumevanje v družini ali pa morda prevelika pričakovanja starostnika. Omeniti pa je potrebno, da ob tem ne vemo, koliko so otroci teh anketiranih oddaljeni od doma, čeprav oddaljenost otrok od svojih staršev ravno tako ne pokaže statistično pomembne povezave z osamljenostjo. Po pričakovanjih so najbolj osamljeni starostniki, ki imajo svoje otroke najdlje od doma, saj je vsakodnevna osamljenost v tej skupini izražena pri četrtni anketiranih.

Vprašali smo se tudi, če so tisti, ki živijo sami bolj osamljeni od tistih, ki v skupnem gospodinjstvu z nekom živijo. Pri iskanju vpliva skupnega gospodinjstva na osamljenost, smo ugotovili statistično pomembno povezanost. Rezultati namreč kažejo, da osamljenosti sploh ne občutijo tisti, ki bivajo v razširjeni družini skupaj s partnerjem in otroki, pri čemer lahko ponovno potrdimo pomembnost družine. Največjo osamljenost doživljajo tisti, ki živijo sami. Vzrok je verjetno povezan z ovdovelostjo, saj je med tistimi, ki živijo sami, največ ovdovelih. Pri iskanju vpliva zakonskega stana na osamljenost namreč ugotavljamo, da so ravno ovdovele med vsemi najbolj osamljeni, kjer tudi ugotavljamo rahlo statistično pomembnost. Po navedbah avtorjev (Kogoj, 2004; Pečjak, 2007; Ramovš, 2003) so izgube partnerja ene izmed najbolj bolečih izgub, ki vodijo v osamljenost, saj taka izguba lahko pomeni tudi izgubo dolgoletnega prijatelja, sogovornika, skratka nekoga, ki jim je bil dolga leta v pomoč, oporo in veselje. Najmanj osamljeni so poročeni, samski in ločeni pa v zelo majhnem deležu občutijo vsakodnevno osamljenost. Razlago smo poiskali v delu, kjer avtorji menijo, da je biti sam mnogovrsten pojav, pri čemer gre lahko za prostovoljno odločitev, ki vodi v pozitivno, ustvarjalno in aktivno samoto, lahko pa vodi v osamljenost in depresivno razpoloženje (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg in Pitkälä, 2006).

Ker je po Rudolfu (2004) depresija pri starostnikih pogosto izražena, smo želeli tudi ugotoviti, kolikšen delež starostnikov v celotnem vzorcu kaže znake depresije in kako, če sploh, je povezana z osamljenostjo. Rezultati kažejo, da več kot polovica sodelujočih, znakov depresije ne izraža, blagi znaki so se pokazali v dobri tretjini primerov, izrazita depresija pa je bila ugotovljena pri sedmih anketiranih, kar pa se nekako ujema z navedbami Pečjaka (2007), ki navaja verjetno pojavnost depresije pri starostnikih med 8–10%. Med nikoli osamljenimi jih je dobri dve tretjini brez znakov depresije, slaba tretjina pa ima znake blage depresije. Med občasno osamljenimi ugotavljamo blage znake depresije že pri dveh tretjinah starostnikov, vsakodnevno osamljeni pa v visokem deležu izražajo tako blago kot izrazito depresijo. Rezultati kažejo signifikantno statistično pomembno povezanost, kar nas privede do sklepa, da je lahko prisotnost pogoste osamljenosti eden od možnih vzrokov za razvoj depresije. V angleški raziskavi avtorji Adamson, Price, Breeze, Bulpitt in Fletcher (2005) napovedujejo porast

depresije na tretjino celotnega vzorca starejše populacije. Istočasno ugotavljajo, da prisotnost depresije vpliva na povečano smrtnost starostnikov, kar pa lahko pomeni, da se bodo naslednje generacije predčasno in v večjem številu soočale z izgubo svojih staršev.

Tekom raziskave in obdelave podatkov smo uspeli pridobiti odgovore na naša raziskovalna vprašanja. Vpliva slabše oziroma pomanjkljive socialne mreže na osamljenost ne moremo z gotovostjo potrditi, saj imajo vsi vsaj nekoga, večina pa celo več. Lahko pa iz danih rezultatov sklepamo v obratni smeri, saj dobra socialna mreža zmanjšuje osamljenost, ki je v naši raziskavi v celotnem vzorcu zastopana v manjši meri kot jo navajajo viri in primerjalna raziskava na Švedskem in Finskem. Glede na rezultate pa lahko potrdimo, da tisti, ki živijo sami, v večji meri občutijo osamljenost. Prav tako lahko potrdimo, da je pri deležu osamljenih starostnikov zelo pogosto izražena tudi depresivna motnja.

4 ZAKLJUČEK

Staranje je nezadržno in neizbežno, porast števila starejših ravno tako. Navezanost na dom in predvsem na družino pa nakazuje željo starejših, da se starajo doma. Starostniki ravno družini pripisujejo velik pomen, vendar je tradicionalna, številčnejša družina že redkost. S staranjem se povečuje tudi verjetnost vseh vrst izgub in lahko se zgodi, da poleg primarne družine sčasoma izgubi tudi partnerja, prijatelje ter dobro zdravje in se tako stara sam.

Kljub temu pa je staranje lahko zelo aktiven in prijeten proces. Je lahko čas za vrsto različnih hobijev za katere nikoli ni bilo časa, za izlete in potovanja, za druženja in nova poznanstva. Sodobna informacijska tehnologija omogoča tudi manj mobilnim, da komunicirajo, da svojo socialno mrežo širijo tudi izven družine, razni zdravstveni pripomočki pa lahko pripomorejo k boljši kakovosti življenja v tem posebnem obdobju.

Vsak posameznik je seveda osebnost zase in odločitev o tem, kako se bo nekdo staral, temelji na danih možnostih in sposobnostih, predvsem pa na osebni odločitvi. Nekateri izmed njih se prostovoljno odločijo za okrnitev ali celo prekinitev medsebojnih odnosov, ker preprosto tako želijo. Spet drugi pa si želijo širšo socialno mrežo, še več stikov ter še boljše medosebne odnose. Naša anketa je ugotavljala zgolj količino socialnih stikov, ne pa kvalitete. Morda bi bilo dobro, da bi se usmerili tudi na način in pogostost stikov ter na obojestransko dinamiko odnosov, saj bi se tako občutljivost odnosov lahko bolj jasno nakazala. Med obdelavo podatkov pa smo pomislili tudi na izvedbo ankete v kombinaciji z intervjujem, ki bi morda lahko razkrila še večje globine. Bogate izkušnje in modrosti, ki jih je posameznik zbiral skozi celo življenje, ne bi smele utoniti v pozabo, saj so odlična popotnica naslednjim generacijam. Velja pa tudi obratno. Vsaka generacija namreč nekaj ima in zna in vsaka lahko drugi tudi nekaj podari. Ob taki izmenjavi dobrin, sožitje generacij postane povsem vsakdanje.

V naši državi obstajajo programi, ki poskušajo združiti generacije med sabo, razna društva in organizacije skrbijo, da so starostniki lahko aktivni, da se lahko družijo in izobražujejo. Večje je tudi zavedanje o kakovostnem staranju, o pomembnosti priprave na starost in tudi o zdravem načinu življenja. Da bo staranje še prijetnejše, pa bo potrebno spremeniti tudi odnos do staranja in starih ljudi, odpraviti razne mite in

posploševanja in kot pravi Čačinovič-Vogrinčič (2008, str. 76): »Povabiti stare ljudi v svojo družino, da skupno sedanjost povežejo s preteklostjo, da bi jo lahko vzeli s seboj v prihodnost«.

5 LITERATURA

Adamson JA, Price GM, Breeze E, Bulpitt CJ, Fletcher AE. Are Older People Dying of Depression? Findings from the Medical Research Council Trial of the Assessment and Management of Older People in the Community. JAGS. 2005; 53:1128-32. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=66&hid=102&sid=7329bac9-7e51-45b8-97b1-b559dd8353e6%40sessionmgr113> (14.04.2010).

Bekhet AK, Zauszniewski JA, Nakhla WE. Loneliness: A Concept Analysis. Nursing Forum. 2008; 43(4):207-13. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=102&sid=7329bac9-7e51-45b8-97b1-b559dd8353e6%40sessionmgr113> (14.04.2010).

Bright L. From loneliness to illness. Nursing older people. 2006; 18(5):8-9. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&hid=102&sid=7329bac9-7e51-45b8-97b1-b559dd8353e6%40sessionmgr113> (14.04.2010).

Čačinovič – Vogrinčič G. Socialno delo z družino. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani; 2008.

D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. Fam Pract 1994; 11(3): 260-6.

Dragoš S. Socialni kapital-dragocena, nejasna in nevidna dobrina. Socialno delo. 2002; 41(2): 71-89

Filipović M, Kogovšek T, Hlebec V. Starostniki in njihova vpetost v sosedstva omrežja. Družboslovne razprave. 2005;XXI(49-50):205-21

Gašparovič M. Priročnik za družinske negovalce. Grosuplje: Dom starejših občanov Grosuplje; 2007

Hlebec V, Kogovšek T, Domajnko B, Pahor M. Kako misliti, opazovati in razumeti omrežja starejših ljudi v Sloveniji. In: Hlebec V, edt. Starejši ljudje v družbi sprememb. Maribor: Aristej; 2009: 153-68.

Hlebec V. Socialna omrežja starejših kot dejavnik zdravja. In: Hvalič-Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, Rustja N, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika – 1.strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo; 2010 Jun 21-22; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Hojnik-Zupanc I. Samostojnost starega človeka v družbeno – prostorskem konceptu. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 1999.

Hvalič Touzery S. Družinska oskrba starih družinskih članov [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2007.

Hvalič Touzery S. Gerontološko izrazje. *Kakovostna starost*. 2009;12 (3): 108

Hvalič Touzery S. Tukaj smo! Opazite naše delo! Pomagajte nam! – Raziskava o oskrbi starega človeka v družini. *Kakovostna starost*. 2007;10(2):4-27;

Hvalič Touzery S. Stanovanjske značilnosti starega prebivalstva v Sloveniji. *Kakovostna starost*. 2005;8(1):15-25.

Kobentar R. Socialni odnosi v starosti [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2003.

Kobentar R, Kogovšek B, Škerbinek L. Komunikacija – komunikacija v timu, z varovanci in komunikacija s starostniki. Obzor Zdr N 1996; 30: 13-9

Kobentar R. Gerontološka zdravstvena nega-kaj starejši pacienti najbolj pogrešajo v zdravstveni negi. In: Hvalič-Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, Rustja N, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika – 1.strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo; 2010 Jun 21-22; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Kogoj A. Psihološke potrebe v starosti. Starost, staranje in skrb za stare – XI. kongres in 141. skupščina slovenskega zdravniškega društva; 2004 Okt 15-16; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zdrav Vestn. 2004;73:749-51. Dostopno na: <http://vestnik.szdz.si/st4-10/749-751.pdf> (15.03.2010).

Kristančič A. Nova podoba staranja – siva revolucija. Ljubljana: AA Inserco; 2005.

Kump S, Jelenc-Krašovec. Vpliv socialnih omrežij in bivanjskega okolja na učne dejavnosti dveh generacij odraslih. In: Hlebec V, ed. Starejši ljudje v družbi sprememb. Maribor: Aristej; 2009: 183-201.

Macnicol J. Age Discrimination. An Historical and Contemporary Analysis. Cambridge: University Press; 2006.

Malačič J. Socialnoekonomske posledice staranja. Staranje slovenskega prebivalstva-gerontološki in geriatrični izzivi - XII. kongres in 144. skupščina slovenskega zdravniškega društva; 2008 Okt 17-18; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zdrav Vest 2008;77:793-8. Dostopno na: <http://vestni.szdz.si/st08-12/793-798.pdf> (15.03.2010).

Mali J. Starost, emocije in emocionalno delo v domovih za stare. Socialno delo. 2002; 41(6): 317-23

Mali J. Sožitje med generacijami kot ga razumemo v socialnem delu. In: Bezjak S, edt.. Vloga starejših v sodobni družbi – 9. festival za tretje življenjsko obdobje. Ljubljana: Inštitut Hevrek; 2009.

Medved R, Tičar Z. Pogled ministrstva za zdravje na staranje prebivalstva in ukrepi za zadovoljevanj potreb starostnikov. Staranje slovenskega prebivalstva-gerontološki in geriatrični izzivi - XII. kongres in 144. skupščina slovenskega zdravniškega društva; 2008 Okt 17-18; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zdrav Vest 2008;77:827-9. Dostopno na: <http://vestni.szd.si/st08-12/793-798.pdf> (15.03.2010).

Murphy F. Loneliness: a chalenge for nurses caring for older people. Nursing older people. 2006;18 (5); 22-25. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid = 37&hid = 102&sid = 7329bac9-7e51-45b8-97b1-b559dd8353e6%40sessionmgr113> (31.03.2010)

Nilsson B, Lindström U. A, Naden D. Is loneliness a psychological dysfunction. A literary study of the phenomenon of loneliness. Scand J Caring Sci. 2006; 20: 93-101. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid = 25&hid = 102&sid = 7329bac9-7e51-45b8-97b1-b559dd8353e6%40sessionmgr113> (31.03.2010).

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory (3rd ed). New York: McGraw-Hill; 1994.

Oražem B. Depresija:njen obraz v starosti. Kakovostna starost. 2007; 10 (2): 14 - 21

Pahor M, Domajnko B, Hlebec V. splet zdravja in bolezni: socialna omrežja starejših kot dejavnik zdravja. In: Hlebec V, edt. Starejši ljudje v družbi sprememb. Maribor: Aristej; 2009: 221-36.

Pišljar M. Prepoznavanje kliničnih podtipov starostne depresije. In: Pišljar M, Milič J, eds. Prepoznavanje in zdravljenje različnih oblik depresije. Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2008. str. 63-77

Pečjak V, Pečjak M. Psihologija staranja. Bled: Samozaložba; 2007.

Pucelj V. O depresiji. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. 2006. Dostopno na : <http://www.ivz.si/index.php?akcija=tisk&n=952> (28.03.2010).

Ramovš J. Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti; 2003.

Ramšak Pajk J. Uporaba sodobnih teorij in modelov zdravstvene nege pri oskrbi starostnika. In: Hvalič-Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, Rustja N, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika – 1.strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo; 2010 Jun 21-22; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Routasalo PE, Savikko N, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Social Contacts and Their Relationship to Loneliness among Aged People – A Population-Based Study. Gerontology. 2006; 52:181-187. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&hid=102&sid=7329bac9-7e51-45b8-97b1-b559dd8353e6%40sessionmgr113> (14.04.2010).

Rudolf M. Depresija v starosti. In: Pišljar M, edt. Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo; 2004 Okt 29; Idrija, Slovenija. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2004.

Skela Savič B. Staranje in zdravje-izzivi za zdravstveno nego. In: Hvalič-Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, Rustja N, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika – 1.strokovni posvet z učnimi delavnicami z

mednarodno udeležbo; 2010 Jun 21-22; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Statistični urad Republike Slovenije. Demografsko socialno področje – prebivalstvo. Dostopno na: http://www.stat.si/tema_demografsko_prebivalstvo.asp (12.03.2010).

Statistični urad Republike Slovenije. Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj, 2002. Dostopno na: <http://www.stat.si/popis2002/si/default.html> (15.03.2010)

Šircelj M. Staranje prebivalstva v Sloveniji. In: Hlebec V, ed. Starejši ljudje v družbi sprememb. Maribor: Aristej; 2009: 15-43.

Šonc S, Gržetič – Romčević T. Vpliv socialno ekonomskih razmer na zdravje prebivalstva – posebej starostnikov. In: Bezjak S, ed.. Vloga starejših v sodobni družbi – 9. festival za tretje življenjsko obdobje. Ljubljana: Inštitut Hevrek; 2009.

Veliki slovar tujk. Ljubljana: Cankarjeva založba; 2002

Voljč B. Dolgoživost, dolgotrajna oskrba in etika medgeneracijskih razmerij. *Kakovostna starost*. 2008;11(3):29-33

Von dem Knesebeck O. Družbena neenakost, zdravje in bolezni v starosti. *Kakovostna starost*. 2008;11(1):11-25

6 PRILOGE

6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

Moje ime je Marija Sabrina Vratarič in sem študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru svojega diplomskega dela opravljam raziskavo, ki zajema starostnike nad 65 let in ugotavlja njihovo počutje. Vljudo vas naprošam za vaše sodelovanje in hkrati zagotavljam, da bodo pridobljeni podatki uporabljeni samo in izključno v raziskovalne namene.

Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem!

Navodilo: v kvadratek, ki ustreza vašemu odgovoru naredite križec!

1. Spol

moški	
ženski	

2. Starost

vpišite leta starosti	
-----------------------	--

3. Vaša izobrazba

dokončana osnovna šola	
dokončana poklicna šola	
dokončana srednja šola	
višja ali visoka izobrazba	
univerzitetna izobrazba	
drugo (napišite)	

4. Zakonski stan

samski	
poročen	
ločen	
vdov	
partnerska zveza	

5. Kje živite?

v hiši	
v stanovanju	
imam samo sobo	
drugo (napišite)	

6. Koliko odraslih otrok imate?

nič	
1	
2	
3 in več	

7. Koliko so oddaljeni od vašega kraja?

so v istem kraju	
manj kot 10 km	
manj kot 50 km	
več kot 50 km	
so v tujini	

8. S kom živite v gospodinjstvu?

sam	
s partnerjem	
s partnerjem in otroki	
z otroki	
z drugimi sorodniki	
s tujimi ljudmi	
drugo (napišite)	

9. Kdo pomembno vpliva na vaše življenje? Lahko označite več odgovorov!

otroci	
vnuki, nečaki	
prijatelji, znanci	
sosedje	
prostovoljci	
življenjski sopotnik	
patronažna služba, nega na domu	
karitativne službe (cerkev)	
razna društva (npr. planinsko)	
drugo (napišite)	

10. Na koga bi se obrnili, če bi potrebovali pomoč?

na partnerja	
na otroke	
na sorodnike	
na prijatelje	
na bežne znance	
na nikogar, težave rešujem sam	
nimam nikogar	
drugo (napišite)	

11. Kako pogosto ste bili v zadnjih treh mesecih osamljeni?

nisem osamljen	
trikrat na mesec	
trikrat na teden	
vsak dan	
večkrat na dan	

Lestvica za ugotavljanje počutja

Navodilo: Izberite eno od dveh ponujenih možnosti in jo označite s križcem

1	Ste večinoma zadovoljni z vašim življenjem?	da	ne
2	Menite, da je vaše življenje prazno?	da	ne
3	Se bojite, da se vam bo pripetilo nekaj slabega?	da	ne
4	Se večinoma počutite srečni?	da	ne
5	Ste opustili mnoge od svojih dejavnosti ali zanimanj?	da	ne
6	Se pogosto dolgočasite?	da	ne
7	Ste večinoma dobro razpoloženi?	da	ne
8	Se pogosto počutite nemočni?	da	ne
9	Ali ste raje doma, kot da greste ven in poskušate kaj novega?	da	ne
10	Ali menite, da imate več težav s spominom kot večina?	da	ne
11	Ali menite, da je čudovito živeti sedaj?	da	ne
12	Se v sedanjih okoliščinah počutite precej nevredni?	da	ne
13	Ste polni energije?	da	ne
14	Ali menite, da je vaš položaj brezupen?	da	ne
15	Ali je večina ljudi bolj preskrbljenih od vas?	da	ne
16	Gledate v prihodnost z upanjem?	da	ne
17	Vas vznemirjajo misli, ki si jih ne morete izbiti iz glave?	da	ne
18	Ste pogosto nemirni ali živčni?	da	ne
19	Vas pogosto skrbi prihodnost?	da	ne
20	Se pogosto počutite potrti in otožni?	da	ne
21	Ste zelo zaskrbljeni zaradi preteklosti?	da	ne
22	Je za vas življenje zelo vznemirljivo?	da	ne
23	Ali se težko ukvarjate z novostmi?	da	ne
24	Se pogosto vznemirite zaradi majhnih stvari?	da	ne
25	Ali vam gre pogosto na jok?	da	ne
26	Imate težave z zbranostjo?	da	ne
27	Ali zjutraj radi vstajate?	da	ne
28	Ali se raje izogibate družabnim srečanjem?	da	ne
29	Ali se z lahkoto odločate?	da	ne
30	Ali ste tako bistrega duha kot ste bili?	da	ne

Hvala za vaše sodelovanje!

IZJAVA

Spodaj podpisani _____izjavljam, da v raziskavi sodelujem prostovoljno, brez prisile, pritiska ali neprimernega napeljevanja. Seznam sem z navodili in namenom, ter možnostjo, da lahko iz raziskave odstopim kadarkoli, brez kakršnihkoli neugodnih posledic.

Datum: _____

Podpis: _____

6.2 DOVOLJENJE KOMISIJE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO



KOMISIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

Marija Sabrina Vratanič
Ulica bratov Blanč 15
1000 Ljubljana

Štev.: 165/09/10
Datum: 5. 11. 2010

Spoštovana gospa Vratanič,

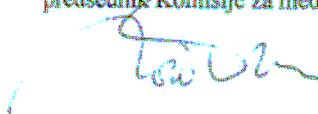
Komisiji za medicinsko etiko (KME) ste 27. 8. 2010 poslali v oceno predlog raziskave z naslovom:

"Živim sam, nisem osamljen." Diplomski naloga na študiju zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstvo Jesenice. Mentorica mag. Radojka Kobentar, viš. med. ses., prof. def.

KME je na seji 28. septembra 2010 ocenila, da je raziskava etično sprejemljiva, in Vam s tem izdaja svoje soglasje.

S spoštovanjem in lepimi pozdravi,

prof. dr. Jože Trontelj
predsednik Komisije za medicinsko etiko



6.3 SOGLASJE ZAVODA ZA IZVEDBO RAZISKAVE

ZD L Community Health Centre Ljubljana
Zdravstveni dom Ljubljana
Metelkova ulica 9, 1000 Ljubljana
STROKOVNA VODJA

Ljubljana, 22.11.2010

Ga. Marija Sabrina Vratarič
Ul. bratov Blanč 15
1000 Ljubljana

Zadeva: Raziskava »Živim sam, nisem osamljen«

Spoštovana ga. Vratarič,

Sporočamo vam, da soglašamo z izvajanjem raziskave »Živim sam, nisem osamljen« znotraj patronažnega varstva ZD Ljubljana. Opozoriti vas želimo le na to, da vse materialne stroške raziskave križete sami, hkrati pa vas tudi prosimo, da nam ob zaključku raziskave posredujete rezultate in svoje ugotovitve.

Želimo vam uspešno delo in vas lepo pozdravljamo,

Nežka Brglez, prof.soc. in zgo.
Sl. za razvoj kakovosti v zdravstvu

prim.dr. Polonca Brčar, dr.med.,spec.
strokovna vodja

