



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

SAMOSTOJNOST IN ODVISNOST V ŽIVLJENJU STAROSTNIKA

Mentor: dr. Radojka Kobentar, viš. pred.

Kandidat: Maja Pozvek

Jesenice, maj, 2012

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici dr. Radojki Kobentar, viš. pred., za pomoč in vodenje, ki sem ju potrebovala med pisanjem diplomskega dela, ter za vse spodbudne besede in napotke, s katerimi me je vodila tudi v trenutkih, ko sem se znašla pred ovirami.

Zahvaljujem se doc. dr. Brigiti Skela Savič in doc. dr. Alešu Kogoju za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se zaposlenim Doma upokojencev dr. Frenceta Bergelja Jesenice, Zdravstvenega doma Jesenice in Društva upokojencev Jesenice za pomoč pri razdeljevanju anketnih vprašalnikov.

Zahvaljujem se Ireni Bernetič za lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala pa gre moji družini. Hvala, da ste me podpirali in spodbujali, predvsem pa ste verjeli vame, da mi bo uspelo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: odkrivanje starostnikovih potreb po pomoči drugih oseb pri osnovnih ali instrumentalnih življenjskih aktivnostih je pomemben dejavnik zagotavljanja kakovostne in celostne zdravstvene obravnave starostnika.

Cilj: glavni cilj diplomskega dela je bil ugotoviti, pri katerih osnovnih in instrumentalnih življenjskih aktivnostih potrebujejo pomoč drugih oseb ter kdo starostnikom pomaga, ko potrebujejo pomoč.

Metoda: raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili anketni vprašalnik. Uporabili smo neslučajnostni priložnostni vzorec. V raziskavi je sodelovalo 95 starostnikov z Jesenic in okolice.

Rezultati: Starostniki prvega starostnega obdobja ne potrebujejo pomoči drugih oseb, starostniki srednjega starostnega obdobja v povprečju potrebujejo pomoč pri eni instrumentalni življenjski aktivnosti – opravljanju težjih hišnih opravil, kjer pomoč potrebuje 16 (61,5%; N=26) starostnikov. Starostniki zadnjega starostnega obdobja potrebujejo v povprečju pomoč pri dveh instrumentalnih življenjskih aktivnostih – nakupovanju in striženju nohtov, kjer pomoč potrebuje 6 (54,5%; N=11) starostnikov. Statistično pomembne razlike v odvisnosti od pomoči drugih oseb so nastale pri dveh trditvah, kjer je p vrednost znašala $p < 0,05$. Starostnicam najpogosteje pomagajo otroci, medtem ko so pri moških v ospredju partnerice. Nekateri starostniki imajo tudi tri ali več različnih bolezni hkrati, pa svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot dobro, kar kaže na različno subjektivno zaznavanje zdravja in dejansko samostojnost.

Razprava: z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da starostniki, ki živijo v domačem okolju, potrebujejo pomoč drugih oseb pri zagotavljanju osnovnih in instrumentalnih življenjskih aktivnosti, vendar so starostniki pri slednjih potrebovali več pomoči drugih oseb. Odvisnost od pomoči se s starostjo starostnikov povečuje, če starostniki potrebujejo pomoč, jim najpogosteje pomagajo najbližji sorodniki. Menim, da bi bilo potrebno v prihodnje raziskavo razširiti na vse starostnike, ki živijo v domačem okolju in v domovih za starejše občane.

Ključne besede: starostniki, samostojnost in odvisnost, osnovne življenjske aktivnosti, dnevno življenje, instrumentalne življenjske aktivnosti, pomoč starostnikom, staranje.

SUMMARY

Theoretical Background: The identification of needs of the elderly requiring assistance from others in basic or instrumental activities of daily life is an important factor in ensuring they receive high-quality and comprehensive health care.

Objective: The main aim of this thesis was to identify in which basic and instrumental activities of daily life the elderly require assistance from others and who are those providing care to the elderly when they need it.

Method: The research was based on the descriptive method of quantitative analysis. Data was collected using a questionnaire; non-randomized convenience sampling was employed. The study involved a total of 95 elderly subjects from the city of Jesenice and the surrounding area.

Results: In the first age group, the elderly did not require assistance from others. The elderly from the middle old age group required, on average, assistance in one instrumental activity of daily life, namely in performing strenuous housework, where assistance was required by 16 respondents (61,5%; N=26). Respondents from the last age group, on average, required assistance in two instrumental activities: shopping and nail care, where 6 respondents required assistance (54,56%; N=11). Statistically significant differences in dependence on the assistance of others among those elderly who live with a partner and the ones, who are widowed, are shown in two claims ($p < 0.05$). Female respondents were most often assisted by their children, male respondents by their partners. Some respondents suffer from three or even more afflictions, yet they assess their health status as good, which indicates a subjective perception of both health status and independence.

Discussion: Research results have shown that the elderly living in their home environment require assistance from others in their basic and instrumental activities of daily life. The need for assistance increases with age and most often it is close relatives who provide assistance. A new research should be carried out in the future, including the entire population of the elderly – both those living at home and those living in nursing homes.

Key words: elderly, independence and dependence, basic activities, daily life, instrumental activities, help, aging.

KAZALO

1	UVOD	1
2	PREGLED LITERATURE O SAMOSTOJNOSTI IN ODVISNOSTI STAROSTNIKOV	4
2.1	Staranje	4
2.1.1	Fiziološki in patološki proces staranja	4
2.1.2	Družbeni vidiki staranja	6
2.2	Opredelitev samostojnosti in odvisnosti starostnikov.....	8
2.3	Področja, ki so pri starostnikih najpogosteje prizadeta in povzročajo odvisnost od pomoči drugih oseb	12
2.4	Opredelitev osnovnih in instrumentalnih dnevnih aktivnosti	15
2.5	Vloga in pomen odkrivanja stopnje odvisnosti starostnikov za zdravstveno nego	17
3	EMPIRIČNI DEL.....	20
3.1	Problem in cilji raziskovanja	20
3.2	Raziskovalna vprašanja in hipoteze	20
3.3	Raziskovalna metodologija.....	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	21
3.3.2	Opis instrumentarija	21
3.3.3	Opis vzorca.....	22
3.3.4	Opis obdelave podatkov	24
3.4	Rezultati	25
3.4.1	Potrebna pomoč za opravljanje osnovnih in instrumentalnih življenjskih aktivnosti	25
3.4.2	Razlike v odvisnosti od pomoči drugih oseb pri starostnikih, ki imajo še živečega partnerja, in pri tistih, ki so ovdoveli.....	29
3.4.3	Podpora starostnikom pri življenjskih aktivnostih, ki jih sami ne zmorejo opraviti	33
3.4.4	Odvisnost od pomoči drugih pri starostnikih v določenem starostnem obdobju	34
3.4.5	Povezava med subjektivno oceno zdravja in objektivno samostojnostjo.....	36
3.5	Razprava	39

4	ZAKLJUČEK	45
5	LITERATURA	47
6	PRILOGE.....	51
6.1	Instrument	51

KAZALO TABEL

Tabela 1: Značilnost vzorca v raziskavo vključenih anketirancev	23
Tabela 2: Osnovne življenjske aktivnosti, pri katerih starostniki potrebujejo pomoč drugih – primerjava po starostnih skupinah	26
Tabela 3: Instrumentalne življenjske aktivnosti, pri katerih starostniki potrebujejo pomoč drugih – primerjava pa starostnih skupinah.....	28
Tabela 4: Rezultati Kolmogorov-Smirnovega testa – poročeni starostniki.....	30
Tabela 5: Rezultati Kolmogorov-Smirnovega testa – ovdoveli starostniki.....	31
Tabela 6: Izračun rangov in Mann – Whitneyevega testa – primerjava po zakonskem stanu.....	32
Tabela 7: Delež (%) različnih bolezni pri starostnikih v določenem starostnem obdobju	39

KAZALO SLIK

Slika 1: Število (f) starostnikov, ki potrebujejo pomoč drugih – »srednji starostniki«..	35
Slika 2: Število (f) starostnikov, ki potrebujejo pomoč drugih – »stari starostniki«.....	35

1 UVOD

Ker se je v desetletjih po drugi svetovni vojni rojevalo dvakrat več otrok kakor sedaj in se življenjska doba daljša, bo v naslednjih desetletjih ob sedanjih konstantah še dvakrat večji delež starega prebivalstva, kakor je danes. Pri tem je potrebno poudariti, da najhitreje narašča število ljudi v pozni starosti, to je tistih nad 85 let, kar kažejo tudi podatki Statističnega urada Republike Slovenije, v katerih smo zasledili, da je bil delež starostnikov nad 85 let do leta 2009 nekaj več kot 1,4 % vsega prebivalstva. Ti starostniki pa praviloma potrebujejo zelo veliko socialne oskrbe in zdravstvene nege (Strategija varstva starejših do leta 2010 – solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva, 2006; SURS, 2010).

Slovenija je po starosti prebivalstva v evropskem povprečju, saj je po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) delež starostnikov, ki so stari 65 let ali več, 16,4 %. Dolžina pričakovanega zdravega življenja starostnikov pri 65. letih pa je bila leta 2007 za ženske deset let ter za moške devet let (»Strategija varstva starejših do leta 2010«, 2006; Vertot, 2009; SURS, 2010).

Podaljšano življenje vključuje zdrava in aktivna leta, kasneje pa se lahko pojavi obdobje odvisnosti od pomoči drugih oseb zaradi patoloških sprememb, za katerega pa si vsak starostnik želi, da bi bilo čim krajše. Dejansko pa je ena izmed velikih polemik sodobne gerontološke epidemiologije, ali porast pričakovane življenjske dobe s seboj prinese enakovreden delež let samostojnosti starostnikov pri opravljanju življenjskih aktivnosti (Cutler, 2001; povz. po Kane, Ouslander, Abrass in Resnick, 2009, str. 28, 29).

Zaradi napredka medicine in izboljšanja pogojev življenja preživijo mnogi, ki bi še pred nekaj desetletji dosti prej umrli (Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009, str. 234). Tudi Kane in sod. (2009) navajajo, da medtem ko veliko število starostnikov živi in uživa veliko aktivnih let, jih veliko od teh včasih ne bi preživel. V trenutnih razmerah pa živijo do pozne starosti, vendar s starostjo pridejo kronične bolezni, ki s seboj prinesejo tveganje za zdravstveno nego ter odvisnost pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti.

Stereotipno so starejši ljudje pojmovani kot prejemniki pomoči, spregledana pa je njihova koristnost, ki vsekakor ni zanemarljiva. Ponavadi gre za družbeno neformalizirana in posledično slabše priznana dela, kot so gospodinjska dela, čuvanje vnukov in skrb za sosesko, ki pa niso pomembna in koristna le za okolico, temveč tudi za starejše ljudi same, za ohranjanje njihovega zadovoljstva in občutka kakovosti življenja (Domanjko in Pahor, 2009).

Filipp in Mayer (1999; povz. po Novljan in Jelenc, 2002, str. 7, 8) pa razpravljata o tem, da mlajše in starejše osebe pripisujejo starosti poleg pozitivnih lastnosti, kot so umirjenost in dobro presojanje, tudi številne negativne dejavnike, kot so slabo zdravstveno stanje, omejitve, potreba po pomoči pri opravljanju življenjskih aktivnosti, slabše intelektualne zmogljivosti, zlasti spominske, upognjeno držo, počasnejše gibanje in oslabelost.

V prihodnosti se bo delež ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, zelo hitro povečeval. Vzrok je po eni strani predvideno večje število potrebnih pomoči, pri opravljanju vsakodnevnih opravil, zaradi predvidenega povečanega števila starih ljudi, po drugi strani pa spremembe v vlogi družine in njenih zmožnosti, da nudi oskrbo (Apohal Vučkovič, 2006, str. 101).

Najpogostejše težave, ki se pojavijo pri starostnikih, so: negibljivost, nestabilnost, inkontinenca, kognitivne motnje, infekcije, poslabšanje vida in sluha, razdražljivo črevo, osamitev (depresija), slabša prehranjenost, spominske motnje, zmanjšana imunska odpornost, impotenca in druge; le-te pa lahko strnemo v tri področja, na katerih so starostniki najpogosteje prizadeti, in sicer znižane telesne zmogljivosti, upad intelektualnih sposobnosti in psihične spremembe (Novljan in Jelenc, 2002; Kane idr., 2009). Vse te težave pa pri starostnikih vodijo v odvisnost pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti in pri drugih bolj zapletenih, sestavljenih opravilih, kot so na primer nakupovanje, plačevanje računov, uporaba transportnih sredstev, uporaba telefona, kuhanje ter vodenje gospodinjstva.

V starosti je marsikdo še dovolj zdrav za kakovostno, tudi še ustvarjalno in samostojno življenje. Po drugi strani pa ni zanemarljiv delež tistih, ki so že povsem odvisni od pomoči bližnjih zaradi posledic različnih bolezni. Kot so različne ohranjene zmožnosti starostnikov, so tudi različne njihove potrebe. Nekaterim zadošča že samo občutek, da se lahko, v primeru hujših težav, zanesejo na skrbne otroke in vnuke, drugim pa ni več mogoče zagotoviti dovolj kakovostnega življenja v domačem okolju in so zato prisiljeni odločiti se za bivanje v domovih starejših občanov (Kogoj, 2004, str. 749).

Kakovost življenja je v pretežni meri odvisna od duševnih in telesnih funkcij, ki jih poslabšujejo kronične bolezni in s tem tudi onemogočajo kakovostno staranje (Cassel, 2001; povz. po Poredoš, 2004, str. 755). Izkušnje nekaterih starostnikov pa so, da se odvisnost od pomoči drugih oseb pojavi v kratkotrajnih zagonih, tako da lahko govorimo o tem, da vse nezmožnosti niso dolgotrajne (Kane idr., 2009).

Sposobnost premikanja, hoje, stanja, seganja po predmetih, obračanja v postelji in hoje po stopnicah so pomembni gradniki osnovnih in vsakodnevnih življenjskih aktivnosti starostnikov (Lowry, Vallejo in Studenski, 2012).

Ramovš (2007) navaja, da nikoli v nobeni kulturi ni bilo zaželeno ali prijetno biti onemogel ali oslabel. Današnja miselnost v evropski kulturi pa je še posebej občutljiva na besede, ki zaznamujejo človeško šibkost. Nasprotno besede, kot so na primer krepak, čil pa zvenijo čisto drugače.

2 PREGLED LITERATURE O SAMOSTOJNOSTI IN ODVISNOSTI STAROSTNIKOV

2.1 STARANJE

Staranje je proces z različnimi spremembami. Starost in zdravo staranje nista bolezen, temveč le programiran fiziološki proces, ki je zapisan v dedni zasnovi, ter obdobje v človekovem življenju, v katerem človek dozoreva, se plemeniti in bogati z izkušnjami. Toda ta proces lahko pospešijo različni vplivi okolja, predvsem bolezni, ki lahko povzročijo bolezensko ali prezgodnje staranje organizma. Osnovna značilnost sprememb v procesu staranja je upočasnitev različnih procesov in posledično zmanjšanje delovanja različnih organskih sistemov, kar privede do zmanjšane delovanja celotnega organizma. Zaradi zmanjšane delovanja in posledično zmanjšane funkcijske rezerve pa se organizem teže prilagaja na spremenjene pogoje in večje obremenitve, s tem pa se pričnejo kopičiti kronične bolezni, ki neredko puščajo trajne posledice (Železnik, 2010; Mirc in Čuk, 2010). Vse to ogroža kakovost življenja starostnikov, povzroči pa povečano potrebo starejših po zdravstvenem varstvu in povečuje odvisnost od okolice (Strategija varstva starejših, 2006; povz. po Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009, str. 221; Mirc in Čuk, 2010). Zaradi teh sprememb se postopoma pričnejo pojavljati težave, ki se kažejo kot potreba po pomoči drugih oseb. Mejna starost, ko govorimo o očitnem procesu staranja in s tem povezanimi značilnostmi, pa je 65 let (Skela Savič, Zirc in Hvalič Touzery, 2010, str. 90).

Starostnike lahko razdelimo v tri skupine, in sicer starostniki od 65 do 74 let so »mladi« starostniki, starostniki od 75 do 84 let so »srednji« starostniki in zadnji so starostniki v starosti 85 let in več, poimenovani tudi »stari« starostniki (Ebersole, Hess, Touhy in Jett, 2005).

2.1.1 Fiziološki in patološki proces staranja

Poznejše obdobje je čas izzivov in priložnosti. Med izzive spadajo tisti, ki so povezani s fizičnimi spremembami. Nekatere spremembe spadajo k normalnemu staranju, medtem ko se druge spremembe nanašajo na razvoj patoloških stanj, ki niso del normalnega

staranja in skozi čas postajajo vedno bolj pogoste; vse te spremembe pa se kažejo na ravni celic, tkiv in samega organizma. Skozi proces staranja pride pri starostnikih do izgube zmožnosti prilagajanja organizma, upada intenzivnosti življenjskih funkcij ter bolj ali manj postopne, vendar neizogibne izgube funkcionalne sposobnosti (Ebersole idr., 2005; Cijan, 2003; povz. po Horvat, 2011, str. 3).

Model selekcije, optimizacije in kompenzacije v starosti opisuje splošen proces prilagoditve starostnikov in daje nov pomen in dinamiko staranju. Ta model je sestavljen iz treh medsebojno delujočih elementov, ki so potrebni za uspešen razvoj staranja.

Prvi je element selekcije. Ta element temelji na prilagoditvi posameznika in skupnosti z namenom, da se osredotočijo na tiste naloge, ki imajo višjo prioriteto v njihovem življenju ter vključujejo skupek zahtev skupnosti in posameznikovo motivacijo, večšine in biološke zmogljivosti. Selekcija promovira uspešno staranje v različnih smereh. Pri »srednjih« in »starih« starostnikih se povečuje odvisnost od okolice in zato element selekcije postane še bolj pomemben (Freund, 2002).

Drugi element je optimizacija, ki odraža pogled ljudi, kako obogatiti in izboljšati posameznikove splošne rezerve ter njihov življenjski slog z upoštevanjem kvantitete in kvalitete njihovega življenja (prav tam).

Tretji element pa je kompenzacija, ki se, tako kot selekcija, odraža v omejitvah obsega prilagodljivosti. Postane uporabna, ko so vedenjske kapacitete nične ali zmanjšane toliko, da ne zagotavljajo več zadostnega funkcioniranja posameznika. Vključuje oblikovanje novih ciljev, ki so za posameznike dosegljivi (prav tam).

Ko človek dopolni 30 let, naj bi se pričela zmanjševati funkcionalnost organskih sistemov, in sicer za približno 1 % na leto. Izguba funkcionalnosti pri starostnikih ni pomembna, dokler ne preseže podanih mej. Funkcionalne zmogljivosti starostnikov so odvisne od stopnje poslabšanja in od potrebnih ravni zmogljivosti. Kritične spremembe ne ležijo v delovanju, ampak v tem, kako se je posameznikov organizem sposoben prilagajati na stresne dejavnike iz okolja. Na primer starostnik ima lahko normalen pulz, vendar ko je fizično aktiven, pulz ne poraste tako, kot bi pri mlajših osebah (Kane idr., 2009).

Teorije staranja govorijo o tem, da se starostne spremembe pričnejo naključno izražati že v mlajših letih. Poznanih je več teorij staranja, med njimi se najpogosteje izpostavlja teorijo napak, teorijo prostih radikalov in teorijo o obrabi celic zaradi zunanjih in notranjih vplivov. Pri teoriji napak gre za napake pri sintezi dezoksiribonukleinskih kislin (DNK) in ribonukleinskih kislin (RNK). Te napake čez čas postopno vodijo do nepravilnih celičnih aktivnosti, le-te spremembe pa znanstveniki povezujejo s staranjem. Zaradi presnove maščob, beljakovin in ogljikovih hidratov pa v telesu nastajajo prosti radikali, ki vplivajo na molekule in jih poškodujejo. Ta proces je sicer postopen, ko pa se prosti radikali pričnejo prekomerno kopičiti v organizmu, privede do poškodovanja človeškega organizma (Ebersole idr., 2005).

Ko govorimo o okvari celic zaradi zunanjih in notranjih vplivov, pa je mišljeno, da se znaki staranja pokažejo zaradi nenehnih, ponavljajočih se poškodb in obrab celic, tkiv, organov ter organskih sistemov. Vendar pa razlogi in vzroki staranja še vedno ostajajo neznanka, ki jo s pomočjo različnih teorij staranja znanstveniki poizkušajo razvozlati (prav tam).

Spremembe, ki se pojavljajo pri starostnikih in so lahko fiziološke ali patološke, se pojavljajo na različnih organskih sistemih starostnikovega organizma. Prizadet je lahko mišično-skeletni, kardiovaskularni (srčno-žilni), respiratorni (dihalni), endokrinološki (žleze z notranjim izločanjem), gastrointestinalni (prebavni) in nevrološki (živčevje) organski sistem (prav tam).

2.1.2 Družbeni vidiki staranja

Socialna omrežja, ki predstavljajo vmesno družbeno raven, so vrata v povezanost s širšim družbenim okoljem. Zato lahko sklenemo, da je aktivna participacija v socialnem omrežju pomemben dejavnik socialnega vključevanja (Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2003; povz. po Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009; str. 222) pa navaja, da je na družbeni ravni pomembna tudi socialna opora, saj je v družbah z visoko stopnjo socialne izolacije in izključenosti prisotna visoka stopnja prezgodnje smrtnosti. Zaradi nezadostnih odnosov z najbližjimi v socialnih omrežjih pride do negativnih vplivov tako na duševno kot tudi na telesno

zdravje. Ti ljudje so bolj nagnjeni k depresiji, zapletom in težavam s kroničnimi boleznimi.

V zgodovini evropske kulture sta poznana dva različna sistema socialnih mrež za preskrbo ljudi v starosti in za povezovanje generacij:

- v tradicionalnih družbah so bile družinsko-sorodstvene in sosedske socialne mreže ter nekaj javnih, zlasti verskih;
- v moderni industrijski družbi so tradicionalne socialne mreže izgubile del svoje vloge, izoblikovale pa so se nove, ki so značilne za to družbo, zlasti zavarovalniške, državne, prostovoljske in solidarnostne, civilne ter podjetniške (Ramovš, 2003; cit. po Hvalič Touzery, 2007, str. 106).

Obe vrsti pa se nenehno prilagajata novim potrebam in zahtevam starajoče se populacije. Predvsem pa se v zadnjem času uveljavljajo nove formalne mreže, ki stremijo k zadovoljevanju nematerialnih in materialnih potreb starostnikov – organizacije in klubi upokojencev, univerza za tretje življenjsko obdobje, pomoč in nega na domu, dnevno varstvo, dnevni centri za starostnike, varovana stanovanja, hospic, raziskovalni inštituti in druge (Hvalič Touzery, 2007).

Wengerjeva (1994; cit. po Filipovič, Kogovšek in Hlebec, 2005, str. 206) je v Veliki Britaniji našla pet različnih tipov socialnih omrežij (družinsko omrežje, omrežje, integrirano v lokalno okolje, samozadostno oporno omrežje, oporno omrežje širšega bivalnega okolja in zaprto oporno omrežje), ki se med seboj razlikujejo po sestavi in po sposobnosti zagotavljanja socialne opore. Hlebec (2004; povz. po Filipovič, Kogovšek in Hlebec, 2005, str. 207) pa po analizi omrežij starostnikov pri nas ugotavlja, da pri starostnicah izstopa omrežje, ki je integrirano v bivalno okolje. Pri tem viru socialne opore predstavljajo pomemben vir opore starostnicam sosedje. S starostnicami se družijo 32 % sosedov, nudijo jim manjšo (51 %) in večjo materialno oporo (33 %), 20 % jim nudi tudi emocionalno oporo, v primeru bolezni pa jim pomaga 32 % sosedov.

Socialni partnerji starejših oseb, ki jim prepuščajo odločitve, jih informirajo o vsem, jim dajejo zadolžitve ne glede na to, kako bodo dosegli cilj, jim ponudijo pripomočke, s katerimi bodo premagovali ovire, pripomorejo k večji samostojnosti teh oseb in

prepričajo starejše ljudi, da kljub starosti zmorejo skrbeti zase (Novljan in Jelenc, 2002, str. 16).

Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2005; povz. po Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009, str. 226) je najpomembnejši dajalec opore najožja družina, kamor spadajo partner, starši in otroci, povečuje pa se tudi vloga bolj oddaljenih vezi. Pahor in Hlebec (2006; povz. po Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009, str. 226) pa ugotavljata, da je pri moških najpogostejši vir socialne opore partnerka v kar 49%, nato pa si sledijo ožja družina (33%), prijatelj (8%), sosed (5%) in širša družina (4%). Pri ženskah so viri socialne opore malo drugačni, in sicer najpomembnejši vir socialne opore zavzema ožja družina (42%), nato si sledijo partner (34%), prijatelj (10%), širša družina (8%) in sosed (6%).

Filipovič, Kogovšek in Hlebec (2005) navajajo, da so sosedje pomembno dopolnilo pri zagotavljanju socialne opore starostnikom, znanstveniki pa ugotavljajo, da so lahko v posebnih primerih sosedje več kot le dodatna opora starostnikom. S tem je mišljeno, da sosedje postanejo primarna opora za starostnike, kar se izkaže kot koristno, predvsem v primerih pomanjkanja družinskih virov pomoči.

Pomembno vlogo pri pomoči starostnikom pri nas pa imajo tudi različne prostovoljske, neprofitne organizacije – Rdeči križ, Karitas, medgeneracijska društva, Inštitut Antona Trstenjaka, slovenska filantropija, Zveza društev upokojencev Slovenije, društva, namenjena določenim ciljnim skupinam. Starostniki pri teh organizacijah lahko pridobijo materialno pomoč, pomoč pri delu, se družijo, deležni so lahko svetovanja in krajših tematskih tečajev (Hvalič Touzery, 2007).

2.2 OPREDELITEV SAMOSTOJNOSTI IN ODVISNOSTI STAROSTNIKOV

Zdravstvene in socialno politične razprave uporabljajo pojma »odvisnost« in »oskrba« v pozitivističnem pomenu, in sicer kot merili fizične potrebe, ki kliče po profesionalni intervenciji. Odvisnost od pomoči drugih je široko uporabljen, močno čustveno

obarvan, pa vendar vprašljiv pojem v zvezi z oskrbo starostnikov, ki pa pomeni stanje, ko oseba zaradi izgube ali odsotnosti telesne, psihične ali intelektualne samostojnosti potrebuje pomoč pri opravljanju temeljnih in podpornih življenjskih opravil (Fine in Glendinning, 2007; Dominkuš, 2010).

Kane in sod. (2009) izpostavljajo dejstvo, da trenutno osebe stare 65 let in več predstavljajo eno tretjino vseh pacientov, ki jih pregleda zdravnik splošne medicine. Znanstveniki pa predvidevajo, da bo do leta 2050 vsaj vsak drugi odrasli pacient starejša oseba (v starosti 65 let in več). Na drugi strani pa navajajo nekaj svetlih točk za optimistično razmišljanje, saj podatki, pridobljeni z Nacionalno raziskavo o dolgotrajni oskrbi, prikazujejo upad invalidnosti med starostniki. Glede na rezultate se je ocena invalidnih starostnikov v zadnjih nekaj desetletjih znižala za 1 % ali več letno.

Culter (2001; povz. po Kane idr., 2009, str. 464) pa navaja, da bo vsota učinkov relativnega znižanja invalidnosti in znatne rasti starejše populacije povzročila veliko povečanje števila oseb, ki bodo potencialno odvisne od pomoči drugih.

Raziskava v okviru SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) kaže, da ima 20 % prebivalcev v starosti 65 let in več neko obliko invalidnosti, ki povzroči odvisnost od pomoči drugih pri opravljanju osnovnih življenjskih opravil. Z višanjem starosti se odvisnost povečuje. Povečevanje stopnje odvisnosti od pomoči drugih s starostjo je precejšnje: omenjena raziskava kaže, da naj bi bilo v državah EU v letu 2004 v starosti 65-70 let odvisnih 7,1 % moških in 9,4 % žensk, v starosti 80 let in več pa kar 27,7 % moških in 36,3 % žensk (Apoal Vučkovič, 2006, str. 102).

Pri funkcionalnih omejitvah gre za zmanjšano ali nično sposobnost izvajanja določenih nalog, ki so potrebne za vsakodnevno samooskrbo (Pearson, 2000; povz. po Boggatz, Dijkstra, Lohrmann in Dassen, 2007, str. 564). Pomembno komponento samostojnosti pa za starostnike predstavljata skrb zase in za lastno gospodinjstvo (Domanjko in Pahor, 2009, str. 6).

Na drugi strani pa lahko staranje in bolezni, ki se v starosti pojavijo, povezujemo tudi z Eriksonovo teorijo psihosocialnega razvoja. Ta teorija je sestavljena iz osmih stopenj življenjskega ciklusa. Pri vsaki stopnji imamo določen razvojni problem, ki ga moramo

kot posamezniki uspešno razrešiti, saj uspešen razplet privede do ravnovesja med negativnimi in pozitivnimi stranmi krize, v katerih se človek znajde v določenem starostnem obdobju. Če je spopadanje s spremembami neuspešno, le-to privede do težav pri spoprijemanju s krizo na naslednji razvojni stopnji. Če se osredotočimo na zadnjo oziroma osmo stopnjo Eriksonove teorije, ki govori o pozni odraslosti, kjer gre za integriteto nasproti obupu, vidimo, da gre pri tej stopnji za prevladujoči način delovanja jaza oziroma ega, ki je usmerjeno v iskanje smisla v preživetem življenju. Starostniki v pozni starosti se sprašujejo, ali je imelo njihovo življenje smisel in vrednost. Če starostniki pridejo do spoznanja, da njihovo življenje ni bilo takšno, kot bi si želeli, da bi bilo, in ko se soočijo tudi s pozitivnimi in negativnimi vidiki staranja, jih vse skupaj lahko vodi do nove krize. Uspešna razrešitev krize, s katero se starostniki spopadajo, pomeni, da so pripravljeni sprejeti sebe in svoje življenje, da se zavedajo in sprejemajo napake, razvijajo spoznanja o povezanosti sebe z drugimi ljudmi in družbo. Razvije se nova moč – modrost. Če pa so starostniki pri spoprijemanju s krizo neuspešni, se to pokaže v zavračanju življenja in drugih ljudi, obupu, negativizmu, zamerljivosti, sovražnosti, lahko pa tudi z otroško odvisnostjo (Erikson, 1963, 1964; povz. po Kovačik, 2009, str. 72).

Odvisnost od pomoči drugih oseb je rezultat medsebojnega delovanja posameznika (in njegovega zdravstvenega stanja) in okolja, ki ga obdaja (okoljski in osebni dejavniki). Odvisnost vključuje pomanjkljivosti v telesnem delovanju, omejitve pri izvajanju življenjskih aktivnosti in pri socialnem udejstvovanju, izmerjena pa je lahko le, če so upoštevane vse tri dimenzije posameznikovega delovanja (Lowry, Vallejo in Studenski, 2012).

Tudi Kogoj (2004) navaja, da je odvisnost od tuje pomoči posledica telesnih bolezni in duševnih motenj. Možnost morebitne odvisnosti pa je za večino starostnikov moreča, vendar jo sprejmejo kot del življenja.

Dobro zdravje in uspešno staranje je opredeljeno v smislu sposobnosti starostnika za samostojno delovanje, v določenem družbenem okolju. Za zdravo starejšo osebo se lahko šteje oseba, ki je družbeno in intelektualno aktivna tudi v prisotnosti kroničnih bolezni (Železnik, 2010, str. 39). Ohranjanje socialne vključenosti je za starejše ljudi

zato še toliko bolj pomemben in pereč dejavnik ohranjanja zdravja. Pri tem pa ostaja problematično, kaj je v družbi priznano kot družbeno koristna aktivnost. Ljudje namreč z leti ne postajajo nujno pasivni, temveč prevzemajo druge oblike pretežno neformalnega dela, ki pa so kljub neformalnosti družbeno pomembne. Razlika med obema torej ni nujno v intenziteti obremenitve, pač pa v družbenem statusu posameznih del (Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009).

Kljub temu, da so stari ljudje označeni kot nemočni in z omejenimi življenjskimi možnostmi, pa je za veliko starih ljudi ta oznaka neosnovana, saj je veliko starejših in starih ljudi kljub spremembam še vedno v dobri kondiciji (Filipp in Mayer, 1999; povz. po Novljan in Jelenc, 2002, str. 8), Ramovš (2003; povz. po Lužar, 2010, str. 8) pa ocenjuje, da je takih starostnikov okoli tri četrtine.

Na drugi strani pa je dosti starostnikov, ki so kronično bolni, onemogli in nesposobni poskrbeti zase. Njihovo preživetje in življenje je odvisno od pomoči drugih oseb, potrebujejo zdravstvene storitve in storitve socialne oskrbe, ki jim jih ne zagotavljajo člani družine. Ker so te potrebe, ko se pojavijo, trajne in vedno večje, to opredelimo kot potrebo po dolgotrajni oskrbi. Njena zahtevnost in časovni obseg pa se z leti običajno povečujeta in trajata do konca življenja (Apohal Vučkovič, 2006).

Izraz dolgotrajna oskrba izpostavlja množico storitev, ki obravnavajo zdravje, osebno nego in socialne potrebe posameznikov, ki nimajo sposobnosti za kakovostno samooskrbo. Storitve so lahko neprekinjene ali občasne, lahko pa so nudene posameznikom, pri katerih so se pokazale potrebe po pomoči, običajno izmerjene z indeksom funkcionalnih nezmožnosti. Pomoč starostnikom razdelimo na formalno oskrbo, ki jo nudi zdravstveno osebje in neformalno oskrbo, ki jo nudijo družinski člani, prijatelji ali sosedi (Kane idr., 2009).

Z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti se povečuje odvisnost od okolice. Ocene kažejo, da je v svetu do 15 % oseb, starejših od 65 let, ki potrebujejo pomoč pri osnovnih opravilih, starejši od 80 let pa so kar v 80 % bolj ali manj odvisni od okolice. Zaradi omejitev, ki so posledica bolezni gibal in se pri starostnikih nad 65 let pojavijo v

50 %, ima polovica teh oseb zaradi kroničnih bolezni tudi težave z gibanjem (Cassel, 2001; povz. po Poredoš, 2004, str. 755).

Sposobnost za delo pomeni aktivno vključevanje v družbo in je pomemben dejavnik preprečevanja družbene izolacije in njenih negativnih učinkov na zdravje. Vrednotenje tesne povezave zdravja s sposobnostjo za delo pa je lahko tudi negativno. Uteleženo je v predstavah, ki staranje definirajo predvsem kot slabšo fizično kondicijo, slabšanje zdravja in pešanje sposobnosti za delo (Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009, str. 231). Za veliko težav pa ni kriva starost, temveč življenjski pogoji, v katerih starostniki živijo (Novljan in Jelenc, 2002).

2.3 PODROČJA, KI SO PRI STAROSTNIKI NAJPOGOSTEJE PRIZADETA IN POVZROČAJO ODVISNOST OD POMOČI DRUGIH OSEB

»Zdravje je vedno in za vse ljudi zelo pomemben element kvalitete življenja, ne vpliva samo na subjektivno zaznavanje kvalitete življenja, ampak ima pomemben objektivni vpliv na kar najbolj neomejeno sodelovanje v širšem socialnem okolju. Obseg in kvaliteta sodelovanja pa seveda zopet vplivata na posameznikovo objektivno in subjektivno zaznavanje kvalitete življenja in na njegovo zdravje« (Novljan in Jelenc, 2002, str. 61).

Z naraščanjem življenjske dobe se pogledi starejših na življenje spreminjajo, saj jih večina želi živeti kakovostno in zdravo življenje. Zaradi daljše življenjske dobe lahko nastajajo pri starostnikih dolgoročni zdravstveni problemi, pogojeni z različnimi kroničnimi boleznimi. Najpogostejše kronične bolezni, ki prizadenejo starostnike, so povišan krvni tlak, obolenja dihal, rakasta obolenja, bolezni srca in ožilja, depresija, kronične degenerativne bolezni, sladkorna bolezen, ateroskleroza, osteoporoza in druge. Poleg kroničnih bolezni pa se pri starostniku lahko pojavijo še prizadeta gibljivost, spremembe v duševnem statusu (depresija, socialna izolacija, otožnost), motnje prehranjevanja, slaba orientacija, povečano tveganje za padce, akutne okužbe,

malnutricija, zaprtost ter druge (Železnik, 2010; Tan, 2007; povz. po Skela Savič, Zirc, Hvalič Touzery, 2010, str. 91).

Po epidemioloških podatkih iz sveta imajo osebe nad 65 let v 55 % pomembne degenerativne spremembe na sklepih, 35 do 40 % jih ima bolezni srca in ožilja, 45 % ima povišan krvni tlak, pri približno 40 % se pojavljajo okvare vida, 25 % starejših pa ima motnje sluha. Dobra tretjina starostnikov pa ima hkrati najmanj eno od treh navedenih kroničnih bolezni (Cohen, Van Nostrand, 1995; povz. po Poredoš, 2004, str. 754).

V raziskavi, ki jo je opravila Hvalič Touzery (2007; povz. po Ramovš, 2007, str. 34), zasledimo, da so pri starostnikih, med njihovimi boleznimi, na prvem mestu gibalne težave, zastopane s 37,6 %, sledijo težave s srcem (19,3 %) in demenca (19,3 %) ter sladkorna bolezen (17,43 %). Starostnikov, ki niso zmožni opravljati večine vsakdanjih življenjskih opravil oziroma so zelo odvisni od drugih, je bilo 43,12 %. 30,73 % starostnikov je bilo precej odvisnih od tuje pomoči, kar pomeni, da so bili sposobni opraviti osnovna opravila – kopanje, oblačenje, hranjenje; težave pa so se pojavile pri nakupovanju in kuhanju. Delno odvisnih je bilo 20,65 %, kar pomeni, da so bili zmožni opraviti večino osnovnih opravil, težave so nastopile le pri kuhanju in gospodinjskih opravilih. Le 5,5 % starostnikov pa je bilo popolnoma samostojnih. Kane in sodelavci (2009) pa navajajo, da se delež oseb, ki imajo težave pri izvajanju ene ali več osnovnih življenjskih aktivnosti ali pri izvajanju instrumentalnih življenjskih aktivnosti, s staranjem povečuje. Pri starostnikih v starosti 65-69 let se te težave pojavljajo pri 6,5 % starostnikov, v starosti 80-84 let se delež poveča na 27 %, pri starostnikih v starosti 95 let in več pa je delež več kot 80%.

V doktorski disertaciji avtorice Hvalič Touzery (2007) zasledimo tudi, da starostniki popolno pomoč v kar 68,81 % potrebujejo pri administrativnih zadevah (urejanje po uradih, pisanje formularjev, urejanje dokumentov), nato pa sledita pri 64,22 % starostnikov popolna potreba po pomoči pri gospodinjskih opravilih – kuhanju, pomivanju, likanju, pranju, pospravljanju in potreba po pomoči pri urejanju finančnih zadev, to je plačevanje računov. Velik je tudi delež starostnikov, ki potrebujejo popolno

pomoč tudi pri raznih domačih opravilih (vrtnarjenje, hišna opravila) – 57,34 %, 47,71 % starostnikov pa potrebuje pomoč pri dajanju zdravil, prevezovanju, razgibavanju ter merjenju krvnega pritiska ali sladkorja.

Novljan in Jelenc (2002) navajata, da se težave pojavljajo predvsem pri starostnikih v pozni starosti, vendar pa je tudi med njimi vsaj polovica takšnih, ki imajo pri vsakdanjih opravilih resnične težave.

Zaradi postopnega kopičenja težav prevalenca kroničnih stanj s starostjo narašča. Povezava med prevalenco kroničnih stanj in starostjo pa ni absolutna. Tisti, ki imajo diabetes, in tisti s kronično pljučno boleznijo ne preživijo do 85. leta starosti brez zdravstvenih zapletov (Kane idr., 2009). Odlično zdravje in dobra psihofizična kondicija se praviloma vrednotijo kot izjeme v poznih letih. Večja ko je diskrepanca med kronološko starostjo in videzom, bolj izjemna in herojska je videti oseba. Taka diskurzivna praksa nakazuje, da se v teh primerih moč pripisuje posamezniku, ki se upira negativnim učinkom staranja, ni pa to značilnost ljudi v tem obdobju. Tako se na primer nekateri počutijo slabo kljub odsotnosti kake resnejše bolezni, spet drugi pa zdrave kljub poškodbam in boleznim (Domanjko in Pahor, 2009, str. 5).

Kljub temu, da imajo starostniki več kroničnih stanj in oslabitev, pa sami ocenjujejo in poročajo, da je njihovo zdravstveno stanje na splošno dobro; 40 % tistih, ki so stari 65 let in več, ocenjujejo svoje zdravje kot zelo dobro ali odlično, ostalih 32 % pa ga ocenjuje kot dobro (Kane idr., 2009).

Po izsledkih raziskave, ki jo je opravila Kobentar (2010) na starostnikih, ki so bili stari 65 let in več ter so živeli doma, v domu starejših občanov ali so bili v bolnišnici, vidimo, da večina anketirancev kljub opisanim težavam ocenjuje, da so sposobni opravljati življenjske aktivnosti samostojno, ter da se trudijo aktivno gibati. Starostniki pa so izrazili željo, da bi čim bolj uspešno in neodvisno funkcionirali v domačem okolju brez pomoči ali z občasno pomočjo.

S staranjem naraščajo tudi potrebe po zdravstvenih storitvah. Pri veliki večini starostnikov se pojavlja ena ali več kroničnih bolezni, poleg tega pa se pojavlja tudi

poslabšanje funkcionalnega stanja, vse to pa otežuje uspešno zdravljenje in rehabilitacijo akutnih bolezni (Adelman, 2001; povz. po Železnik, 2010, str. 42). Večji problemi pa se lahko pričakujejo tudi pri starostnikih v pozni starosti, vendar le pri enem delu, kajti tudi med 90-letniki je približno 25 % takih, ki so popolnoma samostojni in nimajo večjih omejitev (Schneider, 2000; povz. po Novljan in Jelenc, 2002, str. 14). Hvalič Touzery (2007) pa je pri svoji raziskavi ugotovila, da je pri starostnikih v Sloveniji najpogostejša težava, ki se pojavlja, slabša gibljivost. Nepokretnih oziroma zelo težko pokretnih starostnikov je bila skoraj četrtina starostnikov (24,7 %), nekaj manj kot tretjina (30,7 %) jih je bilo precej odvisnih od pomoči drugih (kar pomeni, da so bili zmožni opraviti osnovna opravila, kot so kopanje, oblačenje, hranjenje, medtem ko kuhanja ali nakupovanja niso zmogli), petina starostnikov v vzorcu pa je bila delno odvisna od pomoči drugih (sposobni so bili opraviti večino osnovnih opravil, pomoč pa so potrebovali pri instrumentalnih aktivnostih – kuhanju, nakupovanju, težjih gospodinjskih opravilih).

Po ugotovitvah, pridobljenih z intervjuji z osebami, ki so bile v letu 2005 stare 65 let in več, ki so jih izvedli študenti Fakultete za družbene vede in Visoke šole za zdravstvo v okviru projekta Socialna integracija starostnikov v Sloveniji, smo zasledili, da starostniki prištevajo med instrumentalno (materialno) pomoč prevzemanje gospodinjskih opravil, prevoz k zdravniku, nabavo zdravil, pomoč pri osebni negi, posojanje denarja in drugo. Emocionalna opora pa jim je bila nudena v obliki klica po telefonu, opogumljanja in psihične pomoči. Pri opredeljevanju zdravja so starostniki svoje zdravje ocenili zelo različno, vsem pa je bilo skupno, da ga zelo cenijo (Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009).

2.4 OPREDELITEV OSNOVNIH IN INSTRUMENTALNIH DNEVNIH AKTIVNOSTI

Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da je lahko odvisnost od pomoči drugih posledica fizičnih ali psihičnih omejitev, katerih posledica je nezmožnost samostojnega opravljanja osnovnih življenjskih aktivnosti (ang. basic activities of daily living – ADL) ali instrumentalnih življenjskih aktivnosti (ang. instrumental activities of daily living -

IADL), to pa so aktivnosti, ki so potrebne za samostojno življenje (WHO, 2006; povz. po Apohal Vučkovič, 2006, str. 101). Ebersole in sod. (2005) pa navajajo, da je pogosto merilo, s katerim ocenimo posameznikovo zdravje in dobro počutje, fizična aktivnost. Nezmožnost opravljanja vadbe, fizičnih opravil ali izvajanja vsakodnevnih aktivnosti so prvi kazalci upadanja posameznikovih zmožnosti in sposobnosti.

Kogoj (2007; povz. po Kobentar, 2011, str. 21) navaja, da se odvisnost od pomoči drugih oseb pri starostnikih najprej pojavi pri instrumentalnih življenjskih aktivnostih, nato pa sledi nastanek težav pri osnovnih življenjskih opravilih.

Funkcioniranje posameznikov lahko izmerimo na več načinov, navadno pa opazujemo sposobnosti, ki so potrebne za opravljanje določenih nalog, in sicer, instrumentalnih življenjskih aktivnosti potrebnih za ohranitev samostojnega gospodinjstva ter osnovnih življenjskih aktivnosti, ki so potrebne za samooskrbo. Naloge, ki spadajo pod instrumentalne življenjske aktivnosti in na splošno vključujejo kombinacijo fizičnih in kognitivnih spretnosti, so: uporaba telefona, ravnanje z denarjem, nakupovanje, pripravljanje obrokov, opravljanje lahkih gospodinjskih opravil, pisanje, branje, pranje perila, hoja po stopnicah, priprava in uporaba zdravil, vrtnarjenje, sprehodi in obiskovanje oddaljenih krajev z javnimi prevoznimi sredstvi ali lastnim avtomobilom. Pod osnovne življenjske aktivnosti pa prištevamo: hranjenje, zmožnost priti do stranišča in uporaba stranišča, spretnosti prstov za oblačenje, oblačenje in slačenje, prenašanje, hoja, kopanje, obiskovanje zdravnika, kontinenca, navezovanje stikov, komunikacija (WHO, 2006; povz. po Apohal Vučkovič, 2006, str. 101; Kane idr., 2009). Same anatomske spremembe ne prikažejo popolne slike odvisnosti starostnikov od pomoči drugih oseb. Vedenje, da ima posameznik slabši vid ali sluh, ne razkrije, kako to poslabšanje vpliva na njihovo sposobnost opravljanja življenjskih aktivnosti. Starostniki s enakimi ovirami doživljajo različne omejitve v vsakodnevnem življenju (Lowry, Vallejo in Studenski, 2012).

Kane in sodelavci (2009) navajajo, da je v skupnosti 40 % žensk, starih 85 let ali več, ki ne potrebujejo pomoči pri opravljanju instrumentalnih življenjskih aktivnosti, ter več kot 60 % tistih, ki ne potrebujejo pomoči pri opravljanju življenjskih aktivnosti. Na

splošno pa je med moškimi in ženskami, starimi 85 let in več, živečimi v skupnosti, 16% takih, ki potrebujejo pomoč pri eni osnovni življenjski aktivnosti, 10 % jih potrebuje pri dveh ali treh in le 9 % starostnikov potrebuje pomoč pri štirih ali več osnovnih življenjskih aktivnostih.

2.5 VLOGA IN POMEN ODKRIVANJA STOPNJE ODVISNOSTI STAROSTNIKOV ZA ZDRAVSTVENO NEGO

Starostniki so nedvomno posebna, drugačna skupina prebivalstva, ki potrebuje posebno skrb. Skrb za starostnika z vidika zdravstvene nege se pojavlja na edinstven način, ki pomeni, da ljudi povezuje z ljudmi oziroma človeka s človekom, kar daje medicinskim sestram posebno pomembnost. Zdravstvena nega podpira odgovornost starostnika do samega sebe, spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje (Cassel, 2001; cit. po Železnik, 2010, str. 43).

Po modelu geriatrične obravnave kroničnih bolezni je potrebno vsakega starostnika, ki živi v skupnosti, obravnavati individualno in celostno. Kolikor starostnikom dopuščajo zmožnosti, toliko jih je potrebno aktivno vključiti v načrtovanje in izvajanje njihovega zdravljenja in življenjskih aktivnosti. Pri starostniku s kroničnimi zdravstvenimi težavami sta potrebna vodenje in pomoč pri odkrivanju njihovih zdravstvenih potreb, ker ima vsak posameznik različne duševne, socialne in fizične potrebe. Posamezniki morajo prevzeti aktivno vlogo pri odločanju o njihovih vsakodnevnih dejavnostih in opravilih, naučiti se morajo prepoznati težave in deliti odgovornost za reševanje le-teh. Cilj modela geriatrične obravnave kroničnih bolezni je izboljšanje osnovnih funkcij ter podaljševanje obdobja samostojnosti starostnikov. Rezultat uspešnosti pa se kaže v izboljšanjem fizičnem, čustvenem in psihičnem zdravju, kar vodi do boljše obravnave bolezni, najboljše možne fizične dejavnosti starostnikov, izboljšanja samopodobe, občutka nadzora nad posameznikovim življenjem in do kakovostne starosti (Jacelon, Furman, Rea, Macdonald in Donoghue, 2011).

Telesne, duševne in socialne težave zmanjšujejo funkcionalno sposobnost starostnika in vplivajo na njegovo samooskrbo in kakovost življenja (Železnik, 2010, str. 40). Potrebe po zdravstveni negi pa se kažejo, kadar posameznikove telesne funkcije, psihične

sposobnosti in duševno zdravje vsaj 6 mesecev odstopajo od normalnega stanja, s čimer sta omejeni njegova dejavnost in aktivnost v družbi, kar se izkazuje kot potreba po pomoči. Presek potreb lahko razdelimo v področja, ki obravnavajo temeljne življenjske aktivnosti in zadevajo aktivacijo, spodbujanje in oskrbo, aktivnosti zdravstvene nege, sposobnosti komunikacije in potrebe po socialni oskrbi (Ortlieb, Bendel, Matiaske, Schramm in Weller, 2003; cit. po Kobentar, 2010, str. 49).

Potreba po zdravstveni negi je usmerjena na občasno, daljšo ali trajno pomoč in podporo starostnikom pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnostih, obvladovanju življenjskega okolja ter vzdrževanju socialnih odnosov (Kobentar, 2010, str. 48). Pri načrtovanju zdravstvene nege pa izhajamo iz starostnikovih potreb in iz potreb njegove družine, ker bolezen ne prizadene samo pacienta, ampak tudi njegove bližnje, ki so z njim v stiku in skrbijo zanj (Mirc in Čuk, 2010).

Bodenheimer (2003; povz. po Jacelon idr., 2011, str. 54) navaja, da je pacient pojmovan kot uporabnik storitev zdravstvenega sistema z namenom, da posreduje informacije o svojem zdravstvenem stanju ter da sodeluje pri vodenju in obravnavi njegovih bolezni. Zdravstveni sistem je oblikovan tako, da podpira in zagotavlja pomoč pri obravnavi kroničnih bolezni, pri tem pa stremi k zmanjšanju pogostosti akutnih poslabšanj.

Pri obravnavi starejših ljudi je koristno upoštevati dejstvo, da je posameznikova sposobnost funkcioniranja odvisna od skupka njegovih ali njenih značilnosti (prirojenih zmogljivosti, motivacije, bolečinskega praga ali strahu) ter od postavljenih osebnih pričakovanj. Isti posameznik je lahko samostojen pri nekem opravilu, medtem ko je pri nekem drugem popolnoma odvisen od pomoči drugih (Kane idr., 2009).

Naloga zdravstvene nege ni le negovati bolne in poškodovane starostnike, temveč varovati in podpirati njihovo zdravje, dobro počutje in ugodje, tako v telesnem, kot duševnem smislu ter skrbeti za vse tiste, ki so nemočni in prizadeti. Cilj zdravstvene nege je preprečevati bolezni in varovati zdravje starostnika, zato je zdravstvena nega povezana z vsemi dejavnostmi, ki stremijo k preprečevanju bolezni in vzdrževanju zdravja (Cassel, 2001; cit. po Železnik, 2010, str. 43). Dejavniki tveganja, ki ogrožajo zdravje starostnikov, so: zmanjšana fizična aktivnost, slabša prehrana zaradi različnih vzrokov, kajenje, zmanjšana oziroma slabša gibalna motorika, zmanjšana odpornost na okužbe, demenca, pitje alkohola, maščobe v krvi, zvišan krvni tlak, cerebro-vaskularne

bolezni, bolezni ščitnice, osteoporoza, slabši vid ter sluh, rak dojke, rak prostate, rak črevesja in danke; le-ti dejavniki pa zahtevajo spremljanje s pomočjo presejalnih programov za zgodnje odkrivanje in preprečevanje zapletov (Mauk, 2006; povz. po Skela Savič, Zorc in Hvalič Touzery, 2010, str. 91).

Večje omejitve imajo seveda stari stari, vendar je tudi med njimi vsaj polovica takih, ki še nimajo tako drastičnih težav. Kdor se pravočasno s pomočjo strokovne literature, različnih posvetovalnic in z obiskom pri zdravniku seznanj s pogoji za ustrezno staranje, lahko kar precej premakne prehod od mladih starih k starim starim, prihrani čas, trud in žalost ter trpljenje (Novljan in Jelenc, 2002, str. 16).

Smernice, ki jih upošteva zdravstvena nega starostnika, so predvsem odkrivanje vzrokov za določene vedenjske vzorce, ki jih imajo starostniki ter vzpodbujanje posameznega starostnika, da naredi največ kar zmore in zna. S takšnim načinom se zagotavlja kakovostna, kontinuirana zdravstvena nega. Od medicinske sestre se pričakuje, da bo poleg strokovnega znanja imela tudi pozitivne značajske lastnosti, kot so: prijaznost, razumevanje, sočutje in druge, da bo znala dobro poslušati, da bo predvsem slišala starostnika, ga znala profesionalno usmerjati in pri njem dosegla čim višjo stopnjo samooskrbe, pri tem, da ji bo zaupal. Važno je, da starostniku ponudi toliko pomoči, kolikor jo dejansko potrebuje, saj na ta način ohranja njegovo samooskrbo, s tem pa zmanjšuje občutek njegove odvisnosti od drugih (Železnik, 2010, str. 43, 44).

Pri zdravstveni obravnavi starostnikov ne sme biti cilj zdravstvenih delavcev le podaljševanje življenja, temveč kakovostno staranje. Če želimo zagotoviti kakovostno staranje, je potrebno več aktivnosti preusmeriti v preprečevanje zlasti kroničnih bolezni, potrebno bi bilo izboljšati telesno in duševno rehabilitacijo starostnikov po preboleli bolezni, ki omogoča povrnitev normalnega delovanja zaradi bolezni prizadetih organov, ohranitev samostojnosti, gibljivosti in s tem neodvisnosti slehernega posameznika do pozne starosti (Poredoš, 2004; povz. po Skela Savič, Zorc in Hvalič Touzery, 2010, str. 91).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri se pojavlja odvisnost starostnikov na področju osnovnih življenjskih aktivnosti in na področju instrumentalnih življenjskih aktivnosti in kdo jim v primeru, ko nastopijo težave, pomaga. Ugotoviti smo želeli, kolikšna je pojavnost odvisnosti v različnih starostnih obdobjih, prav tako pa smo želeli ugotoviti, kakšna je povezava med subjektivno oceno zdravja in dejansko samostojnostjo starostnikov.

Cilji raziskovanja so bili:

1. Ugotoviti, pri katerih vsakodnevnih osnovnih življenjskih aktivnostih in pri katerih vsakodnevnih instrumentalnih življenjskih aktivnostih starostniki najpogosteje potrebujejo pomoč svojcev, sosedov ali zdravstvenega osebja ter katere se pri starostnikih največkrat pojavljajo;
2. Primerjati, ali obstajajo razlike v stopnji odvisnosti med tistimi, ki imajo partnerja, in tistimi, ki so sami (ovdoveli ali brez partnerja);
3. Ugotoviti, kdo starostnikom pomaga, ko potrebujejo pomoč;
4. Ugotoviti, kako pogosto se pojavi potreba po pomoči drugih v različnih starostnih obdobjih;
5. Ugotoviti, kako je povezana subjektivna ocena zdravja in odvisnost od pomoči drugih pri starostnikih v določenem starostnem obdobju.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE

Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili, so:

- Katere življenjske aktivnosti (osnovne in instrumentalne) starostniki opravljajo s pomočjo svojcev, sosedov ali zdravstvenega osebja?
- Med starostniki, ki so ovdoveli, in tistimi, ki živijo s partnerjem, obstajajo statistično pomembne razlike v odvisnosti od pomoči drugih oseb.
- Kdo starostnikom pomaga, ko nastopijo težave in potrebujejo pomoč?

- Ali obstajajo razlike v deležu odvisnosti od pomoči drugih oseb glede na starostne skupine?
- Koliko se subjektivna ocena zdravja razlikuje od dejanske - objektivne samostojnosti starostnikov?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) metodi kvantitativnega raziskovanja. Podatke smo pridobili z anonimnim anketnim vprašalnikom, ki je bil namenjen starostnikom v starosti od 65 let naprej. Pregledali smo strokovno literaturo in literaturo na podatkovnih bazah: CINAHL, PUB MED, EBSCOhost, ERIC, SpringerLink idr.. Za iskanje strokovne literature, ki je v slovenskem in angleškem jeziku, smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Uporabili pa smo tudi svetovni splet, kjer smo literaturo poiskali s pomočjo brskalnika Google in Yahoo.

Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: starostnik, samostojnost in odvisnost v življenju starostnika, zdravo staranje, aktivno staranje, kakovostna starost, družbeni vidiki staranja, socialna omrežja, elderly, independent and dependent elderly, healthy elderly, elderly quality of life, dependency, independency, old people.

3.3.2 Opis instrumentarija

Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga sestavili na podlagi pregleda tuje in naše strokovne literature s področja zdravstvene nege starostnika. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov in namenjen starostnikom, ki živijo na Jesenicah in v okolici.

Prvi sklop je vseboval demografske podatke o anketirancu: spol, starost, zakonski stan, kraj bivanja in če starostnik živi sam ali s svojci.

Drugi sklop je bil sestavljen iz podatkov o zdravstvenem stanju anketiranca, kjer sta bili dve vprašanji zaprtega tipa z enim ali več možnimi odgovori in tri vprašanja odprtega tipa ter 48 trditev, ki so jih anketiranci ocenjevali s pomočjo petstopenjske lestvice; kjer

je ocena 1 pomenila se popolnoma ne strinjam in ocena 5 se popolnoma strinjam (Likertova lestvica). Trditve 4, 5, 11, 26-28, 34-36 in 46-48 smo povzeli po Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (Lawton in Brody, 1969; povz. po Ebersole idr., 2005, str. 272). Z lestvico stališč smo ugotavljali odvisnost starostnikov od pomoči drugih na področju instrumentalnih in osnovnih vsakodnevnih opravil. Cronbachov koeficient alfa za trditve, ki se nanašajo na instrumentalna in osnovna vsakodnevna opravila je 0,659; trditve 1, 4, 10, 15, 22, 26, 29, 30, 34, 37 in 40 so bila sorodna vsebinska vprašanja.

Na koncu pa je sledil še tretji sklop, kjer smo anketirance spraševali po preživljanju prostega časa, sestavljen pa je bil iz dveh vprašanj zaprtega tipa z več možnimi odgovori.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili neslučajnostni priložnostni vzorec. Raziskavo smo opravili med starostniki v starosti 65 let in več, ki živijo v mestnem okolju (na Jesenicah) in starostniki, ki živijo v primestnem okolju. Vzorčenje je potekalo od 31.3.2011 do 30.4.2011. Da bi pridobili raznolik vzorec, smo anketne vprašalnike, po predhodni pridobitvi soglasja, razdelili v Društvu upokojencev Jesenice, kjer smo za sodelovanje vprašali vse starostnike, ki so bili v društvu v času razdeljevanja anketnih vprašalnikov. Zaradi dogovora o anonimnosti anketiranih smo za razdeljevanje anketnih vprašalnikov v Zdravstvenem domu Jesenice (v ambulantah splošnih zdravnikov in patronažno babiški službi) in Domu upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice (pomoč na domu) zaprosili zaposlene v ustanovi. Razdelili smo 140 anketnih vprašalnikov starostnikom, ki živijo v domačem okolju. Od 140 vprašalnikov smo nazaj dobili 101, od tega pa jih je bilo 6 nepravilno izpolnjenih. Realizacija vzorca je bila 67,9 %.

Anonimnost sodelujočih smo zagotovili tako, da smo vsem sodelujočim poleg anketnih vprašalnikov razdelili tudi prazne ovojnice, v katerih so starostniki vračali rešene vprašalnike.

V tabeli 1 so prikazane značilnosti vzorca v raziskavo vključenih anketirancev (tabela 1).

Tabela 1: Značilnost vzorca v raziskavo vključenih anketirancev

	Spol			
	Ženski - n=63		Moški - n=32	
	Frekvenca	Odstotki %	Frekvenca	Odstotki %
Živim:				
mesto	43	68,3	17	53,1
vas	20	31,7	15	46,9
Starost:				
65-74 let - mladi starostniki	38	60,3	20	62,5
75-84 let - srednji starostniki	17	27,0	9	28,1
85 let in več - stari starostniki	8	12,7	3	9,4
Zakonski stan:				
poročen	19	30,2	23	71,9
ločen	9	14,3	3	9,4
ovdovel	35	55,6	6	18,8
Živim:				
sam	36	57,1	8	25,0
s partnerjem	17	27,0	21	65,6
z otrokom	5	7,9	0	0,0

V raziskavo vključenih žensk je bilo skoraj dve tretjini (66,3 %), moških pa je bilo dobro tretjino (33,7 %). Od žensk, ki so bile vključene v raziskavo, jih 43 (68,3 %) živi v mestu, 20 (31,7 %) v primestnem okolju, medtem ko je pri moških razlika med tistimi, ki živijo v mestu, in tistimi, ki živijo v primestnem okolju manjša, je bilo vseeno več anketirancev iz mestnega okolja 17 (53,1 %), s primestnega okolja jih je bilo 15 (46,9 %). Tako pri ženskah kot moških je bilo največ predstavnikov iz prve starostne skupine – starih od 65 do 74 let; 38 žensk (60,3 %), 20 moških (62,5 %). Pri zakonskem stanu anketirancev je opaziti razliko, saj je 35 (55,6 %) žensk ovdovelih, 19 (30,2 %) poročenih in 9 (14,3 %) ločenih, medtem ko je pri moških, največ starostnikov, 23 (71,9 %) poročenih, 6 (18,8 %) ovdovelih in le trije (9,4 %) ločeni. Ženske najpogosteje živijo same (36 žensk – 57,1 %), 17 (27 %) jih živi s partnerjem, pet (7,9 %) z otrokom. Pri moških pa je odstotek tistih, ki živijo sami, nižji, samih živi 8 (25 %) starostnikov, največ jih živi s partnerico, in sicer 21 (65,6 %).

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Za potrditev raziskovalnih vprašanj smo uporabili kvantitativne metode obdelave podatkov, in sicer srednjo vrednost – aritmetično sredino (AS), standardni odklon (SO), frekvenco (f), s Kolmogorov-Smirnovim testom smo preverili porazdelitev spremenljivk. Ker spremenljivke niso bile normalno porazdeljene, smo za ugotavljanje statistično pomembnih razlik uporabili Mann-Whitneyev neparametričen test.

Za kvantitativno obdelavo podatkov smo uporabili statistični program SPSS 20.0 za okolje Windows. Za vprašanja odprtega tipa pa smo uporabili kvalitativno metodo obdelave podatkov, za kar smo uporabili metodo zgodbe.

Z aritmetično sredino in standardnim odklonom smo iz vprašalnika izluščili tiste osnovne in instrumentalne življenjske aktivnosti, pri katerih starostniki potrebujejo pomoč drugih oseb.

Uporabili smo Kolmogorov-Smirnov test, da smo preverili porazdelitev spremenljivk. Ker spremenljivke niso bile normalno porazdeljene, smo za ugotavljanje, ali med starostniki, ki živijo s partnerjem, in med tistimi, ki so ovdoveli, obstajajo statistično pomembne razlike v odvisnosti od pomoči drugih oseb, uporabili Mann-Whitneyev neparametričen test.

Z metodo zgodbe smo izluščili osebe, ki starostnikom nudijo pomoč. Starostnike smo razdelili po starostnih skupinah. Na podlagi odgovorov smo oblikovali posamezne kode oziroma pojme. V besedilu je enoto kodiranja predstavljala posamezna fraza oziroma besedna zveza, ki je opisovala, kdo starostnikom nudi pomoč (otroci, partner, zdravstveno osebje, sosedje, prijatelji).

Ugotavljanje deleža odvisnosti od pomoči drugih oseb smo izvedli z deskriptivno metodo (frekvenca – f, delež – %). Podatke smo prikazali s stolpčnim grafikonom.

Koliko se subjektivna ocena zdravja razlikuje od dejanske - objektivne samostojnosti, smo ugotavljali s kvalitativno metodo obdelave podatkov – metodo zgodbe. Odgovore smo primerjali z rezultati, ki smo jih dobili, ko smo ugotavljali, pri katerih osnovnih in instrumentalnih aktivnostih starostniki potrebujejo pomoč drugih oseb.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Potrebna pomoč za opravljanje osnovnih in instrumentalnih življenjskih aktivnosti

V spodnji tabeli (tabela 2) lahko vidimo, koliko pomoči potrebujejo anketiranci, ki so bili vključeni v raziskavo, pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Bolj kot se aritmetična sredina približuje oceni 5, bolj tista trditev velja za starostnike. Standardni odklon je v razponu od 1,61 do 0,48, iz česar lahko razberemo, da med odgovori ni bilo velike razlike in so odgovori zajeli velik delež opazovane populacije. Če opazujemo vso populacijo, ki smo jo zajeli v našo raziskavo, vidimo, da nobena osnovna življenjska aktivnost ne izstopa, predvsem zaradi tega, ker je bilo zastopanih največ starostnikov, ki jih uvrščamo med »mlade« starostnike, to je v starosti med 65 in 74 let 58 ali 61 %, le-ti pa so praviloma še vedno v dobri zdravstveni in psihofizični kondiciji. V drugi starostni skupini – »srednji« starostniki (starost 75 – 84 let), je bilo 26 (27,4 %) anketirancev in v zadnji – »stari« starostniki (starost 85 in več), jih je bilo le 11 (11,6 %). Zaradi tega smo se osredotočili na tiste osnovne življenjske aktivnosti, ki izstopajo pri posamezni starostni skupini.

V prvi starostni skupini – »mladi« starostniki, ter v drugi starostni skupini »srednji« starostniki, tako vidimo, da so starostniki navajali, da lahko opravljajo vse osnovne življenjske aktivnosti. Pri starostnikih, ki so stari med 75 in 84 let, nekoliko izstopa potreba po pomoči drugih oseb pri striženju nohtov (AS=2,12) ter zaradi oteženega gibanja (AS=2,69), za kar starostniki uporabljajo pripomočke.

Pri starostnikih, ki so v tretji starostni skupini, pa je opazna večja potreba po pomoči drugih oseb pri striženju nohtov (AS=3,45). Velik delež starostnikov (AS=2,82) je navedel tudi težavo pri gibanju, zaradi česar starostniki uporabljajo pripomočke. Več pa je težav tudi pri osebni higieni, kjer starostniki potrebujejo pomoč drugih pri umivanju enega dela telesa (AS=2,45), nekoliko manjši delež (AS=2,36) pa jih potrebuje pomoč drugih pri umivanju več kot enega dela telesa.

Tabela 2: Osnovne življenjske aktivnosti, pri katerih starostniki potrebujejo pomoč drugih – primerjava po starostnih skupinah

	Stopnja strinjanja* N=95 (f)					Vsi starostniki		65-74 let	75-84 let	85 let in več
	1	2	3	4	5	N=95	SO*	N=58	N=26	N=11
Potrebujem pomoč pri umivanju enega dela telesa	74	7	2	5	7	1,57	1,23	1,43	1,5	2,45
Potrebujem pomoč pri stopanju v kad in iz nje	75	6	4	2	8	1,55	1,22	1,34	1,77	2,09
Potrebujem pomoč pri umivanju več kot enega dela telesa	77	7	2		9	1,49	1,2	1,28	1,62	2,36
Potrebujem pomoč pri striženju nohtov	60	9	8	3	15	1,99	1,51	1,66	2,12	3,45
Potrebujem pomoč, da lahko pridem do stranišča	84	6	2		3	1,23	0,78	1,19	1,19	1,55
Uporabljam posteljno posodo	85	6			4	1,23	0,83	1,19	1,27	1,36
Potrebujem pomoč pri vstajanju iz postelje	84	8		2	1	1,19	0,64	1,21	1,08	1,36
Za gibanje uporabljam pripomočke	69	4	1	3	18	1,92	1,61	1,4	2,69	2,82
Potrebujem pomoč pri premikanju od postelje do stola	86	5		2	2	1,2	0,74	1,24	1,08	1,27
Pri oblačenju potrebujem delno pomoč	76	13	1	1	4	1,36	0,91	1,21	1,42	2
Pri oblačenju potrebujem popolno pomoč	84	8	1		2	1,19	0,66	1,16	1,12	1,55

* Stopnje strinjanja: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se delno strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam; SO – standardni odklon

Pri instrumentalnih življenjskih aktivnostih (tabela 3) je standardni odklon v razponu od 1,88 do 0,22, iz česar razberemo, da med odgovori ni bilo velike razlike in so odgovori zajeli velik delež opazovane populacije. V prvi starostni skupini, prav tako kot tudi pri osnovnih življenjskih opravilih, zasledimo, da nobena življenjska aktivnost ne izstopa iz povprečja.

Starostniki, ki jih uvrščamo med »srednje« starostnike, potrebujejo pomoč drugih oseb le pri opravljanju težjih hišnih opravil (AS=3,58), medtem ko navajajo, da ostale življenjske aktivnosti lahko opravljajo brez pomoči drugih oseb.

Večina starostnikov pri pripravi obrokov ne potrebuje pomoči drugih oseb, razlika je opazna le pri starostnikih v tretji starostni skupini, kjer opazimo višjo oceno (AS=2,82) pri trditvi, da si lahko pripravijo manjše obroke, medtem ko za večje poskrbijo drugi. Pri nakupovanju prav tako »stari« starostniki ocenjujejo, da jim najpogosteje stvari iz trgovine prinašajo svojci ali sosedi (AS=3). Večji delež (AS=3,45) starostnikov ne potuje, pri opravljanju hišnih opravil pa je delež (AS=2,91) enak pri trditvi, da lahko opravljajo lažja hišna opravila, ter pri trditvi, da hišnih opravil ne zmorejo opravljati.

Tabela 3: Instrumentalne življenjske aktivnosti, pri katerih starostniki potrebujejo pomoč drugih – primerjava pa starostnih skupinah

	Stopnja strinjanja*					Vsi starostniki		65-74 let	75-84 let	85 let in več
	1	2	3	4	5	N=95	SO*	N=58	N=26	N=11
Priprava manjših obrokov, večje pripravijo drugi	58	7	7	9	14	2,09	1,55	2,07	1,85	2,82
Celotne obroke pripravijo drugi	71	7	5	4	8	1,64	1,27	1,52	1,77	2
Potrebujem prevoz do trgovine	54	10	6	7	18	2,21	1,62	2,26	2	2,45
Nakupujem s spremstvom	67	7	9	8	4	1,68	1,2	1,64	1,92	1,36
Nakupujejo drugi	58	6	5	6	20	2,2	1,67	1,79	2,77	3
Imam poseben telefon	86	4	2	1	2	1,2	0,72	1,05	1,27	1,82
Ne morem uporabljati telefona	90	5				1,05	0,22	1,05	1,08	1
Vozim avtomobil, potujem sam	33	4	1	5	52	3,41	1,88	3,81	3,23	1,73
Potujem s spremstvom	70	8	3	6	8	1,67	1,3	1,45	1,96	2,18
Ne potujem	55	6	13	3	18	2,18	1,59	2,09	1,88	3,45
Samostojno opravljam težja hišna opravila	22	6	11	14	42	3,51	1,64	4,03	2,96	2
Opravljam lažja dela, pri težjih potrebujem pomoč	34	7	9	16	29	2,99	1,71	2,74	3,58	2,91
Ne morem opravljati hišnih opravil	74	9	3	2	7	1,52	1,16	1,26	1,5	2,91
Zdravila zaužijem sam, vendar jih mora nekdo pripraviti	71	8	3	3	10	1,66	1,33	1,69	1,42	2,09
Sam ne zaužijem zdravil	87	6			2	1,15	0,62	1,14	1,08	1,36
Potrebujem pomoč pri vodenju računov	53	10	11	6	15	2,16	1,53	1,9	2,73	2,18
Ne upravljam s svojim denarjem	78	8	3	3	3	1,37	0,94	1,28	1,42	1,73

* Stopnje strinjanja: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se delno strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam; SO – standardni odklon

3.4.2 Razlike v odvisnosti od pomoči drugih oseb pri starostnikih, ki imajo še živečega partnerja, in pri tistih, ki so ovdoveli

Z analizo življenjskih aktivnosti, ki smo jih izločili pri prvem raziskovalnem vprašanju, smo želeli ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne razlike v odvisnosti od pomoči drugih oseb med starostniki, ki živijo s partnerjem, in med tistimi, ki so ovdoveli. Za vse teste smo uporabili stopnjo tveganja $\alpha = 0,05$. Od vrnjenih anketnih vprašalnikov smo naključno izbrali 40 starostnikov, ki so navedli, da živijo s partnerjem, ter 40 starostnikov, ki so navedli, da so ovdoveli. V tabeli 4 in 5 smo prikazali porazdelitev spremenljivk, ki smo jo preverili s Kolmogorov-Smirnovim testom. Vse vrednosti p so pod vrednostjo 0,05, zaradi česar domnevo o normalni porazdelitvi spremenljivk zavržemo in za statistično primerjavo vzamemo Mann-Whitneyev neparametričen test, katerega rezultate smo predstavili v tabeli 6.

Primerjava izračunanih rangov, ki smo jih izračunali z Mann-Whitneyevim testom, nam prikaže višje vrednosti pri starostnikih, ki so poročeni, le pri življenjskih aktivnostih hranjenja - pripravim si lahko manjše obroke, za večje poskrbijo drugi ter celotne obroke mi pripravijo drugi; vrednost rangov pri vseh ostalih trditvah je višja pri starostnikih, ki so ovdoveli. Po izračunu p vrednosti vidimo, da statistično pomembne razlike v odvisnosti od pomoči drugih oseb nastopijo pri dveh življenjskih aktivnostih ($p < 0,05$) – trditev 1: pripravim manjše obroke, za večje poskrbijo drugi ($p = 0,027$), in trditev 5: potrebujem pomoč pri stopanju v kad in iz nje ($p = 0,028$).

Tabela 4: Rezultati Kolmogorov-Smirnovega testa – poročeni starostniki

	N	Normalni parametri		Najbolj ekstremne razlike			Kolmogorov – Smirnov Z	p vrednost (dvo-stranski test)
		AS*	SO*	Absolutna vrednost	Pozitivna	Negativna		
Priprava manjših obrokov	40	2,53	1,694	0,316	0,316	-0,184	1,998	0,001
Celotne obroke mi pripravijo drugi	40	1,78	1,368	0,414	0,414	-0,286	2,621	0,000
V trgovino hodijo drugi	40	1,98	1,510	0,391	0,391	-0,259	2,471	0,000
Pomoč pri umivanju enega dela telesa	40	1,38	0,952	0,478	0,478	-0,347	3,024	0,000
Pomoč pri stopanju v kad in iz nje	40	1,25	0,899	0,510	0,510	-0,390	3,223	0,000
Pomoč pri umivanju več kot enega dela telesa	40	1,28	0,905	0,494	0,494	-0,381	3,126	0,000
Pomoč pri striženju nohtov	40	1,73	1,320	0,409	0,409	-0,291	2,584	0,000
Opravljam lažja hišna opravila	40	2,83	1,693	0,259	0,259	-0,181	1,641	0,009
Ne morem opravljati hišnih opravil	40	1,43	1,059	0,481	0,481	-0,344	3,041	0,000
Za gibanje uporabljam hojico,...	40	1,55	1,300	0,489	0,489	-0,336	3,092	0,000

*AS - aritmetična sredina, SO - standardni odklon

Tabela 5: Rezultati Kolmogorov-Smirnovega testa – ovdoveli starostniki

	N	Normalni parametri		Najbolj ekstremne razlike			Kolmogorov – Smirnov Z	p vrednost (dvo-stranski test)
		AS*	SO*	Absolutna vrednost	Pozitivna	Negativna		
Priprava manjših obrokov	40	1,68	1,248	0,406	0,406	-0,294	2,566	0,000
Celotne obroke mi pripravijo drugi	40	1,53	1,176	0,447	0,447	-0,328	2,829	0,000
V trgovino hodijo drugi	40	2,33	1,803	0,369	0,369	-0,231	2,333	0,000
Pomoč pri umivanju enega dela telesa	40	1,68	1,289	0,425	0,425	-0,300	2,687	0,000
Pomoč pri stopanju v kad in iz nje	40	1,70	1,265	0,410	0,410	-0,290	2,593	0,000
Pomoč pri umivanju več kot enega dela telesa	40	1,60	1,257	0,433	0,433	-0,317	2,741	0,000
Pomoč pri striženju nohtov	40	2,15	1,578	0,342	0,342	-0,233	2,163	0,000
Opravljam lažja hišna opravila	40	2,98	1,790	0,265	0,265	-0,217	1,676	0,007
Ne morem opravljati hišnih opravil	40	1,63	1,295	0,435	0,435	-0,315	2,753	0,000
Za gibanje uporabljam hojico,...	40	2,15	1,748	0,395	0,395	-0,255	2,497	0,000

*AS – aritmetična sredina, SO – standardni odklon

Tabela 6: Izračun rangov in Mann – Whitneyevega testa – primerjava po zakonskem stanu

	Rangi				Mann - Whitney U	Z	p vrednost (dvo - stranski test)
	Zakonski stan	N	Povprečna vrednost rangov	Seštevek rangov			
Priprava manjših obrokov	Poročen	40	45,58	1823,00			
	Ovdovel	40	35,43	1417,00			
	Total	80			597	-2,213	0,027
Celotne obroke mi pripravijo drugi	Poročen	40	42,16	1686,50			
	Ovdovel	40	38,84	1553,50			
	Total	80			733,5	-0,828	0,408
V trgovino hodijo drugi - svojci, sosedje,...	Poročen	40	38,68	1547,00			
	Ovdovel	40	42,33	1693,00			
	Total	80			727	-0,813	0,416
Pomoč pri umivanju enega dela telesa	Poročen	40	38,36	1534,50			
	Ovdovel	40	42,64	1705,50			
	Total	80			714,5	-1,126	0,26
Pomoč pri stopanju v kad in iz nje	Poročen	40	36,53	1461,00			
	Ovdovel	40	44,48	1779,00			
	Total	80			641	-2,192	0,028
Pomoč pri umivanju več kot enega dela telesa	Poročen	40	37,93	1517,00			
	Ovdovel	40	43,08	1723,00			
	Total	80			697	-1,457	0,145
Potrebujem pomoč pri striženju nohtov	Poročen	40	37,68	1507,00			
	Ovdovel	40	43,33	1733,00			
	Total	80			687	-1,267	0,205
Opravljam lažja hišna opravila	Poročen	40	39,41	1576,50			
	Ovdovel	40	41,59	1663,50			
	Total	80			765,5	-0,44	0,66
Ne morem opravljati hišnih opravil	Poročen	40	38,99	1559,50			
	Ovdovel	40	42,01	1680,50			
	Total	80			739,5	-0,815	0,415
Za gibanje po prostoru uporabljam hojico,...	Poročen	40	36,88	1475,00			
	Ovdovel	40	44,13	1765,00			
	Total	80			655	-1,811	0,07

3.4.3 Podpora starostnikom pri življenjskih aktivnostih, ki jih sami ne zmorejo opraviti

Starostniki, ki jih uvrščamo v prvo starostno skupino, so v večini primerov navedli le osebe, ki jim pomagajo, ko potrebujejo pomoč. Le nekaj pa jih je opisalo, kakšno vrsto pomoči potrebujejo. Od življenjskih aktivnosti, pri katerih potrebujejo pomoč, so starostniki navedli prevoz do zdravnika in trgovine ter manjša popravila, ki so potrebna v hiši ali na vrtu. »Mladi« starostniki so navedli, da jim najpogosteje pomagajo otroci in partner, zasledimo pa, da jim pomoč nudijo tudi vnuki, sosedi in partnerji otroka. Nekateri od starostnikov pa potrebujejo pomoč zdravstvenega osebja, prijateljev, sestre ali nečakov. V dveh primerih smo zasledili, da anketirani potrebujejo kar nekaj pomoči drugih oseb, kar je razvidno iz odgovora anketiranca 41: *»Pomaga mi moja žena, edina in zadnja. Od jutra do večera me previja, maže in skrbi zame, me hrani.«*

Anketiranka 58 pa pravi: *»Sestra kuha in pomaga pri vseh aktivnostih, ker sem na invalidskem vozičku, nečakinje pa pri osebni higieni in negi kronične rane.«* Med njimi pa so tudi starostniki, ki pomoč nudijo, anketiranka 29: *»V družini imam dva težka bolnika, zato nimam nikogar, ki bi skrbel zame, le včasih sosedje.«*

Pri starostnikih srednjega starostnega obdobja zasledimo, da največ pomoči drugih oseb potrebujejo pri nakupovanju, pospravljanju ter težjih delih na dvorišču in vrtu. Nekateri pa potrebujejo prevoz in spremstvo k zdravniku. Najpogosteje so starostniki navedli, da jim pomagajo otroci, partner, vnuki ter zdravstveno osebje, nekoliko manj pa so v pomoč starostnikom vključeni sosede in prijatelji. Tudi med starostniki v starosti od 75 do 84 let zasledimo koga, ki potrebuje kar nekaj pomoči drugih oseb, anketiranec 23: *»Žena me umiva ter oblači. Hčera me pelje in spremlja na zdravniške preglede. Jem in osebne stvari opravljam sam. Ko je pomoč potrebna, imam ženo in hčer.«* ter anketiranec 26: *»Sin me pelje v trgovino, občasno k zdravniku. Prijateljica gre z mano peš v trgovino, mi nosi vrečko, jaz imam bergle, po operaciji mi je tudi pospravljala itd.«*

Pri starostnikih, ki jih uvrščamo v tretjo starostno skupino, in praviloma potrebujejo največ pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in instrumentalnih življenjskih aktivnostih, vidimo, da jim največkrat pomoč nudijo otroci, nato sledi zdravstveno osebje, kjer starostnikom v okviru pomoči na domu (organizirana v okviru Doma

Franceta Bergelja Jesenice) nudijo pomoč socialne oskrbovalke, pomagajo pa tudi sosedje, žena, svakinja ali vnukinja. Nekateri starostniki pa so navedli tudi, pri katerih aktivnostih jim nekdo pomaga. Najpogosteje jim svojci, sosedje ali zdravstveno osebje prinesejo stvari iz trgovine, jim kuhajo ter pospravijo stanovanje. Zasledimo tudi pomoč pri urejanju financ, vrtnarjenju ter naročanju k zdravniku in pomoč pri pripravi zdravil. Pomoč nudijo predvsem najbližji sorodniki, ki živijo skupaj v gospodinjstvu s starostnikom, kar zasledimo tudi v odgovoru anketiranke 17: *»Pri moji oskrbi mi močno pomaga sin. Prinese vse iz trgovine in tudi pri kuhanju sva si kar enakovredna kuharja, nekaj tudi hči, ki pa ima svoje gospodinjstvo.«* in anketiranke 85: *»V hiši živita oba sinova z družino in je pomoč če je potrebna vedno pri rok...«*. Svojci, ki ne živijo v skupnem gospodinjstvu s starostnikom ali so v tujini, pomoč uredijo pri drugih. Anketiranka 45: *»Otroci živijo v tujini. So zelo pozorni in mi pomagajo, ko pridejo ali se s kom pogovorijo, da mi pomagajo.«*

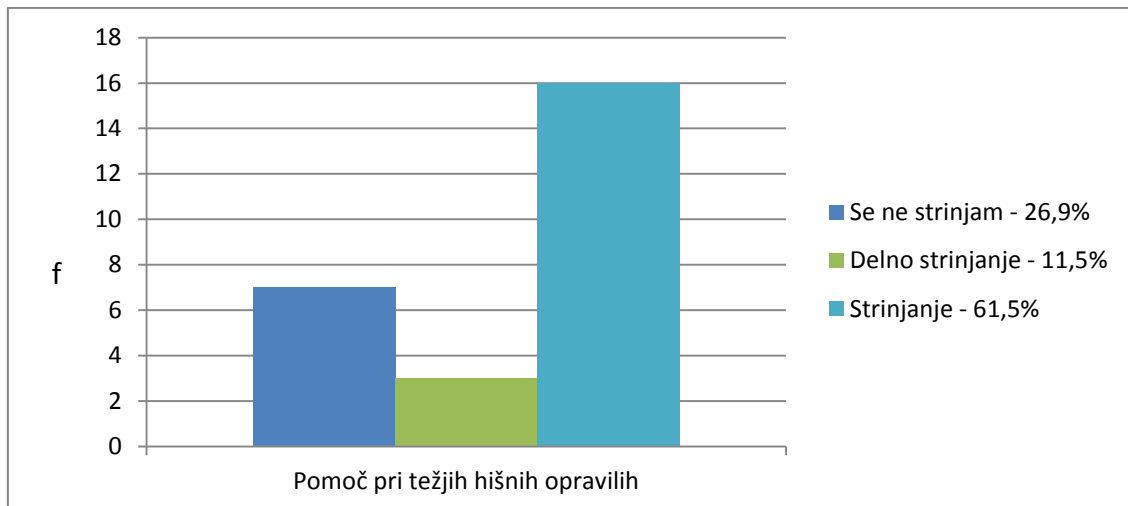
Starostniki, ki imajo še živečega partnerja, pa navajajo, da vsa opravila opravljajo složno. Anketiranec 13: *»Soproga, vsa opravila delava složno - nakupi, sprehodi, zabava, srečanja s prijatelji,...«* in anketiranka 14: *»Z zakoncem pomagava drug drugemu. Na pomoč priskočita tudi sin in hčerka.«*

3.4.4 Odvisnost od pomoči drugih pri starostnikih v določenem starostnem obdobju

Z raziskovalnim vprašanjem, v kolikšni meri se pojavlja odvisnost od pomoči drugih oseb pri starostnikih v določenem starostnem obdobju, smo želeli ugotoviti, ali se s starostjo pri starostnikih povečujejo potrebe po pomoči drugih oseb.

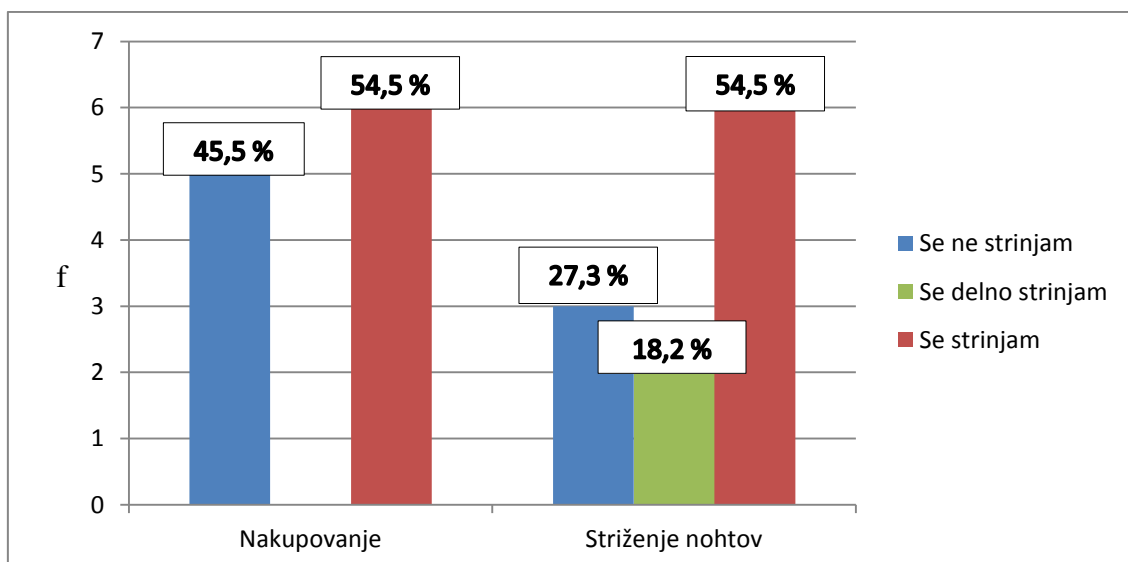
Starostniki, ki smo jih uvrstili v prvo starostno obdobje, ne potrebujejo pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in instrumentalnih življenjskih aktivnostih.

Pri starostnikih srednjega starostnega obdobja je izražena potreba po pomoči drugih oseb le pri eni instrumentalni življenjski aktivnosti – pri opravljanju težjih hišnih opravil. Kar 16 (61,5 %) starostnikov se strinja, da potrebujejo pomoč drugih oseb pri težjih hišnih opravilih, medtem ko lažja hišna opravila še vedno lahko opravljajo samostojno (slika 1).



Slika 1: Število (f) starostnikov, ki potrebujejo pomoč drugih – »srednji starostniki«

Starostniki, ki jih uvrščamo med »stare starostnike«, pa potrebujejo največ pomoči drugih oseb pri opravljanju osnovnih in instrumentalnih življenjskih aktivnosti. Izstopata potreba po pomoči drugih oseb pri striženju nohtov, kjer šest (54,5 %) starostnikov potrebuje pomoč drugih oseb, prav tako pa jih šest (54,5 %) potrebuje pomoč drugih oseb pri nakupovanju (slika 2).



Slika 2: Število (f) starostnikov, ki potrebujejo pomoč drugih – »stari starostniki«

3.4.5 Povezava med subjektivno oceno zdravja in objektivno samostojnostjo

- Starostniki od 65 do 74 let - »mladi starostniki«

Skoraj polovica starostnikov (26; 44,8%) v starosti od 65 do 74 let svoje zdravje ocenjuje kot dobro, 15 starostnikov na vprašanje ni odgovorilo, sedem jih ocenjuje svoje zdravje kot nihajoče, šest kot zadovoljivo, štirje starostniki pa so ga ocenili kot slabo. Nekaj starostnikov je poleg ocene svojega zdravja podalo tudi opis le-tega. Starostniki so ocenili, da so brez težav in fizično aktivni – anketiranka 1: *»Zaradi povišanega krvnega tlaka nimam oz. ne čutim posebnih težav. Hoja navkreber mi ne dela posebnih težav. Pri povišani stopnji sladkorja se počutim utrujeno.«*, anketiranka 66: *»Počutim se dobro. Kot je razvidno iz prejšnjih vprašanj, nimam nobene bolezni kljub starosti. Lahko veliko hodim, potrebujem veliko gibanja, torej veliko aktivnosti, lahko delam vsa gospodinjska dela in na vrtu. Poleti sem veliko na morju in veliko plavam,...«* ter anketiranka 75: *»Sem kolikor toliko zdrava, zaenkrat brez večjih problemov, tako da se še dokaj uspešno udeležujem fizičnih aktivnosti (telovadba, pohodi, izleti, delo v gospodinjstvu,...). Sem še v dobri kondiciji, nimam večjih problemov s težo, niti z mobilnostjo.«*. Starostniki, pri katerih so se težave že pojavile, navajajo, da so se z njimi naučili živeti – anketiranka 6: *»Probleme imam že dalj časa, z njimi sem se navadila živeti, se pa seveda počutje vsakodnevno spreminja.«*, anketiranka 21: *»Sama ocenjujem, da sem glede na leta v dobri kondiciji. Bolečine so vzdržne, s časom pa se prilagodiš tem težavam.«*, anketiranka 68: *»Po možganski kapi sem delno hroma, vendar precej stvari opravljam samostojno,...«* ter anketiranka 85: *»Počutim se razmeroma dobro./.../ Najlažje hodim, težje sedim. Na izletu ali potovanju si pomagam z dodatno blazino na sedežu. Ker ne smem prsno plavati, si pomagam drugače.«*. Na drugih strani pa imamo starostnike, ki ne sprejemajo svoje bolezni – anketiranka 58: *»Sladkorna bolezen, na insulinu že 50 let z zapleti – zelo slabo vidim, rane na nogah – diabetično stopalo, zoženi spinalni kanal, kronično zaprtje. Ne morem hoditi, imam stalne bolečine; sem razdražljiva, ne morem sprejeti poslabšanja bolezni.«*.

- Starostniki od 75 do 84 let - »srednji starostniki«

Pri starostnikih, ki so stari od 75 do 84 let, zasledimo zelo raznolike odgovore. Trije starostniki so svoje zdravje ocenili kot slabo, štirje kot zadovoljivo, pet jih je navedlo,

da je njihovo zdravje primerno njihovi starosti, sedem jih je odgovorilo, da je dobro, prav tako sedem pa jih na vprašanje ni odgovorilo. Starostniki, ki jih uvrščamo med »srednje starostnike«, so kljub letom fizično aktivni ter sprejemajo zdravstvene težave kot obveznost, ki pride z leti – anketiranec 13: *»Zdravje primerno starosti. Počutje dobro. Na obremenilnem testiranju je bila dosežena telesna sposobnost 125 % za moškega mojih let. S soprogo hodiva vsak dan na sprehod (1h), 4-krat tedensko delam v telovadnici kot trener akrobatike, tedensko 10 ur. Pogosto se pojavlja močan kašelj.«*, anketiranec 23: *»Počutje je v redu. Imam zelo dober apetit in lahko rečem, da sem gurman. Ko lahko in je vreme lepo, hodim na sprehode kolikor lahko. Kot starostnik sem s seboj zadovoljen in rad imam življenje.«*, anketiranec 24: *»Za 75 let sem v kar dobri fizični kondiciji. Delam pri hiši in vrtu, hodim na sprehode. Navedene bolečine so hujše ob slabem vremenu.«*, anketiranec 55: *»Sem na invalidskem vozičku, a sem še samostojen pri vseh dnevnih aktivnostih. Sprejemam svojo bolezen z optimizmom, sem sprejel svoje zdravstveno stanje kakršno je.«* ter anketiranka 89: *»Trenutno se zdravstveno dobro počutim, razen kolen. Če ne bi imela znosno stalno bolečino v kolenih, bi lahko rekla, da sem dobra, razen kar čutim svojih 80 let.«*.

Zasledimo pa tudi starostnike, ki imajo veliko različnih težav – anketiranka 26: *»Imam veliko različnih težav. Ker se pojavlja enkrat ena, drugič druga, bi lahko rekli, da imam vedno nekaj narobe. Včasih vstanem zjutraj v redu, pa se čez dan poslabša, včasih vstanem vsa polomljena, pa potem malo popusti. Včasih sem cel dan čisto zanič. Ko si enkrat bolan, do neke mere lahko določeno bolečino ignoriraš, ko pa je preveč, je preveč.«*.

- Starostniki 85 let in več - »stari starostniki«

Tudi starostniki v starosti 85 let in več svoje zdravje ocenjujejo zelo različno. Med odgovori zasledimo, da se tehnica bolj preveša v pozitivno smer. Štirje starostniki od enajstih so napisali, da je njihovo zdravje slabo, štirje se strinjajo, da je zadovoljivo, en starostnik navaja, da je njegovo zdravje nihajoče, enkrat dobro enkrat slabše, en starostnik pa je svoje zdravje ocenil kot dobro.

V odgovorih zasledimo navedbe starostnikov, da so še vedno zadovoljivega zdravja, čeprav lahko vidimo, da je kar nekaj težav, ki jih opisujejo v svojih odgovorih – anketiranka 61: *»Ne morem delati, ko me kdo razjezi, se pojavijo bolečine, moti me, ker*

okoli hiše ne morem postoriti tistega, kar želim. Glede na mojo starost pa sem vesela, da še migam, si skuham kaj, se umijem, da še sama čistim in pospravljam, kopati pa se ne morem, ker se pojavijo bolečine v vratu.«, anketiranec 92: *»Ocenjujem, da sem pri teh letih še kar pri zdravju in nimam večjih težav. Občutek je kar dober, le da mi je včasih malo slabo, kakšnih bolečin pa nimam. Malo mi nagaja srce zadnja leta, motnje pri bitju, ...*« in anketiranka 93: *»...Zdravstveno stanje je kljub vsem težavam dokaj zadovoljivo oziroma tolažim se, da so leta. Pri hoji si pomagam s hojico, kar pa se tiče rakastega obolenja je pred kratkim ugotovljeno in sem dokaj dobro sprejela.*«.

Na drugi strani pa so starostniki, ki svoje zdravje ocenjujejo kot šibko ali slabo – anketiranec 17: *»Moje zdravje je bolj šibko, najlažje prenašam življenje v ležečem stanju. Hoditi skoraj ne morem, le nekaj korakov s palico, doma se opiram ob pohištvo in tudi pri opravljanju svojih potreb ne rabim pomoči, le skrajno previden moram biti pri hoji, ker vsaka ovira lahko povzroči padec.*« nekateri potrebujejo kar nekaj pomoči drugih oseb – anketiranka 94: *»Imam kronično srčno popuščanje in golenske razjede zaradi krčnih žil ter degenerativne okvare hrbtenice. Vse to me ovira pri telesni aktivnosti. Imam stalne bolečine v nogah, redno večkrat dnevno potrebujem analgetik. Noge občasno otečejo. Potrebne so preveze razjed vsak drugi dan, za kar potrebujem pomoč. Pri hoji sem nezanesljiva, hodim s hojico.*«.

Pri starostnikih prve starostne skupine jih je 15 (25,86 %) navedlo, da imajo eno bolezen, 14 (24,14 %) pa jih ima vsaj dve različni bolezni. V povprečju imajo starostniki 2,5 različnih bolezni. Najnižjo vrednost – brez bolezni – so dosegli štirje (6,9 %) starostniki, najvišjo vrednost – devet različnih bolezni – pa je dosegel en (1,72 %) starostnik.

Starostniki, ki jih uvrščamo med »srednje« starostnike, imajo v povprečju 3 različne bolezni. Največ, šest (23,08 %), starostnikov je navedlo, da imajo dve, tri ali štiri različne bolezni. Kot najnižjo vrednost, eno bolezen, so navedli štirje (15,38 %) starostniki, medtem ko je najvišja vrednost sedem različnih bolezni, ki jo zasledimo pri dveh (7,68 %) starostnikih.

Pri starostnikih zadnje starostne skupine zasledimo, da imajo, tako kot starostniki prve starostne skupine, v povprečju 2,5 različnih bolezni. Največji delež starostnikov, pet (45,45 %), jih ima vsaj dve različni bolezni. Najnižja vrednost pri starostnikih je ena

bolezen – dva (18,18 %) starostnika, najvišja vrednost pa je šest različnih bolezni, ki jo zasledimo pri enem (9,1 %) starostniku (tabela 7).

Tabela 7: Delež (%) različnih bolezni pri starostnikih v določenem starostnem obdobju

	Starostniki 65-74 let N=58	Delež %	Starostniki 75-84 let N=26	Delež %	Starostniki 85 let in več N=11	Delež %
1 bolezen	15	25,86%	4	15,38%	2	18,18%
2 različni bolezni	14	24,14%	6	23,08%	5	45,45%
3 različne bolezni	11	18,97%	6	23,08%	3	27,27%
4 različne bolezni	8	13,79%	6	23,08%		
5 različnih bolezni	4	6,9%	1	3,85%		
6 različnih bolezni	1	1,72%	1	3,85%	1	9,1%
7 različnih bolezni			2	7,68%		
9 različnih bolezni	1	1,72%				
Brez bolezni	4	6,9%				
<u>AS*</u>	2,47		3,19		2,45	
<u>SO*</u>	2,43		1,7		1,37	

*AS - aritmetična sredina; SO - standardni odklon

3.5 RAZPRAVA

Ugotavljanje stopnje odvisnosti starostnikov od pomoči drugih oseb je pomemben dejavnik zagotavljanja kakovostne zdravstvene obravnave in vodenja starostnikov. V zdravstvenih ustanovah je takšna praksa zelo razvita, medtem ko so starostniki, ki živijo v domačem okolju, veliko manj opazovani ter potrebujejo kar nekaj pomoči drugih oseb, ki jim jo zagotavljajo svojci, ali sosedi v obliki neformalne pomoči.

V raziskavi smo ugotovili, da starostniki potrebujejo več pomoči pri opravljanju instrumentalnih življenjskih aktivnosti kot pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, kar navaja tudi Kogoj (2007; povz. po Kobentar, 2011, str. 21), ki pravi, da se odvisnost od pomoči drugih oseb pri starostnikih najprej pojavi pri instrumentalnih življenjskih aktivnostih. V vseh starostnih skupinah starostniki v velikem številu sami skrbijo za zdravila in račune ter uporabljajo telefon.

Odvisnost na področju instrumentalnih življenjskih aktivnosti nastane zaradi upadanja fizičnih in kognitivnih spretnosti, saj instrumentalne življenjske aktivnosti od

starostnikov zahtevajo kombinacijo več različnih aktivnosti, da lahko določeno opravilo opravijo.

Hvalič Touzery (2007; povz. po Ramovš, 2007, str. 34) navaja, da je po izsledkih raziskave, ki jo je opravila, 30,73 % starostnikov precej odvisnih od tuje pomoči, kar pomeni, da so bili sposobni opraviti osnovna opravila – kopanje, oblačenje, hranjenje. Težave pa so se pojavile pri nakupovanju in kuhanju, kar je podobno rezultatom, ki smo jih dobili v naši raziskavi, kjer starostniki potrebujejo pomoč pri nakupovanju in striženju nohtov, vendar pa je delež starostnikov, ki potrebujejo tovrstno pomoč, občutno nižji. Pri nakupovanju potrebujejo dosti fizične kondicije, da nakupe lahko opravijo, potrebujejo prevoz do trgovine, nekateri le spremstvo, pri striženju nohtov pa morajo starostniki biti toliko gibčni, da se lahko priklonijo, imeti morajo toliko moči, da s ščipalko lahko odstrižejo noht, kar pa je za starostnike, predvsem v zadnjem starostnem obdobju, težko zaradi izgube moči v rokah, težav s hrbtenico in podobno.

Starostniki, ki jih uvrščamo v prvo starostno skupino (od 65 do 74 let), »mladi« starostniki, ne potrebujejo pomoči drugih oseb pri opravljanju življenjskih aktivnosti, kar kaže na to, da so še vedno v dobri psihofizični kondiciji in so samostojni pri opravljanju osnovnih in instrumentalnih življenjskih aktivnosti.

Starostniki druge starostne skupine potrebujejo nekaj več pomoči pri striženju nohtov ter se težko gibajo, za kar uporabljajo pripomočke, od instrumentalnih opravil pa potrebujejo pomoč pri opravljanju težjih hišnih opravil.

Novljan in Jelenc (2002) navajata, da imajo večje omejitve »stari« starostniki, vendar je med njimi vsaj polovica takih, ki še nimajo tako izrazitih težav. To vidimo tudi pri starostnikih naše raziskave, ki v večjem deležu potrebujejo pomoč le pri striženju nohtov in nakupovanju. Za ostale življenjske aktivnosti pa skrbijo sami ter ne potrebujejo pomoči drugih oseb. S tem pa potrdimo tudi navedbe Kane in sodelavcev (2009) o tem, da med moškimi in ženskami, starimi 85 let in več, živečimi v skupnosti, 10 % potrebuje pomoč drugih oseb pri dveh ali treh osnovnih življenjskih aktivnostih.

Hvalič Touzery (2007) je pri svoji raziskavi ugotovila, da se pri starostnikih v Sloveniji najpogosteje pojavlja slabša mobilnost ali gibljivost, kar opazimo tudi pri starostnikih, ki so bili vključeni v našo raziskavo. Rezultati naše raziskave namreč kažejo, da je delež starostnikov, ki potrebujejo pripomočke, povečan pri »srednjih« starostnikih s povprečno oceno 2,69; najvišji pa je pri »starih« starostnikih, kjer je povprečna ocena

2,82. Ko pa starostniki potrebujejo pripomočke za hojo, morajo biti pozorni tudi na vse potencialne ovire, ki bi lahko povzročile padec in poškodbe.

Z raziskavo smo tudi želeli ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne razlike v stopnji odvisnosti med starostniki, ki živijo s partnerjem, in med tistimi, ki so ovdoveli. Statistično pomembne razlike v odvisnosti od pomoči drugih oseb so nastale pri dveh trditvah, in sicer pri trditvi 1, kjer so starostniki navedli, da si lahko pripravijo manjše obroke, medtem ko za večje poskrbijo drugi, ter pri trditvi 5, kjer starostniki potrebujejo pomoč pri stopanju v kad ali iz nje.

V podatkih Statističnega urada Slovenije iz leta 2005 (povz. po Pahor, Domanjko in Hlebec, 2009, str. 226) zasledimo, da je najpomembnejša opora starostnikom najožja družina – partner, starši in otroci, kar se je izkazalo tudi v našem primeru, ko imajo vodilno vlogo pri oskrbi starostnikov njihovi otroci in partnerji. Sosedje pomagajo predvsem starostnikom v zadnjem starostnem obdobju, ko jih veliko živi samih, vendar ne v tolikšnem obsegu, kot bi mogoče pričakovali. Pogostokrat zaradi tega, ker imajo starostniki svojce v bližini, del anketiranih pa je bil iz podeželja, kjer je še vedno v navadi, da pomoč družini nudijo družinski člani, kar za prebivalce mest ne drži povsem, saj imajo tudi več možnosti za ustvarjanje novih in ohranjanje starih stikov z drugimi starostniki, poleg tega pa je v mestnem okolju več priložnosti za aktivno vključevanje v društva, prostovoljske organizacije in aktivnosti, ki so namenjene starostnikom ter spodbujajo druženje, starostnikov vsakdan zapolnijo z raznimi aktivnostmi in krepijo medosebne odnose.

Filipovič, Kogovšek in Hlebec (2005) navajajo, da sosedje postanejo primarna opora za starostnike v primerih pomanjkanja družinskih virov pomoči, kar smo lahko opazili tudi pri anketiranki, ki ima svoje otroke v tujini in so ji uredili pomoč sosedov. Vendar pa se z analizo omrežij starostnikov, kjer pomemben vir opore starostnicam predstavljajo sosedje (Hlebec, 2004; povz. po Filipovič, Kogovšek in Hlebec, 2005, str. 207), ne moremo povsem strinjati, saj je v našem primeru le osem od 95 starostnikov navedlo, da se v težavah obrnejo na sosede.

Svetovna zdravstvena organizacija (2006; povz. po Apohal Vučkovič, 2006, str. 101) navaja, da je nezmožnost samostojnega opravljanja življenjskih aktivnosti oseb odvisna od fizičnih ali psihičnih omejitev, prav to lahko zasledimo tudi v odgovoru naših anketirancev, ki navajajo, da morajo biti pazljivi pri hoji, da ne padejo, da lahko vsaka

najmanjša ovira povzroči padec, ki posledično privede do poškodb, bolečin in težav, ki zahtevajo zdravstveno obravnavo. Zaradi oslabelosti, preteklih poškodb ali trenutnega stanja so toliko bolj pozorni na zunanje vplive, ki bi lahko privedli do dodatnih zapletov, ki v starosti lahko pomenijo veliko spremembo v odvisnosti od pomoči drugih. Ko se pričnejo pojavljati spremembe v organizmu, se vzporedno pričnejo pojavljati tudi težave, ki se kažejo kot potreba po pomoči drugih oseb (Skela Savič, Zirc in Hvalič Touzery, 2010). Starostniki v prvem starostnem obdobju ne poročajo o potrebah po pomoči drugih oseb, pri starostnikih v srednjem starostnem obdobju izstopa potreba po pomoči pri eni življenjski aktivnosti, medtem ko potrebujejo starostniki zadnjega starostnega obdobja pomoč pri dveh življenjskih aktivnostih. To potrjuje dejstvo, da se odvisnost od pomoči drugih oseb z leti povečuje. Te rezultate pa lahko povežemo z rezultati, pridobljenimi v raziskavi SHARE, ki je bila opravljena v evropskem prostoru in kjer podatki kažejo, da je delež moških, starih 80 let in več, ki so odvisni od pomoči drugih oseb, trikrat večji od deleža moških med 65. in 70. letom starosti, pri ženskah pa je ta delež še večji, saj se poveča za skoraj štirikrat (Apohal Vučkovič, 2006).

Zanimiva je trditev anketiranke 85: *»Počutim se razmeroma dobro. Glede hrbtenice redno telovadim – napotki iz bolnice. Najlažje hodim, težje sedim. Na izletu ali potovanju si pomagam z dodatno blazino na sedežu. Ker ne smem prsno plavati, si pomagam drugače.«*, ki nam lepo prikaže in potrjuje teorijo vedenjske optimizacije in kompenzacije v starosti (Freund, 2002). Obvladovanje teorije vedenjske optimizacije in kompenzacije v starosti bi bilo za zdravstvene delavce lahko koristno, saj bi s poznavanjem te teorije in delovanjem po njenih ključnih točkah dosegli bolj kakovostno zdravstveno obravnavo starostnikov, starostnike pa bi s tem spodbujali, da bi v primeru izgube določene funkcionalne sposobnosti le-to nadomestili s spremenjenim načinom življenja ali s pripomočki. S tem bi starostniki spoznali, da se stvari lahko opravijo tudi po drugi poti, mogoče daljši, vendar vseeno koristni za njih same in tako ne bi prehitro obupali nad svojim zdravstvenim stanjem, kot se je zgodilo tudi pri eni izmed naših anketirank, ki se ni uspela sprijazniti s svojim zdravstvenim stanjem.

Pahor, Domanjko in Hlebec (2009) navajajo, da so starostniki pri opredeljevanju zdravja svoje zdravje ocenili zelo različno, vsem pa je bilo skupno, da ga zelo cenijo. Nekateri so ga opisovali kot največjo srečo in bogastvo, medtem ko so ga drugi tesno

povezovali z aktivnostjo, s svobodo bivanja in neodvisnostjo. Tudi v naši raziskavi je večina starostnikov ocenila svoje zdravje kot dobro, vendar je bilo tudi nekaj starostnikov, ki jih uvrščamo med »mlade« starostnike in so svoje zdravstveno stanje ocenili kot slabo. Tudi anketiranci, ki so bili vključeni v raziskavo The Framingham Heart Study, so v večini primerov svoje zdravje ocenili kot dobro ali odlično (Murabito, Pencina, Zhu, Keiyy-Hayes, Shrader in D'Agostino, 2008).

Izsledki naše raziskave pa so na drugi strani podobni raziskavi, ki jo je opravila Kobentar (2010), ker starostniki, ki so bili vključeni v našo raziskavo, cenijo zdravje in se prilagajajo izzivom in težavam, ki pridejo z leti, kar lahko razberemo tudi iz odgovorov. Anketiranci imajo v povprečju od 2,5 do 3 kronične bolezni, njihova subjektivna ocena zdravstvenega stanja pa je na splošno dobra, zaradi česar lahko povežemo vzporednice s podatki, ki so jih pridobili Kane in sodelavci (2009), ki navajajo, da 40 % starostnikov nad 65 let ocenjuje svoje zdravje kot zelo dobro ali odlično, ostalih 32 % pa ga ocenjuje kot dobro. Pri vseh starostnih skupinah se tehnica preveša v pozitivno smer, tako da lahko predpostavimo, da se v našem primeru subjektivna ocena zdravja razlikuje od dejanske-objektivne samostojnosti, saj iz odgovorov lahko razberemo, da imajo starostniki lahko več različnih težav in bolezni, pa se vseeno počutijo dobro, nekateri tudi zaradi tega, ker so se s težavami navadili živeti. Vidimo, da subjektivno zdravje v povprečju ocenjujejo kot dobro, odvisnost od pomoči drugih oseb pa se s starostjo povečuje, s čimer potrdimo tezo, da se subjektivna ocena zdravja razlikuje od dejanske-objektivne samostojnosti.

Zanimivi pa so subjektivni opisi zdravja, kjer starostniki navajajo, da je njihovo zdravje primerno njihovi starosti. Le-te lahko zasledimo pri tretjini anketiranih, ki so bili vključeni v raziskavo. Menimo, da so ti opisi pozitivistično naravnani in so se ti starostniki na starost pripravili ter jo sprejemajo takšno, kakršna je, z vzponi in padci, ki z leti pridejo. Predvsem pa bi bilo pri starostnikih potrebno vzbuditi boljše mnenje o starosti, kot ga ima na primer anketiranec 15: *»Z ozirom na leta sem star. Brez večjih težav seveda ne gre, vendar pa kdor ne misli imeti na stara leta težave, naj kar mlad umre. Živeti naprej, saj je tudi starost po svoje zanimiva, samo da so glidi (ogrodje) in glava kolikor toliko zdravi.«*

Rezultati so pozitivni predvsem zaradi tega, ker so bili v raziskavo vključeni starostniki, ki živijo v domačem okolju. Če bi opazovali starostnike, ki živijo v domovih starejših

občanov in potrebujejo pomoč zdravstvenega osebja bi dobili povsem drugačne rezultate. V prihodnje bi bilo dobro narediti primerjalno študijo med starostniki, ki živijo v domačem okolju, in med tistimi, ki so v domovih upokojencev. S tem bi dobili boljši vpogled v zdravstveno stanje starostnikov, ki živijo na Jesenicah in okolici, ter v njihovo subjektivno zaznavanje zdravja.

Odvisnosti od pomoči drugih oseb ni mogoče ustaviti, lahko pa jo premaknemo na kasnejše starostno obdobje s tem, da starostnike pripravimo ter jih s pravilno preventivo in zdravstveno vzgojo še bolj spodbujamo k aktivnosti in zdravemu načinu življenja ter k vključevanju v društva, ki starostnike zaposlijo ter jim nudijo občutek pripadnosti. Starostnike je potrebno spodbujati k aktivni starosti ter pregnati misel, da se z upokojitvijo njihova aktivnost konča. Veliko je koristnih stvari, ki nam jih starostniki lahko nudijo, od naukov, znanja, do pomoči v gospodinjstvu in podobno. Malo je potrebno, da se starostniki počutijo zaželene in koristne, prav tako kot je malo potrebno za dobro razumevanje. Po drugi strani pa je tudi malo potrebno, da starostnik lahko izgubi voljo do spopadanja z vsakodnevnimi tegobami, zaradi česar še hitreje pride do poslabšanja zdravstvenega stanja ter njegove odvisnosti od pomoči drugih oseb.

Avtorji Latimer, Davis, Bagley in Kipling (2011) pa v svojem članku razpravljajo o biogerontologiji in obravnavi starostnikov. Avtorji so mnenja, da nam lahko biogerontologija pomaga razumeti procese, ki vodijo do kroničnih in onesposablajočih bolezni v starosti, na drugi strani pa razpravljajo, da je potrebno najti način, da se izpopolni izobraževanje ter praktično delo bodočih zdravstvenih delavcev, da bi se spremenila mišljenje in odnos do staranja, starosti in starostnikov.

Učenje se prične že v otroštvu. Z navadami, ki jih sprejmemo v mladosti, nato plujemo skozi življenje in v kolikor so te navade oziroma razvade negativne, se naše vedenje kasneje odraža v starosti, ko nastopijo težave in bolezni, ki so posledica nezdravega načina življenja.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati, ki smo jih dobili v naši raziskavi, so nam prikazali, da je zdravstveno stanje starostnikov primerljivo z zdravstvenim stanjem starostnikov v Evropi. Starostniki, ki živijo v domačem okolju, so še vedno zelo aktivni in potrebujejo le malo pomoči drugih oseb, vendar to ne pomeni, da lahko kar pozabimo nanje in jih odmislimo z mislijo, da naše pomoči ne potrebujejo. Pomembno je, da se zavedamo, da je koristno vzpostaviti medgeneracijsko sodelovanje in povezovanje, saj je tudi starostnike potrebno spodbujati in jim dajati občutek, da jih potrebujemo.

Menimo, da bi bilo potrebno tudi za starostnike, ki živijo v primestnem okolju, urediti možnosti za druženje, kakršne imajo v mestih, saj bi s tem zapolnili prosti čas za druženje, spoznavanje in navezovanje stikov. Tako bi se namreč starostniki počutili koristne, pregnana pa bi bila marsikatera grenka misel. Le redki, predvsem mlajši starostniki, lahko pridejo v mesto, na primer v društvo upokojencev, kjer je za starostnike organiziranih veliko zanimivih ter koristnih dejavnosti. Tistim, ki te možnosti nimajo ali zaradi zdravstvenih, ali zaradi tehničnih težav pa bi lahko vzdušje pripeljali bližje njihovem domu.

Tudi za starostnike, ki živijo v domačem okolju, bi bilo potrebno uvesti spremljanje njihovih zmožnosti za opravljanje instrumentalnih in osnovnih življenjskih aktivnosti. S kategorizacijo starostnikov bi kasneje lahko dosegli tudi večkratne obiske patronažne medicinske sestre, ki bi jih spremljala in jim svetovala o zdravstvenem stanju. Zato pa bi bilo potrebnih več medicinskih sester, poglobiti bi bilo potrebno izobraževanja o geriatrični zdravstveni negi, izdelati obrazce za spremljanje starostnikov. Za izboljšanje funkcij in podaljševanje obdobja samostojnosti starostnikov pa bi v njihovo obravnavo lahko vključili model geriatrične obravnave kroničnih bolezni. Na drugi strani pa bi lahko ustanovili društvo prostovoljcev, ki bi pomagalo starostnikom, ki so iz primestnega okolja, da bi občutili utrip življenja, ki ga imajo starostniki v mestih.

Če bi želeli bolj poglobljeno ugotoviti, kolikšna je odvisnost starostnikov od pomoči drugih oseb, bi morali za nadaljnje raziskave izdelati bolj natančen vprašalnik, ki bi morebiti vseboval tudi naloge ravnotežja, orientacije in podobno.

V raziskavo pa bi bilo potrebno zajeti vse starostnike, ne le tistih, ki živijo v domačem okolju, ampak tudi tiste, ki so nastanjeni v domovih za starejše občane. Pridobljene rezultate pa bi primerjali in le tako bi dobili vpogled v dejansko zdravstveno stanje vseh starostnikov, ki živijo na Jesenicah in v okolici.

5 LITERATURA

Apohal Vučkovič L. Socialna vključenost starih. In: Javornik J, eds. Socialni razgledi 2006. UMAR - Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. Dostopno na: http://www.umar.gov.si/publikacije/socialni_razgledi/publikacija/zapisi/socialni_razgledi_2006/ (1.1.2011).

Boggatz T, Dijkstra A, Lohrmann C, Dassen T. The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60 (5): 561-9.

Domanjko B, Pahor M. Doživljanje staranja v povezavi z zdravjem in aktivnostjo. In: Rugelj D, Sevšek F, eds. Zbornik predavanj / Raziskovalni dan Zdravstvene fakultete; 2009 Dec 4; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2009.

Dominkuš D. Zakon o dolgotrajni oskrbi. *Kakovostna starost – revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*. 2010;13 (1): 3-10.

Ebersole P, Hess P, Touhy T, Jett K. *Gerontological nursing & healthy aging*. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005.

Filipovič M, Kogovšek T, Hlebec V. Starostniki in njihova vpetost v sosedska omrežja. *Družboslovne razprave*. XXI 2005; 49/50: 205-21. Dostopno na: <http://dk.fdv.uni-lj.si/dr/dr49-50FilipovicKogovsekHlebec.PDF>

Fine M, Glendinning C. Odvisnost, neodvisnost ali medsebojna odvisnost? Ponovna preučitev vidikov »oskrbe« in »odvisnosti«. *Kakovostna starost – revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*. 2007; 10 (4): 9-24.

Freund AM. Selection, Optimization and Compensation. *Encyclopedia of Aging*. 2002. Dostopno na: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3402200367.html> (10.03.2012).

Horvat AS. Telesna aktivnost starostnikov. Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenj Gradec; 2011. Dostopno na: http://www.dmsbzt-sg.si/2011/images/stories/A.Horvat_Telesna_aktivnost_starostnikov.pdf (1.09.2011).

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

Jacelon CS, Furman E, Rea A, Macdonald B, Donoghue LC. Creating a Professional Practice Model for Postacute Care – Adapting the Chronic Care Model for Long-Term Care. *Journal of Gerontological Nursing*. 2011; 37 (3): 53-60.

Kane R, Ouslander J, Abrass I, Resnick B. *Essentials of Clinical Geriatrics*. New York [etc.]: McGraw Hill; 2009.

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: zbornik prispevkov / Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo*; 2010 Jun 21, 22; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Kobentar R. *Modeli obravnave oseb z demenco v domovih starejših občanov* [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2011.

Kogoj A. Psihološke potrebe v starosti. *Zdrav Vestn*. 2004; 73: 749-51. Dostopno na: <http://www.vestnik.szd.si/st4-10/749-751.pdf> (1.8.2011).

Kovačik A. *Človek v socialnem okolju*. Ljubljana: Zavod IRC; 2009. Dostopno na: http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Clovek_v_socialnem_okolju-Kovacik.pdf (1.8.2011).

Latimer J, Davis T, Bagley CM, Kipling D. Ageing science, health care and social inclusion of older people. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2011; 12 (1): 11-6.

Lowry AK, Vallejo NA, Studenski AS. Successful Aging as a Continuum of Functional Independence: Lessons from Physical Disability Models of Aging. *Aging and Disease*. 2012; 3 (1): 5-15.

Lužar S. Kakovost življenja starejših v Sloveniji [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2010.

Mirc A, Čuk V. Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanca z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege. *ObzorZdrN*. 2010; 44 (3): 163-72.

Murabito MJ, Pencina JM, Zhu L, Keiiy-Hayes M, Shrader P, D'Agostino BR. Temporal Trends in Self-Reported Functional Limitations and Physical Disability Among the Community-Dwelling Elderly Population: The Framingham Heart Study. *American Journal of Public Health*. 2008; 98 (7): 1256-62.

Novljan E, Jelenc D. Odraslost osebe z motnjami v duševnem razvoju. Starostnik z motnjami v duševnem razvoju. Ljubljana: Zveza Sožitje – zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije; 2002.

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

Poredoš P. Zdravstveni problemi starostnikov. *Zdrav Vestn*. 2004; 73: 753-6.

Ramovš J. Potreba po oskrbi in oskrbovanje tretje generacije v občini Komenda. *Kakovostna starost – revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*. 2007;10 (3): 28-43.

Skela Savič B, Zorc J, Hvalič Touzery S. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *ObzorZdrN*. 2010; 44 (2): 89 – 100.

Strategija varstva starejših do leta 2010 – Solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2006. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/strategija-SI-starejsi.pdf (1.1.2011).

SURS – Statistični urad Republike Slovenije. Staranje prebivalstva v Sloveniji, 2010. Dostopno na: <http://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf> (20.3.2011).

Vertot N. 1. oktober, mednarodni dan starejših. SURS. 2009. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2671 (19.2.2011).

Železnik D. Pomen izobraževanja študentov za zdravstveno nego starega človeka. In: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, Rustja N, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika: zbornik prispevkov / Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo; 2010 Jun 21, 22; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Moje ime je Maja Pozvek in sem absolventka zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

V okviru diplomske naloge želim raziskati, v kolikšni meri se pojavlja neodvisnost pri starostnikih, ki so stari 65 let ali več. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno v raziskovalne namene s ciljem ugotoviti stopnje neodvisnosti starostnikov.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anketa je anonimna.

Vaši podatki, ki naj bodo odraz resnične situacije, lahko pomembno vplivajo na razvoj celostne obravnave starostnikov in na razumevanje neodvisnosti.

Že vnaprej se Vam zahvaljujem za Vaš trud in sodelovanje.

S spoštovanjem

Maja Pozvek

I. Demografski podatki:

Vpišite koliko ste stari:

Obkrožite Vaš spol:

- a. ženski
- b. moški

Obkrožite kje živite:

- a. mesto
- b. vas

Obkrožite Vaš zakonski stan:

- a. poročen
- b. ločen
- c. ovdovel

Obkrožite, s kom živite:

- a. sam
- b. s partnerjem
- c. z otrokom
- d. z vnukom

II. Podatki o zdravstvenem stanju:**Obkrožite enega ali več odgovorov:****Katere bolezni imate:**

- a. povišan krvni tlak
- b. bolezni dihal
- c. rakasto obolenje
- d. bolezni srca in ožilja
- e. depresija
- f. kronične degenerativne bolezni (artritis, koronarna srčna bolezen, Alzheimerjeva bolezen,...)
- g. sladkorna bolezen
- h. ateroskleroza
- i. osteoporoza
- j. zlom kolka
- k. povišane maščobe v krvi
- l. bolezni hrbta
- m. drugo: _____

Obkrožite, koliko različnih zdravil uporabljate dnevno:

- a. Uporabljam eno do dve različni zdravili dnevno
- b. Uporabljam tri do štiri različna zdravila dnevno
- c. Uporabljam štiri ali več različnih zdravil dnevno
- d. Ne vem, ker mi zdravila pripravijo svojci, sosedi,...

Prosim Vas, če mi lahko opišete, koliko časa trajajo težave z zdravstvenim stanjem, ko se pojavijo. Ali kdaj prenehajo, ali so stalne in kako bi jih opisali.

Prosim Vas, če mi lahko opišete, kdo in na kakšen način Vam pomaga, ko potrebujete pomoč. Svojci (hči, sin, zakonec, vnuki,...), sosedi ali druge osebe.

Prosim Vas, če lahko kar se da natančno, opišete svoje zdravje. Zanima me, kako ga sami ocenjujete in kako se počutite.

S križcem označite naslednje trditve, kot velja za vas na splošno, z ocenami od 1 do 5. Višje, ko je število, bolj ta trditev velja za vas. Posamezno trditev lahko ocenite takole:

- z 1, če se s trditvijo popolnoma ne strinjate,
- z 2, če se s trditvijo ne strinjate,
- s 3, če se s trditvijo delno strinjate,
- s 4, s trditvijo se strinjate,
- s 5, s trditvijo se popolnoma strinjate.

Primer označevanja:

1	2	3	4	5
				✗

	TRDITEV	1	2	3	4	5
1.	Pri dihanju nimam težav					
2.	Težave pri dihanju se pojavijo, ko sem fizično aktiven.					
3.	Težave pri dihanju imam, ko mirujem.					
4.	Obroke si v celoti pripravim sam.					
5.	Pripravim si lahko manjše obroke, za večje poskrbijo drugi.					
6.	Celotne obroke mi pripravijo drugi - svojci, sosedi,...					
7.	Za hranjenje ne potrebujem pomoči druge osebe.					
8.	Potrebujem posebno vrsto hrane - pasirana, kašasta,...					
9.	Zaužijem 3 do 5 obrokov dnevno.					
10.	V trgovino hodim sam.					

11.	V trgovino hodim sam, vendar potrebujem prevoz.					
12.	V trgovino hodim s spremstvom.					
13.	V trgovino hodijo drugi - svojci, sosedi,...					
14.	Potrebujem pomoč pri vstajanju iz postelje.					
15.	Nimam težav s spanjem.					
16.	Ponoči se pogostokrat zbudim (več kot dvakrat na noč).					
17.	Potrebujem več kot 30 minut preden zaspim.					
18.	Potrebujem pomoč pri umivanju enega dela telesa (hrbet, omrtveli ud,...).					
19.	Potrebujem pomoč pri vstopanju in/ali izstopanju iz kadi.					
20.	Potrebujem pomoč pri umivanju več kot enega dela telesa.					
21.	Potrebujem pomoč pri striženju nohtov.					
22.	Brez pomoči lahko uporabljam telefon.					
23.	Za klicanje uporabljam poseben telefon.					
24.	Ne morem uporabljati telefona.					
25.	Nimam telefona.					
26.	Vozim avtomobil ali sam potujem s taksijem, avtobusom,...					
27.	Potujem, vendar potrebujem spremstvo.					
28.	Ne potujem.					
29.	Na stranišče hodim samostojno.					
30.	Po uporabi stranišča se sam uredim.					
31.	Potrebujem pomoč, da lahko pridem do stranišča.					
32.	Uporabljam posteljno posodo.					
33.	Imam težave z uhajanjem urina in/ali blata.					
34.	Samostojno opravljam težja hišna opravila (čiščenje tal,...).					
35.	Samostojno opravljam lažja hišna opravila, pri težjih potrebujem pomoč.					
36.	Ne morem opravljati hišnih opravil.					
37.	Samostojno se gibam po prostoru.					
38.	Za gibanje po prostoru uporabljam pripomočke (hojica,...)					
39.	Potrebujem pomoč drugih pri premikanju od postelje do stola.					
40.	Sam pripravim in zaužijem zdravila ob primernem času.					

	TRDITEV	1	2	3	4	5
41.	Zdravila zaužijem, vendar me mora nekdo opomniti ali jih pripraviti.					
42.	Sam ne zaužijem zdravil.					
43.	Sam izberem oblačila in se oblečem.					
44.	Potrebujem delno pomoč pri oblačenju.					
45.	Potrebujem popolno pomoč pri oblačenju.					
46.	Sam skrbim za nakupe, plačevanje računov.					
47.	Potrebujem pomoč pri vodenju računov, za ostale nakupe skrbim sam.					
48.	Ne upravljam s svojim denarjem.					
	Instrumentalna dnevna opravila					
	Osnovna dnevna opravila					

III. Preživljanje prostega časa:

Obkrožite enega ali več odgovorov, ki veljajo za Vas:

Kako preživljate prosti čas?

- Gledam televizijo
- Berem revije, časopise
- Družim se s prijatelji
- Se sprehajam
- Se ukvarjam z ročnimi deli (pletenje, kvačkanje, delanje gobelinov, šivanje,...)
- Pazim na vnuke
- Drugo: _____

S katero vrsto telesne aktivnosti se ukvarjate?

- Sprehajanjem
- Hitro hojo
- Vrtnarjenjem
- Plavanjem
- Razgibavanjem v bazenih
- Plesom
- Drugo: _____

Hvala za Vaš trud in sodelovanje.

S spoštovanjem

Maja Pozvek