



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**KAKOVOST ŽIVLJENJA V STAROSTI –
VIDIKI ZDRAVSTVENE VZGOJE**

**QUALITY OF LIFE IN THE AGE - ASPECTS
OF HEALTH EDUCATION**

Mentorica: dr. Radojka Kobentar, viš. pred. Kandidatka: Mojca Lajhar

Jesenice, februar 2014

ZAHVALA

Rada bi se zahvalila vsem, ki so sodelovali pri ustvarjanju mojega diplomskega dela, tako varovancem Lambrechtovega doma kot osebam iz domačega okolja, ki so brez oklevanja s polno mero dobre volje privolili v sodelovanje.

Prav posebna zahvala je namenjena mentorici, dr. Radojki Kobentar, viš. pred., za vse nasvete, podporo ter vzpodbudo pri ustvarjanju diplomskega dela.

Posebna zahvala velja tudi gospe Renati Kotnik za pomoč pri prevajanju tuje literature. Več kot besedo hvala pa si zaslužijo tudi Valerija Lajhar, Petra Fijavž, Sara Fijavž ter Alojz Pivec. Nudili so mi nenehno pomoč ter nasvete, ki so mi pomagali pri doseganju tako zelenega cilja, kot je diplomsko delo.

Ne nazadnje pa bi se želela zahvaliti celotni družini, ki mi je stala ob strani, me podpirala in mi v najtežjih trenutkih pomagala prebroditi breme, ki me je pripeljalo do zelenega cilja.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Starost je obdobje najbolj intenzivnih sprememb zaradi različnih dejavnikov, ki imajo vpliv na kakovost življenja. Zaradi večplastnega življenjskega obdobja se pri ohranjanju kakovosti življenja v starosti vključujejo tudi medicinske sestre, ki z zdravstveno vzgojnim delovanjem prispevajo k vzdrževanju zdravja kot enem od dejavnikov kakovosti.

Cilji: Cilj raziskovalnega dela je poglobljeno spoznavanje dejavnikov kakovosti življenja starostnikov ter preučevanje vključevanja v koncept zdravstvene vzgoje.

Metoda: Raziskavo smo izvedli v obdobju od 3. 7. do 13. 7. 2013 s pomočjo polstrukturiranega intervjuja. Uporabljen je bil namenski vzorec, v katerem je sodelovalo 10 oseb, starih nad 65 let, od tega 5 žensk ter 5 moških, ki živijo v domačem okolju ter v domski oskrbi v Lambrechtovem domu Slovenske Konjice.

Rezultati: Rezultati raziskave prikazujejo kakovost življenja v starosti, ki je predstavljena v obliki objektivnih in subjektivnih dejavnikov, le-ti pa se deloma prekrivajo. Pri subjektivnih dejavnikih smo za analizo intervjujev oblikovali kategorijo, poimenovano kakovost življenja, ki je nasičena s kodami socialna mreža, prosti čas ter človeške vrednote. Ugotovili smo, da imajo starostniki emocionalne težave ter kar nekaj težav z ekonomskim stanjem. Starostniki so motivirani za ohranjanje kakovosti življenja in jih k temu najbolj spodbujajo njihovi družinski člani. Ugotavljali smo pomen skrbi za zdravje, kjer ugotovitve prikazujejo, da so vsi intervjuvanci pripravljeni ohranjati svoje zdravje, sodelovati s svojci ter zdravstvenim osebjem pri načrtovanju ter izvajanju zdravstveno-vzgojenega dela.

Razprava: Kakovost življenja se s starostjo spreminja zaradi mnogih dejavnikov (zdravstveno stanje, samostojnost, smrt, odhod otrok, odhod v dom, ekonomsko stanje, socialni odnosi), kjer igra predvsem zdravje starostnikov pomembnejšo vlogo. Starostniki so se pripravljene spoprijeti z izzivi, ki vplivajo na izboljšanje kakovosti njihovega življenja, kar v prvi vrsti pomeni skrb za zdravje. Pomembno je, da je starostnik aktivno vključen v zdravstveno obravnavo in tako ohranja samostojnost in avtonomijo ter zadovoljstvo z življenjem.

Ključne besede: staranje, kakovost življenja, zdravstvena vzgoja, zdravje, bolezen.

ABSTRACT

Theoretical background: Old age is a period of the most intensive changes in our life due to different factors influencing the quality of our life. To preserve the quality of life in old age nurses are involved in this multi-stratum life period and contribute to the health maintenance by performing health care activities.

Aims: My research is aimed at perceiving the life quality factors precisely as well as the research of health education incorporation.

Method: The research was carried out between 3 July and 13 July 2013 by using a semi-structured interview and a deliberate pattern comprising statements of 10 people over 65 years old (5 male and 5 female) who live in their home environment and in the nursing home of "Lambrechtov dom" in Slovenske Konjice.

Results: The survey results show the quality of life in old age, which is presented in the form of partially overlapping objective and subjective factors. In the case of the subjective factors for the analysis of interviews a category named the quality of life was formed. It is saturated with codes of social network, leisure and human values. It was determined that older people have several economic as well as emotional problems. Older people are motivated to maintain the quality of life and are mostly encouraged by their family members. According to our findings all participants are willing to preserve their health, cooperate with their relatives and medical staff when planning and performing health education.

Discussion: The quality of life has been changing when aging due to various factors (health situation, independence, death, children leaving their home, going to the nursing home, economic situation, social relations). As a matter of fact health plays the most important role. The elderly are willing to deal with challenges influencing their quality of life, on the first place the care for their health. It is of great importance that they participate actively in health care and stay independent and satisfied with their life.

Keywords: aging, quality of life, health education, health, illness.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	KAKOVOST ŽIVLJENJA V STAROSTI	2
2.1.1	Staranje in kakovost življenja	2
2.1.2	Objektivni in subjektivni kazalniki kakovosti življenja	3
2.1.3	Ocenjevanje kakovosti življenja v starosti	4
2.2	ZDRAVSTVENA VZGOJA IN PROMOCIJA ZDRAVJA	6
2.2.1	Pomen zdravstvene vzgoje in promocije zdravja.....	6
2.3	DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA SPREMEMBO KAKOVOSTI ŽIVLJENJA V STAROSTI	7
2.3.1	Zdravje in bolezen v starosti.....	7
2.3.2	Kronične bolezni v starosti	9
2.3.3	Telesne gibalna aktivnost in kakovost življenja v starosti	10
2.3.4	Vpliv prehranjevanja na zagotavljanje kakovosti življenja v starosti.....	12
2.3.5	Socialna mreža v starosti	14
2.3.6	Odhod starostnika v dom.....	16
2.3.7	Vpliv upokojitve na kakovost življenja v starosti.....	16
2.3.8	Avtonomija in motivacija starostnikov	17
3	EMPIRIČNI DEL	19
3.1	PROBLEMI IN CILJI RAZISKAVE	19
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	19
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	20
3.3.2	Opis instrumentarija	20
3.3.3	Opis vzorca	21
3.3.4	Opis postopka zbiranja in obdelave podatkov	21
3.4	REZULTATI	23
3.5	RAZPRAVA	32
4	ZAKLJUČEK	38
5	LITERATURA	39
6	PRILOGE	47
6.1	INSTRUMENT	47
7	PRILOGA 2	50
7.1	INSTRUMENT 2	50
7.2	SOGLASJE SOODELUJOČIH	51

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki starostnikov, vključenih v raziskavo	21
Tabela 2: Predstavitev kod ter kategorij kakovosti življenja v starosti.....	24
Tabela 3: Ključni dejavniki kakovosti življenja v starosti (vprašanje iz vprašalnika št. 6, 7, 8, 9, 10)	25
Tabela 4: Povezanost med objektivnimi in subjektivnimi dejavniki kakovosti življenja v starosti (vprašanje iz vprašalnika št. 11, 12).....	28
Tabela 5: Motiviranost starostnikov za spremembe življenjskega sloga (vprašanje iz vprašalnika št. 13, 14).....	31
Tabela 6: Zdravstvena vzgoja starostnikov (vprašanje iz vprašalnika št. 15, 16, 17)	32

1 UVOD

Kakovost življenja predstavlja širši sklop dejavnikov, kot so zdravje, samostojnost, avtonomija, ohranitev socialnih stikov ter stabilen ekonomski položaj. Vse našete dejavnike si starostnik prizadeva v celoti ali vsaj delno ohranjati skozi celoten življenjski cikel. Če se ti dejavniki pomembneje spremenijo, človek doživlja nezadovoljstvo ali pa izgubi motivacijo, da bi te dejavnike povrnil čim bližje optimalni vrednosti oziroma jih zapolnil z nečim novim. Kakovost življenja je odvisna od subjektivnega doživljanja, saj si jo vsak posameznik predstavlja drugače. Starostniki običajno že imajo ustaljene predstave o dejavnikih, ki jim izboljšujejo ali poslabšujejo kakovost življenja. Kakovost življenja je sestavljena iz objektivnih in subjektivnih kazalnikov kakovosti, ki se v življenju spreminjajo. Če imajo starostniki zadovoljene stabilne objektivne kazalnike kakovosti življenja, imajo pogosto zadovoljene tudi subjektivne kazalnike kakovosti življenja.

Življenje starostnikov pa je sestavljeno iz veliko prelomnih trenutkov, ki lahko porušijo ravnovesje kakovostnega življenja v starosti. Starostnik je postavljen v situacijo, ki je lahko vidna kot brezizhodna ali pa mu predstavlja nov izziv, ki bo spremenil njegovo življenje in dvignil kakovost življenja na višjo raven. Človek se uči skozi vse življenje, vendar se zaradi napredujoče tehnologije in hitrega načina življenja starostniki pogosto ne znajo prilagoditi vsem novostim in zahtevam, ki jih predstavlja današnje življenje. Zato je naloga zdravstvene vzgoje ter zdravstvenega osebja, da starostniku približa nove možne načine, kako izboljšati kakovost življenja v starosti z enostavnejšimi pristopi. Seveda pa je treba vložiti ogromno dela ter truda v sami pripravi in izvedbi zdravstveno vzgojnega dela.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 KAKOVOST ŽIVLJENJA V STAROSTI

2.1.1 Staranje in kakovost življenja

Starost je sama po sebi vrednota, posebna življenjska oblika, ki posega v družbeno okolje, ga plemeniti in množi oblike življenja. Biti star je prav tako vrednota kot biti mlad ali biti moški, ženska. Daljše življenje namreč ne sme pomeniti zmanjšanja kakovosti življenja (Železnik, Železnik, Panikvar Žlahtič, 2011).

Kakovost življenja v pozni odraslosti (tj. starosti) raziskovalci splošno opredeljujejo v smislu objektivnega niza socialno materialnih meril, ki določajo pogoje posameznikovega življenja in potencialno prispevajo h kakovostnejšemu življenju starostnikov (na primer primerno stanovanje, dostopnost zdravstvenih in socialnih storitev, zadostna pokojnina) ter v smislu posameznikovih subjektivnih življenjskih izkušenj, tj. subjektivnih ocen njihovih objektivnih življenjskih pogojev. Objektivna in subjektivna merila za presojanje življenjskih pogojev se med seboj povezujejo, vendar se navadno ne prekrivajo v večji meri, saj se posameznikovi standardi in/ali potrebe vedno ne ujemajo s standardi strokovnjakov, socialnih in zdravstvenih institucij. Poleg tega si ljudje objektivno enake življenjske pogoje razlagamo različno (Zupančič, 2004a).

Kot sinonim za kakovost življenja starejših ljudi se pogosto uporabljajo izrazi kot uspešno staranje, optimalno staranje in pozitivno staranje (Lah, Pahor, Hlebec, 2008).

Ni gotovo, ali se kakovost življenja spreminja s starostjo, ali so ljudje različnih starosti enako zadovoljni s svojim življenjem (Cumminis et al., 2003).

Svetovna zdravstvena organizacija (Defenition of an elderly person,2012) je sprejela starost 65 let kot mejo,ko posameznika opredeljuje kot starejšega. To starostno mejo sprejema tudi gerontološka znanost. Ebersol in sodelavci (2005, povz. po Skela

Savič, 2010, str. 19) povzemajo delitev starostnikov v tri skupine »mladi« starostniki (65 do 74 let), »srednji« starostniki (75 do 84 let) in »stari« starostniki (85 in več).

National Service Framework for Older People (2001, povz. po Skela Savič, 2010, str. 19) razvršča starostnike glede na njihove aktivnosti in položaj v družbi v tri skupine:

- vstopna skupina so tisti, ki so se ravnokar upokojili, so aktivni in neodvisni. Cilj pri tej skupini je ohraniti zdravje, promovirati zdravje in aktivno življenje;
- tranzicijska skupina so tisti, ki so v vmesni fazi med zdravljenjem, aktivnim življenjem in pojavom šibkosti na nekaterih življenjskih aktivnostih. Cilj je pravočasno zaznavanje nastalih problemov in zagotavljanje pravočasnih in ustreznih ukrepov, ki preprečujejo dolgotrajno odvisnost starostnikov. To obdobje se začne pojavljati med sedmim in osmim desetletjem življenja človeka;
- skupina šibkih predstavljajo starostniki, stari nad 80 let. Ta skupina posameznikov se sooča z resnejšimi zdravstvenimi problemi, kot so posledice kapi, demence, in so potrebni zdravstvene nege in oskrbe ter socialne pomoči. Šibkost starostnika se pojavi v poznih letih življenja, starostnik potrebuje pomoč in podporo, potrebne so intervencije na področju fizične, psihične in socialne pomoči.

2.1.2 Objektivni in subjektivni kazalniki kakovosti življenja

Kakovost življenja je po mnenju večine avtorjev kompleksen, abstrakten in multidimenzionalen koncept, ki ga ni lahko opredeliti in izmeriti. V raziskavah, ki se ukvarjajo s kakovostjo življenja, avtorji uporabljajo različne opredelitve in različna raziskovalna orodja (Bowling, Gabriel, Dykes, 2003; McKevitt et al., 2003; Hendry, McVittie, 2004).

Kakovost življenja dandanes pomeni splošno dobro počutje (fizično, materialno, socialno in čustveno, osebnostni razvoj in aktivnost), na katerega vplivajo tako

objektivni parametri, kot so subjektivno dojetje in vrednotenje pod vplivom posameznikovih stališč (Martinis, 2005).

Stiglitz, Sen, Fittousi (2009) so tako na svojem področju podali ključne razsežnosti objektivnih ter subjektivnih kazalnikov kakovosti življenja, kot so: materialne razmere (dohodek, potrošnja in bogastvo), zdravje, izobraževanje, osebne aktivnosti in delo, upravljanje, družbene vezi, okolje ter varnost (ekonomska, osebna).

Fahey, Nolan in Whelan (2003) so definirali tri pristope obravnave koncepta kakovosti življenja:

- prvi koncept poudarja posameznikovo življenjsko situacijo. Koncept govori o mikro perspektivi, kjer so življenjski pogoji in posameznikovo razumevanje le-teh ključnega pomena. Za preučitev življenjske situacije posameznika je treba upoštevati kontekst, v katerega je posameznik postavljen, in zato preučiti tudi ekonomsko in socialno situacijo, družbe, v kateri posameznik živi;
- drugi koncept je multidimenzionalni koncept. Sam koncept govori o tem, da je treba pri preučevanju kakovosti življenja upoštevati več dimenzij življenja ter hkrati vpliv le-teh na medsebojno delovanje;
- tretji koncept kakovosti življenja je treba preučevati tako z objektivnimi kot subjektivnimi kazalniki kakovosti. Subjektivni kazalniki so pomembni za identifikacijo posameznih ciljev in orientacije.

2.1.3 Ocenjevanje kakovosti življenja v starosti

Staranje je proces, ki poteka vse življenje. Kakovostna starost je v veliki meri odvisna od navad, sprejemanja in načina življenja že v zgodnjih, aktivnih letih (Davidovič, 2006). »Enotne definicije kakovosti življenja ni. Pri Svetovni zdravstveni organizaciji definirajo kakovost življenja kot posameznikovo zaznavanje družbenega položaja v življenju, povezanega s kulturo oziroma s sistemom vrednot v

okolju, v katerem živi, in z njegovimi osebnimi cilji, pričakovanji in merili« (Buck et al., 2000 cit. po Kuralt, Goljar, 2009, str. 1).

»Short Form Survey« (SF-36), je lestvica za ocenjevanje od zdravja odvisne kakovosti življenja. Vprašanja niso specifična niti za določeno starostno skupino niti za vrsto bolezni ali zdravljenja. Sestavljena je iz 36 delov, vsak pa je razdeljen na 8 področij. Področja, ki jih zajema lestvica SF-36 so (Ware, Sherborne, 1992 cit. po Rautar, Puntgartnik, 2008, str. 38):

- omejitev pri telesnih dejavnostih zaradi zdravstvenih težav,
- omejitev pri socialnih dejavnostih zaradi telesnih ali čustvenih težav,
- omejitev pri običajnih dejavnostih zaradi telesnih zdravstvenih težav,
- telesna bolečina,
- splošno duševno zdravje (psihološki stres in dobro počutje),
- omejitev pri običajnih dejavnostih zaradi čustvenih težav,
- vitalnost (energija in utrujenost),
- splošna percepcija lastnega zdravja.

Hicky in sodelavci (2005) poudarjajo, da je v zadnjem desetletju kakovost življenja Quality of life (QOL) postala pomembna in dobro raziskana spremenljivka, povezana z zdravjem. Obstaja več instrumentov ocenjevanja kakovosti življenja, med njimi World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL-100), instrument, ki je prirejen za starejše ljudi World Health Organization Quality of Life for Older Persons (WHOQOL-Old), in instrument, ki se osredotoča na zdravstvene vidike kakovosti življenja Health Related Quality of Life (HR-QOL). Razviti so tudi instrumenti za merjenje splošnega zdravja in posebnih bolezni. Avtorji poudarjajo, da se je v prihodnosti treba bolj osredotočiti na subjektivni vidik.

Križman opredeljuje (2012), da je ocenjevanje kakovosti življenja v starosti, kot je življenjski standard, količina denarja ali kot posameznikov dostop do blaga in storitev razmeroma lahko merljiv. Druge njene sestavine: zadovoljstvo, sreča, zdravje, okolje in inovacije – pa se merijo precej težje.

2.2 ZDRAVSTVENA VZGOJA IN PROMOCIJA ZDRAVJA

2.2.1 Pomen zdravstvene vzgoje in promocije zdravja

Definicij zdravstvene vzgoje je več, vendar je vsem skupno poudarjanje procesa učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanja in ne le znanja o zdravem načinu življenja (Hoyer, 2005). »Sodobna definicija zdravstvene organizacije (SZO)- World Health Organization (WHO) pravi, da je zdravstvena vzgoja kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki dosežejo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo, kako postanejo in ostanejo zdravi, in naredijo vse za varovanje zdravja ter poiščejo pomoč takoj, ko jo potrebujejo« (New Policies for Health Education, 1982 cit. po Hoyer, 2005, str. 3).

Projekt healthPROelderly kaže, da je aktivno vključevanje starostnikov koristno na vsaj enem od štirih področij: prvem, ki vključuje sodelovanje, drugem, ki pomeni vključevanje v načrtovanje in izvedbo projekta, tretjem, ki zajema odzivanje na povratne informacije starostnikov pri načrtovanju projekta, in četrtem, ki ocenjuje njihov prispevek k projektu kot sodelujoči v omrežjih in učiteljih (Kokol, Šlajmer Japelj, Blažun, 2009).

Promocija zdravja pri starostnikih je del celostnega koncepta promocije zdravega staranja. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije imajo pri procesu staranja, če izvzamemo spol in kulturne razlike, vodilno vlogo osebne značilnosti, vedenjske komponente, socialno-ekonomske razlike, okolje ter dostop do zdravstvenega in socialnega varstva (Gabrijelčič Blenkuš, Stanojević Jerković, 2010).

Pomembno je vedeti, da je zdravstvena vzgoja le eden od sedmih strateških pristopov v promociji zdravja. Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik (2007) navajajo kot pomembne pristope: zdravstveno informiranje, vzgoja za zdravje/zdravstvena vzgoja, samopomoč oziroma vzajemna pomoč, spreminjanje organiziranosti in podporo zdravju, razvoj, dozorevanje in mobilizacijo skupnosti v krepitvi za zdravje, zagovorništvo zdravja in razvoj politik za zdravje.

Zdravstvena vzgoja je občutno napredovala z idejo, da samo znanje navdihuje spremembe. Prvič, zaradi obilice informacij, ki se izlivajo iz medijev, knjigarn, knjižnic, iz ust strokovnjakov, posameznik težko izloči točne, aktualne informacije, ki so pomembne za posameznikove specifične zdravstvene potrebe. Drugič, starostniki se najbolje učijo v andragoških (za odrasle prilagojeno izobraževanje) situacijah, v katerih so nove ideje predstavljene skozi sodelovalni odnos in v majhnih participativnih (sodelovalnih) skupinah, kjer imajo nadzor nad učenjem in pridobivanju znanja. Tretjič, šolstvo (izobraževanje) samo po sebi običajno ne navdihuje dovolj za izvajanje sprememb v vedenju ljudi. Veliko bolj se osredotočajo na prenos znanja, na vedenju in psihološkem nivoju kot na samem izobraževalnem procesu s socialno podporo (Haber, 2013).

2.3 DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA SPREMEMBO KAKOVOSTI ŽIVLJENJA V STAROSTI

2.3.1 Zdravje in bolezen v starosti

Po starejši definiciji je Svetovna zdravstvena organizacija opredelila zdravje kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni in slabosti (Hovnik Keršmanc, 2009). Kydd, Duffy in Raymond Duffy (2009) navajajo, da je zdravo življenje odvisno od veliko več kot odsotnost bolezni ali hib. Svetovna zdravstvena organizacija je po novi definiciji zdravje definirala kot celovit in dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije in preprečevati bolezen, onemoglost in prezgodnjo smrt. Sodobna definicija zato opredeljuje zdravje kot splošno vrednoto in bistven vir za produktivno in kakovostno življenje slehernega posameznika in skupnosti kot celote. Zdravje je po tej definiciji dinamično ravnovesje telesnih, duševnih, čustvenih, duhovnih, osebnih in socialnih prvin, ki se kaže v zmožnosti neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju. V tem smislu zdravje in skrb zanj ni le interes posameznika, medicinskih strok ali institucij zdravstvenega varstva, marveč odgovornost celotne družbene skupnosti (Zdrav življenski slog, b.l.).

Zdravje in bolezen, samostojnost in odvisnost, moč in nemoč sta del človeškega življenja od spočetja do smrti. Človek je nihajoče bitje med številnimi skrajnostmi, tudi med temi (Trstenjak, 1988; Ramovš, 2007).

Raziskava o zdravju, procesu, staranja in upokojevanja v Evropi- *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe – SHARE* (2005) pojasnjuje, da je ekonomski status, ki je izražen z dohodkom in lastnino, močno povezan z zdravjem in dobrim počutjem starostnika. Rezultati prikazujejo, da bogati ljudje živijo dlje kot revni in tudi dlje časa ohranjajo svoje zdravje v starosti.

Kot navaja Ramovš (2003), je pomembno, da si posameznik zavestno prizadeva ohranjati zdravje s pomočjo navad iz mladih let, katere je krepil z rednim gibanjem, zdravo prehrano in načrtovanjem dela in le-te upošteva še naprej skozi vsa življenjska obdobja.

Za obdobje starosti je značilno zmanjševanje duševnih in telesnih sposobnosti, h katerim prispevajo normalen fiziološki upad in številne kronične bolezni ter stanja. Upad fizioloških funkcij je del normalnega staranja, ki ga včasih težko ločimo od vpliva kroničnih bolezni. Število kroničnih degenerativnih bolezni in intenziteta s starostjo naraščajo, pojavijo pa se tudi stanja (inkontinenca urina, blata, kronično zaprtje, demenca, okvare vida in sluha, težave z ravnotežjem in padci, osteoporoza, slabša prehranjenost, preležanine in drugi gerontološki sindromi. Telesne, duševne in socialne težave zmanjšujejo funkcionalno sposobnost starostnika in vplivajo na kakovost življenja (Petek-Šter, Kersnik, 2004).

Kot navaja Kobentar (2010), je potreba po vzdrževanju zdravja usmerjena na občasno, daljšo ali trajno pomoč in podporo starostnikom pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti, obvladovanju življenjskega okolja ter vzdrževanju socialnih odnosov. Ta vidik vključuje medicinske, psihične, socialne in funkcionalne aspekte individualne in kontinuirane skrbi s ciljem ohranjanja maksimalne kakovosti življenja starostnikov in njihovih svojcev. Smernice za obravnavo starostnikov v

zdravstvenem in socialnem sistemu ne sledijo njihovim potrebam, ne glede na to, ali se nahajajo v domačem ali institucionalnem okolju.

2.3.2 Kronične bolezni v starosti

Kot poudarja Matotek (2010), naj bo vzdrževanje stabilnega zdravja v starosti proces, ki ves čas spodbuja in krepi možnosti za zdravje, varnost ter vključenost v družbo s ciljem, da izboljša kakovost življenja v starosti. Vzdrževanje stabilnega stanja zdravja omogoča starostnikom, da uresničijo svoje možnosti za finančno, socialno in mentalno dobro počutje ter da sodelujejo v družbi, medtem ko družba poskrbi za njihovo zaščito, varnost in pomoč, ko je potrebujejo. Ohranjanje stabilnega zdravstvenega stanja je, da starostniki nadaljujejo z zdravim in kvalitetnim življenjem, vključno s tistimi, ki so slabotni, invalidni in potrebujejo oskrbo. Ključnega pomena za posameznika in družbo (politiko) je ohranjanje avtonomije in neodvisnosti v času staranja.

Staruss in Corbin (1998 povz. po Kobentar, 2010, str. 39-40) sta razvili model, v katerem imajo starostniki, njihovi svojci in zdravstveno osebje nadvse pomembno vlogo v spoprijemanju s kronično boleznijo in njenimi posledicami. Pri tem razlikujeta: k bolezni usmerjene aktivnosti, delo, usmerjeno v vsakodnevno življenje, ter biografsko delo z integracijo bolezni in posledic v osebni življenjski koncept. Teoretični model opisuje in analizira prehodne situacije z namenom reševanja zdravstvenih kriz, ki tako posamezniku kot tudi svojcem služijo za pridobivanje novih znanj, razvoj sposobnosti, odnosa in strategij za spremljanje doseženih sprememb. Aktivnosti in življenjska področja so sistematično razvrščeni, in zajemajo obravnavo bolezni in njenih simptomov, sprejemanje telesnih in psihičnih obremenitev, ohranjanje avtonomnega upravljanja z življenjem v mejah zdravja, integracijo oskrbe v vsakodnevne rutine, prilagajanje fizičnega okolja, vzpostavljanje socialnih odnosov in vlog, upoštevanje življenjskih pogojev, integracijo zdravstvenih pridobitev v samokoncept ter ohranjanje varnosti socialno ekonomskega stanja.

Raziskave, ki se usmerjajo v proučevanje uspešnega staranja, želijo identificirati in ovrednotiti različne dejavnike, ki so povezani z boljšim zdravstvenim stanjem. Med slednjimi se najpogosteje izpostavljajo zdrave prehranske navade, redna gibalna aktivnost, skrb za duševno zdravje in preventiva pred poškodbami lokomotornega aparata. V starosti je značilno zmanjšanje duševnih in telesnih sposobnosti, ki je lahko tudi posledica normalnega fiziološkega upada življenjskih funkcij in številnih kroničnih bolezni in stanj. Med težavami po pogostosti obolenja pri starostnikih izstopata demenca in depresija, slednja pogosto vodi v samomor. V povprečju je depresivnih 15 % starostnikov, pri starostnikih z resnimi zdravstvenimi težavami (na primer bolnikov po možganski kapi, bolniki z rakom, bolniki s srčno-žilnim obolenjem) je ta delež še višji. Pojav depresije je pogosto povezan tudi z osamljenostjo, dolgčasom, strahom pred umiranjem in smrtjo (Petek-Šter, Kersnik, 2004). Pogosta kronična bolezen v višji starosti je demenca, ki je opredeljena kot (hujši) upad intelektualnih sposobnosti brez motenj zavesti, do česar pride zaradi organske okvare ali bolezni in se v vedenju kaže kot socialna in delovna nezmožnosti. Večina demenc je neozdravljivih in imajo progresiven potek, ki vodi v psihični in kasneje tudi v fizični propad (ibid., str. 73).

2.3.3 Telesno gibalna aktivnost in kakovost življenja v starosti

Kot navaja Tokarski (2004), so za ukvarjanje z individualno ali organizirano telesno dejavnostjo pomembni motivacijski dejavniki. Kot poudarjajo Kolt, Driver ter Giles (2004), motivacijski dejavniki vplivajo na razmišljanje o telesni aktivnosti, le-ta pa lahko pozitivno vplivajo na kakovost življenja, zdravje, pričakovano trajanje življenja ter mentalno stabilnost. Redna in zadostna telesna aktivnost je zelo priporočljiva tudi v starosti. Pripomore namreč k ohranjanju telesnih sposobnosti in spretnosti, ki so potrebne pri vsakodnevnih opravilih in aktivnostih, po drugi strani pa vpliva na posameznikovo počutje, na občutek dobrega zdravja in splošno zadovoljstvo z življenjem (Drev, 2010).

Podatki za Slovenijo kažejo, da je v starosti nad 65 let telesno nedejavnih kar okoli 60 % starejših odraslih (Drev, 2010). Karpljuk ter Videmšek (2010) sta predstavila raziskavo, v katero je bilo zajetih 1313 starostnikov (nad 65 let) iz šestih slovenskih regij, je pokazala, da je neaktivnih 59 % starostnikov, eno uro na teden jih je aktivnih 9 %, dve uri na teden 10 %, tri ure na teden pa 4 % starostnikov. Med gibalno aktivnimi starostniki pa je le dobrih 18 % organizirano aktivnih. Sicer pa večina starostnikov (71 %), zajetih v raziskavo, lahko hodi več kot 15 minut skupaj, 14,1 % jih lahko hodi neprekinjeno več kot 15 minut, 4 % ljudi pa ni zmožnih samih prehoditi niti 5 minut. Telesne dejavnosti so tem bolj priporočljive, čim bolj se vključujejo v življenje posameznika. Pogostost, trajanje, intenzivnost in izbiro telesne dejavnosti prilagodimo posamezniku glede na njegovo telesno pripravljenost, poznavanje športnih zvrsti in želje. Intenzivnost in trajanje telesne dejavnosti pa zahteva postopnost. Zato naj za popolnoma neaktivne starostnike velja počasen začetek vadbe, vendar redno, s krajšimi odmerki, manj intenzivno, tako da si kondicijo pridobivajo postopno skozi več tednov (Bilban, 2008).

Nelson in sodelavci (2007, povz. po Drev, 2010, str. 2–4) iz ameriškega združenja za srce (AHA) za starejše odrasle priporočajo naslednje vrste telesne dejavnosti:

- aerobna gibalna dejavnosti: za krepitev in ohranjanje zdravja se priporoča izvajanje zmerno intenzivne aerobne aktivnosti, izvajanje intenzivne aerobne aktivnosti;
- vaje za gibljivost: vsaj dvakrat tedensko se priporoča izvajanje vaj za krepitev in ohranjanje mišične moči ter vzdržljivosti;
- vaje za ravnotežje: vsaj dvakrat tedensko po najmanj 10 minut naj bi se izvajale tudi vaje za ohranjanje gibljivosti. Priporoča se izvajanje vaj za vse večje skupine mišic.

DiPietro (1996 povz. po Zurc, 2010, str. 79) je v svoji pregledni študiji prišla do spoznanja, da je gibalna aktivnost povezana pri starostnikih tako z ohranjanjem osnovnega gibalnega funkcioniranja kot tudi z ohranjanjem zahtevnejših ali ciljno-

orientiranih gibalnih nalog. Kot še navaja, je višja raven gibalne aktivnosti povezana z boljšim funkcioniranjem celo tistih starostnikov, ki že imajo kronično bolezen.

Zurc in Skela Savič (2012) poudarjata, da je gibalno udejstvovanje povezano s preventivo pred poškodbami, katere primarni cilje je, starostnikom omogočiti, da bodo lahko čim dlje neodvisno živeli v svojem domačem okolju. »Padec, ki pomeni nenadno, nepričakovano, nehoteno, nenadzorovano in nekoordinirano zrušenje na tla, je v starosti najpogostejši vzrok zlomov, kirurških intervencij in hospitalizacij. Manj omenjene posledice padcev so socialne posledice, kot so zmanjšanje samostojnosti, zoženje življenjskega okolja, socialna osamitev, odvisnost od nege in odhod v negovalno ustanovo, ter duševne posledice, kot so izguba samozaupanja in samozavesti, strah, depresija, in samoizolacija« (Voljič, 2010 cit. po Zurc, Skela Savič, 2012, str. 210).

V zadnjih dveh letih je promocija telesne aktivnosti in zdrave prehrane dobila večji pomen. Različne študije dokazujejo, da sta nezdrava prehrana in telesna neaktivnost dejavnika, ki prispevata k razvoju in napredku številnih bolezni (Šimunič, Volmut, Pišot, 2010). »Medicinske sestre, ki delujejo v okviru primarnega zdravstvenega varstva, so usposobljene za izboljševanje vedenjskih pristopov, pozitivno vplivajo na zdravo vedenje svojih pacientov, vključno s povečanjem ravni telesne aktivnosti po njihovi lastni oceni« (Hirvensalo et al., 2003 cit. po Goodman et al., 2011, str. 13).

2.3.4 Vpliv prehranjevanja na zagotavljanje kakovosti življenja v starosti

Zdrava prehrana je osnovni pogoj za ohranjanje zdravja, boljše počutje in kvalitetno življenje v obdobju starosti. Na prehranjevanje starostnika in stanje hranjenosti imajo pomemben vpliv fiziološki, psihološki, ekonomski in socialni dejavniki (Bilban, 2010). Zdrava prehrana je v vseh starostnih obdobjih življenja najboljša naložba za zdravo življenje v starosti. Proučevanje prehranskih navad različnih starostnih skupin kaže, da tega spoznanja v vsakdanjem življenju ne upoštevamo. Šele ko se pojavijo prvi znaki staranja organizma in s tem tudi večje tveganje za nastanek obolenj,

postanemo bolj pozorni na vse tiste dejavnike, ki nam lahko povrnejo ali izboljšajo zdravje. (Pandel Mikuš, Poljšak, 2006).

Pandel Mikuš (2005) je med drugim predstavila prehranska priporočila za starostnike. Ta priporočila priporočajo, naj starostniki:

- uživajo raznovrstna hranljiva živila,
- vzdržujejo telesno kondicijo in zdravo telesno težo,
- uživajo vsaj tri obroke na dan,
- skrbijo za varnost živil, pravilno pripravo in shranjevanje živil,
- uživajo veliko količino zelenjave, tudi stročnic in sadja,
- uživajo veliko žit, jedi iz žit, testenin, riža,
- uživajo hrano z nizko vsebnostjo nasičenih maščob,
- uživajo zadostne količine vode in/ali drugih tekočin,
- zmerno uživanje alkohola,
- zmerna raba soli,
- vključevanje živil, bogatih s kalcijem,
- zmerna uporaba sladkorja.

»Najpogostejši dejavniki, ki vplivajo na prehranjevanje starostnika so upad zaznave okusa, zmanjšanje občutka za žejo, slabše žvečenje in grizenje hrane kot posledica pomanjkljivega zobovja, uživanje zdravil in različne diete, ki so na eni strani nujne v procesu zdravljenja oz. ohranjanja zdravja, na drugi strani pa pomenijo enostransko prehranjevanje« (Denny 2008, cit. po Zurc, 2010, str. 78).

Energijske potrebe pri starejših so nižje zaradi znižane osnovne presnove oziroma manjše mišične mase in telesne dejavnosti. Na presnovo in pomanjkanje hranil vpliva zmanjšana funkcija organov, še posebno ledvic in jeter. Sinteza beljakovin je otežena zaradi celičnih okvar oziroma oksidativnega stresa. Tudi imunski in endokrini sistem sta manj učinkovita, kar opazimo v znižani presnovi hrane. V skladu s tem naj bi se zmanjšal tudi vnos energije. Kronične bolezni in jemanje

zdravil, prav tako pa enolična prehrana, na primer brez sadja (pomanjkanje vlaknin, vitamina C in antioksidantov) ali mlečnih izdelkov (pomanjkanje kalcija) lahko hranilno osiromaši dnevno prehrano (Pokorn, 2005).

Na splošno veljajo glede zdravega prehranjevanja v tretjem življenjskem obdobju podobna pravila kot v prejšnjih obdobjih, le da so zaradi staranja organizma pomembnejša. Najpomembnejše je uravnavanje količine hrane, zlasti tiste, ki je bogat vir energije. Strokovnjaki priporočajo uravnoteženo prehrano; posameznik, zlasti star, naj uživa čim bolj raznovrstno, čeprav posamezne vrste v različnih razmerjih (Pečjak, 2007).

Kot je razvidno iz »Vrednotenje izvajanja Resolucije o nacionalnem programu prehranske politike (2010)«, so pri starostnikih ugotovili prav tako slabe prehranske vzorce. Čeprav je to področje relativno slabo raziskano, ugotovitve kažejo, da je premalo sistemsko oblikovanih ukrepov, ki bi spodbujali bolj zdrav način prehranjevanja. Seveda pa programi še zdaleč niso prilagojeni glede na vse slabši socialno ekonomski položaj starostnikov v Sloveniji.

Kot poudarjata Maville in Huerta (2008), pravilna prehrana prispeva k višji kakovosti življenja ter omogoča starejšim, da se ohrani njihova neodvisnost z nadaljevanjem izvajanja osnovnih življenjskih aktivnosti. Zato je pomembno, da medicinske sestre vključijo prehransko analizo kot sestavni del presoje pri obravnavi starostnika. Po takšni presoji medicinska sestra prepozna prehranjevalne navade in starostniku ustrezno svetuje.

2.3.5 Socialna mreža v starosti

»Socialno mrežo starostnika sestavljajo manjše in/ali večje skupine ljudi in najpogosteje so to člani ožje in širše družine in/ali prijatelji, znanci, poklicni sodelavci in druge osebe v njihovem okolju. Socialna mreža ima pomembno dimenzijo dajanja socialne podpore na različnih ravneh: emocionalna, informacijska,

materialna, instrumentalna. S spremljanjem potreb posameznikov je treba v socialno omrežje vključiti formalne institucionalne vire, kamor štejemo dejavnosti društev in združenj ter socialnozdravstvenih institucij« (Dragoš, 2000 cit. po Kobentar, 2008, str. 147). Odnosi z družino in v družini lahko ključno vplivajo na starostnikovo splošno zdravje in dobro počutje. Družina je lahko vir pomoči za starostnika in s tem prispeva k zdravljenju, po drugi strani pa so lahko družina oziroma člani vir stresa, omejevanja starostnikove avtonomije in okolje, kjer se dogajajo zlorabe in zanemarjanje starostnika (Petek-Šterk, Kersnik, 2004). V družini se pojavita dva huda stresna dogodka: odhod otrok »na svoje« ter bolezen in smrt zakonca (Pečjak, 2007).

Posamezniki v starosti zadržijo nekatere pomembne socialne vloge, čeprav so njihovi socialni odnosi iz predhodnega razvojnega obdobja tudi spremenijo, in sicer tako glede količine kot kakovosti. V starosti je na primer izguba sorodnikov in prijateljev normativna, vendar pomembnost za starostnika pridobijo drugi socialni odnosi, na primer vnuki in pravnuki. Število starih prijateljev med starostniki sicer upada, a ti težijo k zadrževanju obsega svoje socialne mreže tako, da vanjo vključujejo nove posameznike. Tudi socialna mreža ovdovelih, čeprav ožja, je po svoji strukturi podobna tisti, ki jo imajo poročeni starostniki (ali tisti, ki živijo s partnerjem). Starostniki brez otrok in tisti v domovih za starejše občane pa imajo značilno ožjo socialno mrežo in poročajo o pogostejših izkušnjah osamljenosti kot starostniki starši in starostniki, ki živijo doma. Zelo stari starostniki (nad 85 let) prejemajo od drugih ljudi več pomoči, kot jo lahko nudijo, kljub temu pa so nekateri zelo stari posamezniki pomemben izvor socialne opore posameznikom iz iste in celo mlajših generacij (Zupančič, 2004b).

Zadovoljiti potrebe po druženju pomeni biti z ljudmi prek interaktivne vloge ter delovati na različnih ravneh, kot so izmenjava informacij, pomoč, sočustvovanje in tekmovanje v različnih socialnih situacijah. Povedano temelji na izmenjavi teorij, saj je osnovna izmenjava vedenjskih, čustvenih in kognitivnih dimenzij med

udeleženi osebami, ko z medsebojnim sodelovanjem v odnosu udeleženca pričakujeta usklajenost obojestranskih interesov. To vpliva na kontinuiteto interakcije, ki ob izbranih vsebinah odpira možnost trajnejšega odnosa (Kobentar, 2008).

2.3.6 Odhod starostnika v dom

»Institucija doma za starejše občane v sistemu zdravstvenih in socialnih storitev za starostnike zagotavlja temeljno zdravstveno oskrbo in zadovoljene temeljne življenjske potrebe starostnikov, ki niso več popolnoma samostojni pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti« (Hojnik-Zupanc, 1994 cit. po Zupančič, 2004, str. 800). V Sloveniji se lahko v nekatere izmed domov za starejše občane preselijo tudi zdravi, samostojni in funkcionalni posamezniki, ki se zaradi kakršnegakoli razloga odločijo (zaradi socialne izolacije, pomanjkanja motivacije za opravljanje temeljnih vsakdanjih instrumentalnih opravil, kot so kuhanje, nakupovanje,...), da bi bilo bivanje v domu zanje ustrežnejši od bivanja doma (Zupančič, 2004 b).

Adaptacija domskemu načinu življenja je proces, ki traja dolgo časa. V obdobju vselitve se mora star človek sprijazniti z vsemi stranmi novega okolja. Bolj se mora sam prilagajati »domu«, kot se »dom« prilagaja njemu (Mali, 2006).

Kot navaja Bajsič (2000 povz.po Mali 2004, str. 113), kvaliteto življenja v domu določajo različni dejavniki: ali je prihod v dom stanovalčeva nuja ali izbira, odnos starostnika s svojci, kvaliteta delovnega življenja v instituciji in uspešnost delovanja institucije.

2.3.7 Vpliv upokojitve na kakovost življenja v starosti

Upokojitev je za nekatere ljudi »blagoslov«, posebno za tiste, ki niso marali svojega dela ali pa so delo občutili kot breme. Če imajo »konjičke«, jim pomeni upokojitev vstop v novo, prijetnejše obdobje. Teže prenašajo upokojitev osebe, ki so rade delale, posebno tisti, ki so »cveteli« pri svojem delu in našli v njem vsebino in smisel

svojega življenja. Zanje je upokojitev stres, eden od najhujših v življenju, ki mu lahko sledi silovita in dolgotrajna depresija, lahko celo upad duševnih funkcij. Z nekoliko ironije bi lahko rekli, da se niso upokojili zato, ker so stari, ampak so se postarali zato, ker so se upokojili (Pečjak, 2007).

»Finančno ekonomsko stanje starostnika žal večkrat odloča o kakovosti in pestrosti življenja. Če ima taka oseba zadovoljene osnovne potrebe, lahko preostala sredstva porabi za razne socialne in druge dejavnosti. Za zdravo življenje je vsekakor potrebno več finančnih sredstev kot za zadovoljitev osnovnih bioloških potreb. Vsekakor morajo biti delovne aktivnosti v skladu s telesnimi in duševnimi zmogljivostmi starostnika. Pokojnina je praviloma nižja od plače, zato so nekateri starostniki prisiljeni v manjše odpovedovanje, drugi pa so omejeni na najnujnejše izdatke. Žal pa mnogim pokojnina ne zadošča za krije osnovnih stroškov preživetja« (Pentek, 1995 cit. po Kovačič, 2011, str. 17–8).

2.3.8 Avtonomija in motivacija starostnikov

Bistvo koncepta avtonomije je spoštovanje drugega in njegovih odločitev ter spoštljivo ravnanje vsakega posameznika s svojstveno vrednostjo. Dokaze o spoštovanju avtonomnosti najdemo v oskrbi, ki upošteva bolnikov način življenja, sistem vrednot in verskega prepričanja. Takšno spoštovanje ne pomeni, da medicinska sestra opravičuje ta prepričanja ali izbire, ampak da spoštuje bolnika kot osebo z avtonomijo in pravicami (Mauk, 2010).

Kot navaja Klemenc (2004) je avtonomija, strogo vzeto, »samoupravljanje«, in za ljudi pravimo, da so avtonomni toliko, kolikor so zmožni nadzirati svoja lastna življenja, delno pa tudi svojo usodo, z uporabo lastnih sposobnosti. Posameznikovo avtonomnost lahko zmanjšajo štiri različne vrste »okvar«, in sicer:

- pomanjkljiva posameznikova zmožnost nadzora nad svojimi željami, dejanji ali obojim;
- pomanjkljivo posameznikovo sklepanje;

- pomanjkljive informacije, ki so na voljo posamezniku in na podlagi katerih sprejema svoje odločitve;
- pomanjkljiva stanovitnost posameznikovih lastnih želja.

Motivacija je temeljni kamen človekovega vedenja. Posebno v visoki starosti posameznik meni, da se mu nič več ne izplača, kar je odvisno od njegove ocene, koliko let mu je še preostalo in kakšna bo kvaliteta njegovega prihodnjega življenja. Sicer pa se stari ljudje ne ukvarjajo veliko s prihodnostjo, bolj so usmerjeni k sedanjosti (motivacija »tukaj in zdaj«), čeprav radi »premljavajo« in ocenjujejo svojo preteklost. Prizadene jih negativna bilanca (»to življenje se mi ni izplačalo«), medtem ko jih pozitivna navdaja z zadovoljstvom (»veliko dobrega sem storil v svojem življenju«) (Pečjak, 2007). Človekovi motivi nam povedo, zakaj posameznik začne, vztraja ali konča kakšno aktivnost, ki je usmerjena k določenemu cilju. Njegove sposobnosti, spretnosti, spomin, mišljenje so mrtev kapital brez ustrezne motivacije. Star človek je zelo moder pri svojih odločitvah, vendar nima nobene volje, da bi jih izrazil. Prav v starejših letih nastopi pomanjkanje motivacije (ibid., 2007, str. 154).

Poleg omenjene avtonomije in motivacije pa je pomemben dejavnik v zagotavljanju kakovosti življenja starostnika tudi opolnomočenje starostnika. Opolnomočenje je lahko socialni, kulturni, psihološki ali politični proces, ki posamezniku in družbenim skupinam omogoča, da uresničijo svoje potrebe, izražajo svoje bojazni, načrtujejo strategije za vključevanje pri odločanju. Obstaja razlika med opolnomočenjem posameznikov in skupnosti. Opolnomočenje posameznika se nanaša predvsem na zmožnost posameznikov, da sprejmejo odločitve in nadzirajo svoje življenje. Opolnomočenje skupnosti je skupno ravnanje posameznikov, da se dosežeta večji vpliv in nadzor nad zdravjem in kakovostjo življenja v njihovi skupnosti; gre za pomemben cilj v delovanju skupnosti (Kokol et al., 2008).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEMI IN CILJI RAZISKAVE

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kako staranje in različne spremembe vplivajo na kakovost življenja posameznika, kateri so tisti dejavniki, ki pripomorejo, da se kakovost življenja spreminja.

Cilji diplomskega dela:

- ugotoviti življenjske dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja v starosti: zdravstveno stanje, avtonomija, samooskrba, ekonomsko stanje (pokritje stroškov za potrebe), socialna stanja (materialno imetje in mreža ljudi, ki delujejo podporno);
- raziskati objektivne kazalnike kakovosti (višina financ, stanovanje, lastnina) in subjektivne kazalnike kakovosti (zadovoljstvo, sreča, dobra socialna mreža, življenje s partnerjem / družino, aktivnost);
- ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na motivacijo za spremembe in delo na sebi za izboljšanje kakovosti življenja z zdravstveno vzgojnim delom.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane domače in tuje strokovne literature ter postavljenih ciljev za izdelavo diplomskega dela smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

R1: Kateri so ključni dejavniki, ki pomembno vplivajo na kakovost življenja v starosti ?

R2: Kakšna je povezanost med objektivnimi in subjektivnimi dejavniki, ki opredeljujejo kakovost življenja starostnikov?

R3: Koliko so starostniki motivirani za spremembe življenjskega sloga in od česa so odvisne?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) metodi z iskanjem pomembnih tujih in domačih virov na predstavljeni temi. Podatke smo pridobili s pomočjo polstrukturiranih intervjujev, pri katerih so sodelovali starostniki nad 65 let starosti. Strokovno literaturo smo pridobili na podatkovnih bazah: CINAHL, ERIC EBSCOhost, Pub Med z iskalnimi pojmi v angleškem jeziku: older people, quality of life, health promotion, nutrition, movement, aspects of health education. Za iskanje strokovne literature v slovenskem jeziku smo uporabili kooperativni on-line bibliografski sistem in servis Cobiss z iskalnimi pojmi: starost, starostnik, kakovost življenja, zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja, promocija zdravja, prehrana, gibanje, vidiki zdravstvene vzgoje. Za pridobitev koristnih informacij s spleta smo uporabljali brskalnik Google.

3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave v diplomskem delu smo uporabili metodo intervjuja s pomočjo pisnega polstrukturiranega vprašalnika. Polstrukturiran intervju je na polovici med dvema ekstremoma (to je standardni in nestandardni intervju). Pri omenjenem intervjuju raziskovalec poleg splošne sestave intervjuja, v kateri postavi cilje, ki naj bi jih z intervjujem dosegel, v naprej pripravi tudi nekaj bistvenih vprašanj, navadno odprtega tipa, ki jih postavi vsakemu vprašancu, preostala vprašanja pa oblikuje sproti med potekom intervjuja. Raziskovalec z intervjujem ugotavlja, kaj ljudje mislijo o proučeni temi, in spoznava njihova čustva, namere, pomen, ki jih pripisujejo posameznim dogodkom in stvarim (Vogrinc, 2008).

Intervju za namen diplomskega dela je sestavljen iz naslednjih petih sklopov:

- demografski podatki (spol, starost v letih, zakonski stan, prebivališče),
- objektivni kazalniki kakovosti življenja v starosti (višina financ, lastnina, dodatna finančna sredstva),

- subjektivni kazalniki kakovosti življenja v starosti (zadovoljstvo z življenjem, socialna mreža),
- zdravstvena vzgoja starostnika (prehrana, gibanje, vzdrževanje zdravja),
- motivacijski dejavniki in motivacija (interes za ohranjanje zdravja in kakovosti življenja).

3.3.3 Opis vzorca

Za izvedbo intervjuja smo uporabili namenski vzorec. Intervjuje smo izvedli pri desetih osebah obeh spolov, starejših od 65 let, živečih doma in v instituciji, ter z relativno ohranjenimi sposobnostmi razumevanja sporočil in brez večjih telesnih in duševnih motenj.

Tabela 1: Demografski podatki starostnikov, vključenih v raziskavo

Povprečna starost intervjuvancev	Moški	Ženske	Skupna povprečna starost intervjuvancev
	77 let	77,4 leta	77,2 leta
Zakonski stan	Samski/a	Poročen/a	Vdova/ec
	2 osebi	2 osebi	6 oseb
Izobrazba	Osnovnošolska ali manj	Poklicna ali srednješolska	Višja šola ali več
	4 osebe	4 osebe	2 osebi
Spol	Moški	Ženski	/
	5 oseb	5 oseb	/

V tabeli številka ena so prikazni demografski podatki intervjuvanih oseb. Podatki prikazujejo povprečno starost intervjuvancev, zakonski stan ter njihovo izobrazbo.

3.3.4 Opis postopka zbiranja in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli po predhodnem soglasju vodstva Lambrechtovega doma Slovenske Konjice ter v dogovoru z odgovornimi osebami za področje zdravstvene nege in oskrbe. Intervjuvanci so bili v obeh primerih izbrani z namenskim vzorcem.

V raziskavi so sodelovali starostniki, stari nad 65 let. V domu je za izbor intervjuvancev poskrbela glavna medicinska sestra, ki je pridobila pisna in ustna

soglasja sodelujočih v raziskavi. V domačem okolju pa smo sami poiskali primerne osebe, stare nad 65 let, ki so se na podlagi ustne in pisne razlage samostojno odločili za sodelovanje v raziskavi. Izvedba intervjujev je potekala od 3. 7. do 13. 7. 2013. Povprečen čas vsakega posnetega intervjuja je bil 8 minut. Za namen diplomskega dela smo intervjuvancem ponovno zastavili še dodatna vprašanja, ki zadevajo zdravstveno vzgojo. Pri izvajanju intervjuva smo zaradi objektivnih in subjektivnih razlogov pogosto usmerjali pogovor in se vračali k začetni temi. Zaradi tega dejstva smo porabili veliko več časa kot za sam intervju. Intervjuvancem smo zagotovili anonimnost, zasebnost ter diskretnost pri opravljanju raziskave ter jim ponudili možnost, da lahko kadar koli brez posledic ne sodelujejo več pri izvedbi raziskave.

Pred snemanjem smo intervjuvance ponovno seznanili z namenom izvedbe raziskave in možnostjo, da od raziskave odstopijo brez dodatnih pojasnil ali kasnejših posledic. Intervjuje smo snemali s pomočjo diktafona, ki smo ga postavili na vidno mesto. Naredili smo transkripcijo posnetkov, nato je sledil kritični pregled, analiza podatkov ter postavitve pridobljenih informacij v posamezne kode in kategorije. Podatke smo obdelali s pomočjo kvalitativnega raziskovanja, in sicer z metodo vsebinske analize. V okviru kvalitativnega raziskovanja je vsebinska analiza zelo uporaben način za preučevanje deskriptivnih podatkov (Vogrinc, 2008). »Osrednji del kvalitativne analize gradiva predstavlja namreč proces kodiranja, ki pomeni interpretacijo analiziranega besedila oziroma določevanje pomena (ključnih besed, pojmov, kod) posameznim delom besedil« (Flick, 1998; Bryman, 2004; Charmaz, 2006 cit. po Vogrinc 2008, str. 61). »Za opredelitev kod smo se odločili za induktivni pristop. Pri induktivnem pristopu raziskovalec kode določa med analizo besedila, pred analizo podatkov si ne pripravi seznama kod« (Hesse-Biber, Leavy, 2004 cit. po Vogrinc, 2008, str. 63). Mesec (1998 povz. po Vogrinc, 2008, str.63) je opredelil induktivni pristop kot »odprto kodiranje«. »Odprto kodiranje poteka v slogu »deževanja idej« (brainstorming). V tej fazi kvalitativne analize je pomembno, da zapišemo vse kode, na katere pomislimo ob določenem besedilu. Rezultat odprtega kodiranja je seznam (»kodirni zapis« ali »kodirni protokol«) velikega števila neurejenih in nepovezanih

kod, ki so na raznih stopnjah abstraktnosti, od povsem deskriptivnih do zelo abstraktnih kod« (Mesec, 1998 cit. po Vogrinc, 2008, str. 63). »V nadaljevanju kvalitativne analize podatkov primerjamo kode med seboj. Sorodne kode oziroma kode, ki se nanašajo na podobne pojave, združimo v kategorije, ki jih poimenujemo. Kategorijo oblikujemo torej tako, da abstrahiramo skupno značilnost več različnih opisov in da opredelimo povezave med posameznimi kodami« (Flick, 1998 cit. po Vogrinc, 2008, str. 65).

3.4 REZULTATI

Rezultati raziskave bodo prikazani v obliki tabel, ki se nanašajo na raziskovalna vprašanja. Iz vsebinske analize raziskave smo pridobili kode, ki smo jim določili kategorije. V tabeli številka dve bodo prikazane pridobljene kode in kategorije.

Tabela 2: Predstavitev kod ter kategorij kakovosti življenja v starosti

Kode	Kategorije
<ul style="list-style-type: none"> • mobilnost • poškodbe • bolezni • prehrana • dobro zdravstveno stanje 	zdravstveno stanje
<ul style="list-style-type: none"> • pomoč svojcev • pomoč zdravstvenega osebja • samostojnost 	samooskrba
<ul style="list-style-type: none"> • smrt • čustvena prizadetost • sprememba bivalnega okolja • odhod otrok • odhod v dom • upokožitev • prijatelji • zdravje 	emocionalno stanje
<ul style="list-style-type: none"> • dodatna lastnina • pomoč družine • žena • otroci • prijatelji 	socialno stanje
<ul style="list-style-type: none"> • finančna stabilnost • dodatna finančna sredstva • dodatna lastnina • pomoč svojcev 	ekonomsko stanje
<ul style="list-style-type: none"> • socialna mreža • preživljanje prostega časa • človeške vrednote 	kakovost življenja
<ul style="list-style-type: none"> • pomagati drugim • pomoč družinskim članom • ohranjati odnose • razumevanje v družini 	motivacija
<ul style="list-style-type: none"> • ohraniti zdravje • podpora svojcev • podpora zdravstvenega osebja • pridobivanje nasvetov • uporaba nasvetov 	zdravstvena vzgoja

V tabeli 2 smo prikazali skupno število pridobljenih kod, to je 37, ter 8 kategorij.

Tabela 3: Ključni dejavniki kakovosti življenja v starosti (vprašanje iz vprašalnika št. 6, 7, 8, 9, 10)

Številka intervjuvanca	Izjave intervjuvanih	Koda	Kategorija
1	Dvakrat sem že imela zlomljeno nogo, imam težave s pritiskom in živci. Pazim na prehrano.	<ul style="list-style-type: none"> • mobilnost • poškodbe • bolezni • dobro zdravstveno stanje • prehrana 	zdravstveno stanje
2	Težave s kolenom, pritiskom in pa rakom prostati.		
3	Bila sem operirana na pljučih in imela zlomljeno stegnenico.		
4	Zdravstveno stanje je zadovoljivo.		
5	Moje zdravstveno stanje je slabo. Dobrega nikoli nisem imela. Jem tisto, kar lahko. Imam težave z želodcem.		
6	Moje zdravje je momentalno dobro, samo bojim se za levo nogo (jok).		
7	Poškodba hrbtenice, prehladi, alergije, osteoporoza, srčna aritmija. Moral bi imeti dieto, vendar je večkrat ne dobim.		
8	Moje zdravstveno stanje je zadovoljivo. Gledam na zdravo prehrano in sodelujem pri izdelavi jedilnikov.		
9	Moje zdravstveno stanje je v redu. Zdaj že dva meseca hodim brez palice.		
10	Moje zdravstveno stanje ni takšno kot bi moralo biti. Imel sem zlomljeno roko in prizadela me je kap.		
1	Za enkrat še vse naredim sama. Moram se truditi.	<ul style="list-style-type: none"> • samostojnost • pomoč svojcev • pomoč zdravstvenega osebja 	samooskrba
2	Pomagajo mi domači. Pomagajo se mi umiti, obleči ter pri hoji.		
3	Za enkrat zase poskrbim sama.		
4	Zdaj še skrbim zase, pomaga pa mi žena.		
5	Za vse skrbim sama. Pri ničemer ne potrebujem pomoči.		
6	Vse naredim sam. Samo skopajo me tukaj.		

Številka intervjuvanca	Izjave intervjuvanih	Kode	Kategorije
7	Sem samostojen. Pomagajo pa mi zdravnica in sestre.	<ul style="list-style-type: none"> • samostojnost • pomoč svojcev • pomoč zdravstvenega osebja 	samooskrba
8	Za svoje zdravje storim vse sama.		
9	Vse delam sam, če kaj rabim grem pa k zdravniku.		
10	Za zdravstveno stanje po kapi lahko naredim vse sama.		
1	Umrla sta mi sin in mož, ostala sem sama. Otroci so odšli. Sem mislila, da bo sin ostal, pa se je oženil.	<ul style="list-style-type: none"> • čustvena prizadetost • smrt • odhod otrok • upokojitev • odhod v dom • sprememba bivalnega okolja • prijatelji • zdravje 	emocionalna stanja
2	Umrli mi je brat.		
3	Umrli mi je mož.		
4	Upokojitev, hvala bogu, da je prišla.		
5	Umrli sta mi mož in sin.		
6	Prva žena mi je umrla, pa sina sem izgubil (jok). Trenutno živim v domu in nameravam tudi ostati.		
7	Imel sem poškodbo hrbtenice, pa so mi svetovali naj grem v dom.		
8	Umrli mi je mož. Po bloku ne moreš gor pa dol, pa sem prišla sem v dom.		
9	Otroci so šli. Doma sem imel prijatelje, pa še hiša je ostala prazna.		
10	Umrli mi je mož. Hčerke niso doma. Prizadel me je odhod otrok. Ko sem šla v dom, je bil šok. Bistveno se je spremenilo moje življenje (jok).		
1	Za silo imam dosti financ. S temi 400 € moram pokriti stroške.	<ul style="list-style-type: none"> • finančna stabilnost • dodatna finančna pomoč 	ekonomsko stanje
2	Finančnih sredstev nimam. Imel sem pokojnino, pa so mi jo vzeli.		
3	Da preživim imam dost, imam 320 €. Pomagajo mi pa otroci.		
4	Denarja nimam preveč, ga je pa dovolj.		
5	Imam dvolj pokojnine.		
6	Finančno stanje je momentalno dobro.		
7	Finančno stanje ne vpliva na kakovost, imam dovolj, a še moram varčevati.		

Številka intervjuvanca	Izjava intervjuvanca	Kode	Kategorije
8	Finančno stanje je zadovoljivo.	<ul style="list-style-type: none"> • finančna stabilnost • dodatna finančna pomoč 	ekonomsko stanje
9	Nimam, če mi otroci kaj dajo imam, sicer pa pokojnino porabim za plačevanje doma.		
10	Nimam dosti pokojnine, pomagajo mi hčerke.		
1	Imam pa staro hišo in nekaj zemlje.	<ul style="list-style-type: none"> • dodatna lastnina • pomoč družine • žena • otroci • prijatelji 	socialno stanje
2	Pomaga mi družina, da nisem umrl.		
3	Imam pokojnino, stanovanje, zemljo. Pomagajo mi pa otroci.		
4	Imam pokojnino in pomaga mi žena.		
5	Vse delam sama. Imam hišo in pokojnine.		
6	Na obisk mi pride žena in prijatelji iz doma.		
7	Tako je, dober sem do tistih, ki so dobri do mene.		
8	Z otroki sem v dobrih odnosih. Med vikendom grem domov k njim.		
9	Največ mi pomeni moja družina ter vnuki in pravnuki.		
10	Obiskujejo me hčerke in vnuki.		

V tabeli 3 so razvidni dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja v starosti. Ti dejavniki so: zdravstveno stanje s 5 kodami, samooskrba s 3 kodami, emocionalno stanje z 8 kodami, ekonomsko stanje z 2 kodama ter socialno stanje s 5 kodami.

Tabela 4: Povezanost med objektivnimi in subjektivnimi dejavniki kakovosti življenja v starosti (vprašanje iz vprašalnika št. 11, 12)

Številka intervjuvanca	Izjava intervjuvanca	Koda	Kategorija	
1	Imam svojo pokojnino. Pa to staro hišo in nekaj zemlje.	<ul style="list-style-type: none"> • finančna stabilnost • dodatna lastnina • pomoč svojcev • dodatna finančna sredstva 	ekonomsko stanje	Objektivni dejavniki kakovosti življenja
2	Finančnih sredstev nimam. Imel sem pokojnino, pa so mi jo vzeli.			
3	Da preživim imam dovolj 320 €. Imam stanovanje, 6 hektarov obdelovalne zemlje hektarov in hoste.			
4	Finance: ni jih preveč, jih je pa dovolj. Drugih virov nimam.			
5	Hiša je moja in imam dovolj pokojnine.			
6	Momentalno je moje finančno stanje dobro. Imam stanovanje ter 23 € invalidskega dodatka.			
7	Finančno stanje ne vpliva. Lahko shajam. Imam stanovanje ter avto.			
8	Finančno stanje je zadovoljivo. Sem še solastnica stanovanja in hiše.			
9	Imam hišo. Denarja nimam, če mi dajo kaj otroci. Moje gre vse za dom.			
10	Doma imam hišo. Pokojnine nimam dovolj, pomagajo mi hčeke.			

Številka intervjuvanca	Izjava intervjuvanca	Koda	Kategorija	
1	Seveda sem srečna z otroki. Z upokojenci ne grem nikamor. Čim bolj se gibljem, telovadim. Sama, kolikor znam.	<ul style="list-style-type: none"> • socialna mreža • preživljanje prostega časa • človeške vrednote 	kakovost življenja	Subjektivni dejavniki kakovosti življenja
2	Moraš primerno živeti, ne pa gledati po drugih, pa si srečen. Jaz imam upanje, da mi bo pomagal bog. Rad bi se še družil z ljudmi. Redno se gibljem, za ta leta sem še »odličan«. Nisem v nobenem društvu.			
3	Včasih pride kaj navskriž, kregamo se ne, smo srečni. Ne hodim v cerkev, razen, če je pogreb. Ne grem več nikamor, ker težko hodim. Pevcem pa se na nameravam pridružiti.			
4	Za enkrat sem srečen, imam podporo otrok in žene. Verjamem v boga. Dela je doma dovolj, tako da se gibljem od jutra do večera.			
5	Veliko mi pomenijo veliko človeške vrednote – poštenost. Sem še kasrečna in zadovoljna. Včasih grem na izlete.			
6	Z življenjem sem zadovoljen, sploh odkar sem tukaj v domu. Prav tako sem srečen. Verjamem, da mi bo pomagala tudi božja pomoč. Veliko se družim s kolegi iz doma. Obisk cerkev je težaven, ker nimajo vse cerkve urejenega dohoda za voziček. Veliko pa telovadim. Izleti ne pridejo v poštev zaradi amputirane noge.			
7	Jaz imam to, kar večini manjka, poštenje. Včasih sem bil veren, zdaj pa nisem več. Srečen pa nisem, ker nimajo v domu pravega odnosa. Hodim k pevskemu zboru in telovadbi ter grem na kakšen izlet. Bi bilo pa dobro, da bi meli več športa. Rad bi plesal, pa nimajo posluha.			

Številka intervjuvanca	Izjava intervjuvanca	Koda	Kategorija	
8	Z življenjem sem zadovoljna. Sodelujem pri pevskem zboru, skupini bistre glavce, pripravi jedilnikov. Kuham kavo za druge v domu. Doma je velik vrt, med vikenom ga rada obiščem. Zame skrbijo otroci, kljub temu da sem v domu. Ni mi treba čakati na rešilca, me fantje peljejo.	<ul style="list-style-type: none"> • socialna mreža • preživljanje prostega časa • človeške vrednote 	kakovost življenja	Subjektivni dejavniki kakovosti življenja
9	Največ mi pomeni poštenost. Bog je rekel, naj se ljubimo. Srečem sem, kolikor se da. Srečen bi bil, če bi bil doma. Jaz sem srečen z otroki. Delam na sebi, namreč telovadim (sam to ni telovadba, da mahaš z rokami). Delam v pralnici.			
10	Veliko mi pomeni vera, poštenost. Nisem pa srečna. Delam na tem, da sodelujem v pevskem zboru, vsako jutro grem na sprehod, obiskujem razne delavnice, kjer pečemo.			

V tabeli 4 so predstavljeni objektivni ter subjektivni dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja v starosti. Kot kategoriji sta izpostavljeni ekonomsko stanje ter kakovost življenja. Ekonomsko stanje smo opredelili s 4 kodami, kakovost življenja pa s 3 kodami.

Tabela 5: Motiviranost starostnikov za spremembe življenjskega sloga (vprašanje iz vprašalnika št. 13, 14)

Število intervjuvancev	Izjave intervjuvancev	Kode	Kategorije
1	Rada bi videla, da bi bili otroci zdravi ,vnukom želim pomagati. Predvsem me »gor drži« družina, pa ohranitev zdravja.	<ul style="list-style-type: none"> • ohraniti zdravje • pomoč družinskim članom • ohranjanje odnosov • biti koristen • razumevanje v družini • aktivnost 	motivacija
2	Želim si, da bi bil zdrav, in da, da bom lahko po svojih močeh pomagal družini. Imam pa željo.		
3	Skrbi me za družino, njeno zdravje in razumevanje v njej.		
4	Želim si ohraniti zdravje, pomagati ženi, otrokom, vnukom. Vsi prihajajo k hiši in smo radostni, veseli.		
5	Predvsem si želim ohraniti svoje zdravje.		
6	Najbolj me motivira, da shodim ohranim zdravje in pomagam ženi (jok).		
7	Interes mi je ohraniti zdravje ter biti koristen sebi in drugim. Želim si več razumevanja, sproščenih odnosov. Pa pevski zbor.		
8	Vse povsod sem (smeh). Želim si ohraniti zdravje, sodelujem v pevskem zboru, skupini bistre glavce, sodelujem pri pripravi jedilnika.		
9	Želim si ohraniti zdravje.		
10	Na interes za spremembe vplivajo vnuki, potem pevski zbor, kjer hodimo na nastope. To mi dajo moč oz. energijo.		

V tabeli 5 so predstavljeni zunanji in notranji motivacijski dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja v starosti. Kot kategorija je predstavljena motivacija s 6 pripadajočimi kodami.

Tabela 6: Zdravstvena vzgoja starostnikov (vprašanje iz vprašalnika št. 15, 16, 17)

Število intervjuvancev	Izjave intervjuvanih	Kode	Kategorija
1	Poslušam zdravnika. Rekel mi je, da moram uporabljati bergle.	<ul style="list-style-type: none"> • ohranitev zdravja • podpora svojcev • podpora zdravstvenega osebja • pridobivanje zdravstvenih nasvetov • upoštevanje zdravstvenih nasvetov 	zdravstvena vzgoja
2	Pomagajo mi domači. Jaz pa se trudim kolikor gre, da ohranim zdravje. Veliko se gibljem hodim na fizioterapije. Upoštevam pa zdravnikove nasvete.		
3	Veliko se gibljem in upoštevam zdravnikove nasvete.		
4	Ja svetujejo mi vnukinje. So vse medicinske sestre. Upoštevam tudi zdravnikove nasvete. Naredim tudi kaj zase. Veliko se gibljem, da porabim, če kaj preveč pojem (smeh).		
5	Upoštevam zdravnikove nasvete in prislunem sama sebi. Sama vem, kaj je dobro za mene, kaj pa ne. Gibljem se dosti.		
6	Svoje zdravje ohranjam tako, da poslušam zdravnike. Žena pa bere še dodatno literaturo.		
7	Zdravje ohranjam tako, da upoštevam zdravnikove nasvete. Prebiram literaturo na svetovnem spletu, nisem pa preveč navdušen, ker ne najdem bistva.		
8	Upoštevam zdravnikove nasvete, svetujejo mi tudi medicinske sestre in pa tudi sama skrbim za svoje zdravje. Veliko se gibljem.		
9	Če kaj potrebujem, grem k zdravniku, drugače pa ne. Zase skrbim sam.		
10	Sodelujem v delavnicah za zdravo življenje. Upoštevam nasvete delovne terapevtke, medicinske sestre in zdravnice. Sama zase naredim veliko. Veliko se tudi gibljem.		

V tabeli 6 je predstavljena kategorija zdravstvena vzgoja s 5 pridobljenimi kodami. Kot kode so bile izpostavljene: ohranitev zdravja, podpora svojcev, podpora zdravstvenega osebja, pridobivanje nasvetov ter upoštevanje nasvetov.

3.5 RAZPRAVA

Pričujoča raziskava je odgovorila na prvo raziskovalno vprašanje ter razkrila ključne dejavnike kakovosti življenja v starosti na sicer majhnem številu intervjuvancev, ki

smo jih umestili v 5 kategorij, opredeljenih kot zdravstveno stanje, samooskrba, emocionalno stanje, ekonomsko stanje in socialno stanje. Kategorija zdravstveno stanje je zapolnjena s štirimi kodami: bolezen, zdravje, mobilnost, poškodba, ki so jih intervjuvanci navedli kot moteče. Starost je tudi obdobje, ki je bolj obremenjeno z boleznimi, kar zvišuje tveganje za potrebe po zdravstveni negi z omejitvijo samostojnosti ob nižji kakovosti življenja (Kobentar, 2010). Starostniki zaradi pojava bolezni, poškodb občutijo bistvene spremembe v kakovosti življenja, ki se kažejo skozi zmanjšano mobilnost ter posledično nezmožnostjo opravljanja osnovnih življenjskih aktivnosti na nivoju kakovostne izvedbe. Zaradi pojava raznih poškodb, ki so največkrat odraz padcev, imajo starostniki posledično težave z mobilnostjo. Tomšič in Rugelj (2011) sta ugotovila, da kar 20–30 % padcev v domačem okolju povzroči pri starostnikih zmerne do hude poškodbe. Prav tako ugotavlja Ternar (2011), da se največ padcev pripeti zaradi temnih prostorov, drsečih tal ter neurejenih prehodov iz enega prostora v drugega. V starosti se poveča tudi pojav kroničnih bolezni. Avtorji Petek-Šter in Kersnik (2004) navajajo, da se intenzivnost kroničnih zdravstvenih težav s starostjo veča ter zmanjšuje funkcioniranje posameznika. Intervjuvanci navajajo pogoste težave s sladkorno boleznijo, zvišanim krvnim tlakom, srčno aritmijo, rakavimi obolenji. Vsa ta obolenja ter sam pojav bolezni vplivajo na starostnikovo zdravstveno stanje.

Kljub dejstvu, da si starostniki prizadevajo ohraniti zdravje na najvišji kakovostni stopnji, pa se pogosto pojavljajo težave pri pripravi diete prehrane. Kot navaja Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike (2005), se starostniki zavedajo, da morajo upoštevati dana navodila o zdravem prehranjevanju, se pogosto zgodi, da starostniki niso deležni obrokov, ki bi zagotavljali pravilen izbor živil in primerno dieto glede na njihovo zdravstveno stanje. Zdrava prehrana je pomemben dejavnik za ohranjanje ter krepitev zdravja starostnikov. Kot druga kategorija je izpostavljena samostojnost s kodami samooskrba ter pomoč svojcev. Starostniki si skozi celoten proces življenja prizadevajo ohranjati samostojnost pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Za človeka je pomembno, da lahko poskrbi sam zase. To še

toliko bolj velja za starostnika, saj je samostojnost pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih opravil pomemben vidik kakovostne starosti (Rant, 2012). Vendar zaradi pojava bolezni, poškodb ali drugih motečih dejavnikov lahko postanejo odvisni od pomoči drugih oseb, bodisi svojcev ali zdravstvenega osebja.

Kategorija emocionalno stanje je prepletena s kodami čustvena prizadetost, smrt, odhod otrok, odhod v dom ter upokojitev. Simonič (2006) poudarja, da se v vsakdanjem življenju srečujemo z veliko izgubami (ločitev, selitev, bolezen, smrt ...). V obdobju starosti se starostniki pogosto srečajo z izgubami bodisi ljubljene osebe, otroka ali prijateljev. Vse te izgube pa starostnika čustveno prizadenejo ter posledično manjšajo kakovost njihovega življenja. Zaradi osamljenosti in pojava nezmožnosti skrbeti sam zase so starostniki mnogokrat prisiljeni oditi v dom, kajti nimajo nikogar, ki bi jim lahko nudil oporo ter jim pomagal pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb. Kljub dejstvu, da imajo starostniki svoje otroke, le-ti marsikdaj ne morejo skrbeti za svoje starše. Posledica vodi v dejstvo, da bodo morali oditi v dom. Tako mnogi starostniki ob odhodu v dom izgubijo svojo nekdanjo socialno mrežo v domačem okolju, spet drugi te socialne mreže, ki je v domačem okolju niso imeli, vzpostavijo s sostanovalci v domu. Starostniki, ki se sami odločijo za domsko oskrbo, mnogokrat spoznajo v tem okolju nov smisel življenja, oblikujejo novo socialno mrežo ljudi, so deležni pozornosti ter v največji meri celostne oskrbe s strani zdravstvenega osebja.

V raziskavi smo izpostavili kategorijo ekonomsko stanje z dvema kodama – finančna stabilnost ter dodatna finančna pomoč. Starostniki navajajo, da prejemajo kot vir dohodka pokojnino, ki pa ni zadostna za zagotavljanje osnovnih življenjskih potreb, zato potrebujejo pomoč otrok ali bližnjih svojcev. Kot navajajo Fink, Jelen-Jurič in Kolar (2012), finančno stanje velikokrat odloča o kakovosti življenja v starosti.

Kategorija socialno stanje je opredeljena s kodami: družina, žena, otroci, vnuki/pravnuki prijatelji/ sostanovalci. Starostniki imajo izoblikovano socialno

mrežo katero sestavljajo partner, otroci, vnuki, pravnuki ter prijatelji oziroma sostanovalci v domu. Med družinskimi člani so stikane močne medsebojne vezi (Fink et al., 2012). V starostnikovem življenju pa zasedajo pomembno mesto tudi prijatelji. Prijatelji so pogosto pomemben vir podpore v poznih letih življenja. Zagotavljajo pomembne elemente zadovoljivega življenja, česar družina morda ne zmore, ter zagotavljajo zavezo in naklonjenost brez sodb. Osebnostne značilnosti med prijatelji so primerljive, saj so odnosi izbrani, skrb za drugega pa je brez obveznosti (Ebersole et al., 2008). »Socialna interakcija je temelj za oblikovanje socialnih odnosov in je ne moremo enačiti s socialnimi odnosi, ker iz vsake interakcije ne nastane trajnejši odnos, ki ima običajno nekaj pomembnih elementov: usklajenost, komunikacijo, pogosto sodelovanje in osebno zaupanje« (Nastran Ule, 2000 cit. po Kobentar, 2008).

V drugem raziskovalnem vprašanju smo ugotavljali tudi povezanost med objektivnimi in subjektivnimi kazalniki kakovosti. Izpostavljeni kategoriji sta ekonomsko stanje kot objektivni dejavnik ter kakovost življenja kot subjektivni dejavnik kakovosti življenja. V kategoriji kakovost življenja so izpostavljene tri kode: socialna mreža, preživljanje prostega časa in človeške vrednote. Objektivni in subjektivni dejavniki se pokrivajo s ključnimi dejavniki kakovosti življenja. Za Allardtovo konceptualizacijo kakovosti življenja je značilno, da razširijo raziskovanje življenjske ravni tudi na analizo želja in zadovoljstva ljudi z danimi življenjskimi pogoji. »Imeti«, »ljubiti« in »biti« so temeljni stebri, na katere se navezujejo pogoji, ki zagotavljajo obstoj in razvoj človeka, merijo pa se lahko z objektivnimi in subjektivnimi kazalci (Dornik, 2001). Starostniki si v starosti prizadevajo ohraniti dobro socialno mrežo z družino ter prijatelji. Starostnika v življenju osrečuje predvsem družina ter želja po ohranjanju dobrih odnosov znotraj nje. Čeprav pa vsi starostniki te sreče ne občutijo, pogosto zaradi spremenjenega življenjskega okolja, v katerega so bili preseljeni. Na srečo pa lahko vplivajo na kakovost življenja v starosti tudi drugi dejavniki. Kot navaja Starc (2011), so starostniki najmanj srečna starostna skupina oziroma je zaznati trend upadanja sreče.

Starostniki v domu skušajo najti tako imenovano novo družino, katero naj bi predstavljali zdravstveni delavci ter ostali oskrbovanci. Zdravstveni delavci zaradi preobilice dela mnogokrat pozabijo na starostnike in njihove subjektivne potrebe, leti pa se zaradi tega počutijo nezaželeni in zapostavljeni.

V tretjem raziskovalnem vprašanju smo ugotavljali tudi motivacijske dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja v starosti. Kot kategorijo smo opredelili motivacijo s kodami: biti koristen, aktivnosti, ohranjanje zdravja, pomoč družinskim članom, ohranjati odnose, razumevanje v družini. Motivacija je proces, ki zajema tako spodbujanje aktivnosti kot njeno usmerjanje. Naše obnašanje usmerjajo številni motivi, tako fiziološki kot psihološki. Motivirano obnašanje izhaja iz neravnovesja (potreb) in je usmerjeno k objektom (ciljem), ki zadovoljujejo potrebe. Motivacija se pogosto povezuje s čustvovanjem, povezana pa je tudi z našimi dosežki (Musek, Pečjak, 2000). Starostnikom glavni vir motivacije v življenju daje prav družina. Družina jim predstavlja glavni vir energije in moči. Motivacijo za ohranjanje kakovosti življenja v starosti mnogi starostniki najdejo v raznih aktivnostih, kot so pevski zbor, druženje v raznih skupinah, skrb za dom in vrt. S temi aktivnostmi si starostniki krepijo zdravje ter zapolnijo svoj prosti čas. Čeprav bi si mnogi želeli več dejavnosti, predvsem tisti, ki živijo v domski oskrbi, mnogokrat za takšne pobude zaposleni in samo vodstvo nima posluha. V starosti so mnogokrat izpostavljene tudi človeške vrednote, katerim vsak posameznik pripiše svoj pomen.

V raziskavi smo ob ugotovljenih dejavnikih kakovosti življenja razkrili tudi polje zdravstveno vzgojenega delovanja medicinske sestre, ki izvaja glede na svoje kompetence in v okviru delovnih nalog tudi zdravstveno vzgojo. Starostniki pogosto nimajo dovolj znanja, kako na učinkovit in zanesljiv način ohraniti ter krepiti svoje zdravje. Zato jim predstavlja glavni vir pridobivanja koristnih informacij za ohranjanje in krepitev zdravja prav zdravstveno osebje. Starostniki izpostavljajo, da največ informacij za ohranjanje ter krepitev zdravja pridobijo ravno od zdravnikov. Tem podatkom starostniki prepisujejo tudi največjo težo. Starejši v primerjavi s

srednjo generacijo raje upoštevajo nasvete zdravnika in predpisane ukrepe, saj ne želijo biti slabega zdravja (Gabrijelčič Blenkuš, Stanojević Jerković, 2010). Iz raziskave lahko razberemo, da si starostniki prizadevajo ohranjati zdravje z upoštevanjem pridobljenih nasvetov s strani zdravstvenega osebja, vendar mnogi izmed njih potrebujejo nenehno spodbudo in podporo svojcev ter oseb, ki so vključene v zdravstveno vzgojno dejavnost.

Raziskani dejavniki predstavljajo le del kakovostnega življenja v starosti, ki so lahko osnova za načrtovanje prilagojenih pristopov v zdravstveni vzgoji in obravnavi starostnikov na vseh nivojih zdravstvenega varstva.

4 ZAKLJUČEK

V raziskavi smo ugotovili, da so ključni dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja v starosti, spremenjeno zdravstveno stanje, zmanjšana samooskrba, nižji ekonomski standard ter slabša socialna mreža. Vsi ti dejavniki pa ne predstavljajo iste teže za vse intervjuvance, kajti vsak posameznik ima svoje potrebe, katerim pripisuje večji pomen oziroma težo. Življenje vsakega posameznika sestavljajo tako objektivni kot subjektivni dejavniki kakovosti življenja. Starostnikom pa še vedno največ pomeni zdravje ter opora ožjih družinskih članov. Družina predstavlja starostnikom vir motivacije, da ohranjajo svoje zdravje na čim višjem nivoju, kljub marsikaterim zdravstvenim težavam, ki jih spremljajo skozi proces staranja. Starostniki svoj prosti čas zapolnijo z raznimi aktivnostmi, katere dajejo starostnikom voljo, moč ter občutek koristnosti. Starostniki so motivirani za izvajanje sprememb glede na njihov življenjski slog, s katerim bodo izboljšali svoje življenjske navade ali jih vsaj ohranili na ravni, katera jim predstavlja kakovostno življenje v starosti. Na spremembe življenjskega sloga pri starostnikih vpliva predvsem opora družine, lastna volja ter želja po boljšem, zdravem ter kakovostnem življenju v starosti, kljub marsikateri spremljajoči se bolezni ali poškodbi.

Življenje starostnikov se nenehno spreminja zaradi različnih prepletajočih se življenjskih dejavnikov. Zato je pomembno, da se vsi zavedamo dejstva, da kljub procesu staranja lahko živimo zdravo ter kakovostno življenje le, če se prilagodimo in kompenziramo nastale primanjkljaje. Kakovostno življenje si bodo starostniki zagotovili z močno motivacijo in željo živeti bolj zadovoljno in srečno kljub omenjenim omejitvam.

Raziskava ima določene omejitve, ki se nanašajo na velikost vzorca in na postopek kvalitativnega raziskovanja z vsebinsko analizo intervjuja. Metodološki koncept raziskave ne dopušča možnosti ponovitve raziskave zaradi objektivnih in subjektivnih sprememb pri populaciji v časovnem intervalu, ki smo jih navedli v raziskavi.

5 LITERATURA

Bilban M. Telesna aktivnost za ohranjanje zdravja starejših. In: Bilban M, ed. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja, Ljubljana, 26. september 2008. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2008: 42–61.

Bilban M. Promocija zdravja v različnih življenjskih obdobjih s poudarkom na zdravem prehranjevanju. In: Bilban M, ed. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja, Ljubljana, 1. oktober 2010. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2010: 27–41.

Bowling A, Gabriel Z, Dykes J. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over (povzetek). *Int J Aging Hum Dev.* 2003;56(4):269–306.

Cumminis R, Eckersley R, Pallant J, Van Vugt J, Misajon R. Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian unity wellbeing index. *Social Indicators Research.* 2003;64(2):159–90.

Davidovič B. Strategija skrbi za starejše na področju zdravstvenega varstva. In: Cibic D, ed. Starejši za starejše-za boljše zdravje in višjo kakovost življenja doma. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Zveza društev upokojencev Slovenije; 2006: 23–8.

Dornik E. Kakovost življenja tetraplegika- študija primera. *Obzor Zdr N.* 2001;35:205–11.

Drev A. V gibanju tudi v starosti. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010.

Ebersole P, Hess P, Touhy AT, Jett K, Luggen Schmidt A. *Towards healthy aging: human needs & nursing response.* St.Louis, Missouri: Mosby elsevier; 2008.

Fahey T, Nolan B, Whelan C. Monitoring quality of life in Europe, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luksemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2003. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/108/en/ef02108en.pdf> (12. 11. 2013)

Fink A, Jelen Jurič J, Kolar. Zdravstvena nega starostnika: učbenik za izbirni modul Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti v programu zdravstvena nega. Ljubljana: Grafenauer; 2012.

Gabrijelčič Blenkuš M, Stanojević Jerković O. Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010.

Goodman C, Davies LS, Dinam S, See Tai S, Iliffe S. Activity promotion for community dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. Br J Community Nurs. 2011;16(1):12–7.

Haber D. Health promotion and aging: practical applications for health professionals- 4th ed. New York: Springer publishing company; 2013.

Hendry F, McVittie C. Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people (povzetek). Qual Health Res. 2004;14:961–75.

Hicky A, Barker M, McGee H, O'Boyle C. Measuring Health Related Quality of Life in Older Patient Populations: A Review of Current Approaches. Pharmacoeconomics. 2005;23(10):971–90.

Hovnik Keršmanc M. Zdravje starostnikov. Gorenjski bilten javnega zdravja. 2009;2(20):4–12.

Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo Ljubljana; 2005.

Karpljuk D, Videmšek M. Športna rekreacija v tretjem življenjskem obdobju. In: Tratnik Volasko M, ed. Športna rekreacija danes in jutri: zbornik referatov in razprav, Ljubljana, 23. april 2009. Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije; 2010: 23–32.

Klemenc D. Medicinska sestra-zagovornica pacientovih pravic. Obzor Zdr N. 2004;38(4):287–96.

Kobentar R. Gerontološka zdravstvena nega – kaj starejši pacienti najbolj pogrešajo v zdravstveni negi. In: Hvalič Touzery S, ed. Priložnost za izboljšanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 21-22. junij 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 47–54.

Kobentar R. Socialni odnosi v starosti. Socialna pedagogika. 2008;12(2):145–60. Dostopno na: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-E40SMY7O/> (18. 11. 2013)

Kokol P, Šlajmer Japelj M, Blažun H. Na dokazih utemeljene smernice promocije zdravja starostnikov. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2009.

Kolt GS, Driver RP, Giles LC. Why older Australians participate in exercise and sport. J Aging Phys Act. 2004;12(2):185–98.

Kovačič V. Socialni pedagog v domu starejših občanov: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta Ljubljana; 2011.

Križman I. Uvodna beseda. In: Vrabič Kek B, ed. Kakovost življenja. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2012.

Kydd A, Duffy T, Raymond Duffy FJ. The care and wellbeing of older people: a textbook for health care students. Exeter: Reflect Press; 2009.

Kuralt T, Goljar N. Kakovost življenja oseb po možganski kapi ob zaključeni rehabilitaciji. Rehabilitacija. 2009;8(1):9–16.

Lah I, Pahor M, Hlebec V. Zdravje starejših ljudi kot element kakovosti življenja v Evropi. Obzor Zdr N. 2008;42(2):87–97.

Mali J. Kvaliteta življenja in zadovoljstvo stanovalcev in zaposlenih v domu starejših občanov. Socialno delo. 2004;43(2/3):105–15.

Martinis T. Percepcija kvalitete života u funkciji dobi. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta, Odsejk za psihologiju; 2005. Dostopno na: <http://darhiv.ffzg.hr/337/> (18.3.2013)

Matotek I. Aktivno staranje: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2010.

Maville AJ, Huerta GC. Health Promoting In Nursin. New York: Thomson Delmar Learning; 2008.

Mauk LK. Gerontological Nursing: competencies for care. Boston, Toronto, London, Singapore: Jones and Bartlett publishers; 2010.

McKevitt C, Redfern J, La- Placa V, Wolf CD. Defining and using quality of life: a survey of health care professionals (povzetek). Clin Rehabil. 2003;17(8):865–70.

Musek J, Pečjak V. Psihologija. Ljubljana: Educy; 2000.

Pandel Mikuš R. Prehrana starejših. In: Kenda FM, Fras Z, eds. 23. Radenski dnevi: redni letni strokovni sestanek združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo, Radenci, 6–7. maj 2005. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, Slovenska hiša srca; 2005: 50–1

Pandel Mikuš R, Poljšak B. Funkcionalna hranila v zdravi prehrani. Obzor Zdr N. 2005;39(2):201–7.

Pečjak V. Psihologija staranja. Bled:samozaložba; 2007.

Petek – Šter M, Kersnik J. Obravnava starostnika v družinski medicini. Zdrav Vestn. 2004;73(10):767-71.

Dostopno na: http://www.szd.si/user_files/vsebinska/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st4-10/767-771.pdf. (22. 7. 2013).

Pokorn D. Prehrana v poznejših letih. In: Turk J, eds. Zdrava poznejša leta- naj bodo tudi lepa. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije; 2005: 221–7.

Ramovš J. Potreba po oskrbi in oskrbovanje tretje generacije v občini Komenda. Kakovostna starost. 2007;10(3):28–43.

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

Rant M. Samostojnost in pomoč starim ljudem pri vsakodnevnih opravilih. Kakovostna starost. 2012;15(3):33–42.

Rautar Pungartnik T. Lestvica, ki se uporablja pri ocenjevanju izida po zlomu kolka. Rehabilitacija. 2008;7(2):35–42.

Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010 (ReNPPP). Uradni list Republike Slovenije št. 39/2005.

Simonič B. Prva resnica je rojstvo, druga je smrt (izguba in žalovanje v družinskem sistemu). Anthropos. 2006;1-2(201-202):173–81.

Skela Savič B. Staranje in zdravje-izziv za zdravstveno nego. In: Hvalič Touzery S, ed. Priložnost za izboljšanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 21–22. junij 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 17–26.

Starc M. Doživljanje sreče pri starejših Slovencih: medgeneracijski dejavniki in povezanost z življenjskim smislom. Kakovostna starost. 2011;14(3):3–23.

Stiglitz E, Sen A, Fittoussi JP. The Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress; 2009. Dostopno na: <http://www.stiglitz-sen-fittoussi.fr/en/index.htm> (13. 3. 2013)

Survey of Health Aging and Retirement in Europe -Methodology 2005. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA); 2005. Dostopno na: http://www.shareproject.org/uploads/tx_sharpublishations/Share_book_methodology_Wave1.pdf (2. 12.2013)

Šimunič B, Volmut T, Pišot R. Otroci potrebujejo: Otrok med vplivi sodobnega življenjskega sloga-gibalne sposobnosti, telesne značilnosti in zdravstveni status slovenskih otrok. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno- raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave, Univerzitetna založba Annales; 2010.

Tomišič M, Rugelj D. Ugotavljanje dejavnikov tveganja za padeč pri starejših v domačem okolju. In: Rugelj D, Sevšek F, eds. Aktivno in zdravo staranje. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2011: 99–106.

Ternar D. Skrb za varnost stanovalcev pred padci v domskem varstvu: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2011.

Tokarski W. Sport of the elderly. Kinesiology. 2004;36(1):98–103.

Trstenjak A. Človek končno in neskončno bitje. Celje: Mohorjeva družba; 1988.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2008.

Vrednotenje izvajanja Resolucije o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010: Osnutek končnega poročila. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010.

Zaletel-Kragelj I, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje; 2007.

Zdrav življenjski slog. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport Republike Slovenije; B.l. Dostopno na:

http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/TrajnostniRazvoj/07_Zdrv_zivljenski_slog.pdf
(2. 12. 2013)

Zupančič M. Pozna odraslost. In: Marjanovič Umek L, Zupančič M, eds. Razvojna psihologija: razprava filozofske fakultete. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut, Filozofske fakultete Ljubljana; 2004a: 757–803.

Zupančič M. Socialni razvoj v pozni odrasli dobi. In Marjanovič Umek L, Zupančič M, eds. Razvojna psihologija: Razprave filozofske fakultete. Ljubljana: Znanstveno raziskovalni inštitut Filozofske fakultete; 2004b: 792–804.

Zurc J. Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja – predstavitev razvojnega projekta Ministrstva za zdrave RS in izdelkov študentov. In: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, Filej B, Skela Savič B, eds. Priložnost za izboljšanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 21–22. junij 2010. Jesenice:Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 77–88.

Zurc J, Skela Savič B. Življenjski slog starostnikov v gorenjski regiji na področju duševnega zdravja in preventive pred poškodbami. *Obzor Zdr N.* 2012;46(3):209–17.

Železnik D, Železnik U, Panikvar Žlahtič K. Pomen etike z kakovostno obravnavo starejše osebe. In: Wirth K, ed. Celostna obravnava starostnika demenco: zbornik predavanj, Laško, 29-30. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 2011: 94–100.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani.

Sem Mojca Lajhar študentka zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, in vas prosim za sodelovanje. V diplomskem delu želim raziskati kakovost življenja in dejavnike, ki nanj vplivajo v starosti.

Pred Vami je anketni vprašalnik ki ga bomo izvedli v obliki intervjuja. S pridobljenimi podatki želim ugotoviti, kako kakovostno živijo starostniki ter kako na kakovost življenja v starosti vplivajo različni s tem povezani dejavniki.

Z raziskavo želimo prikazati dejavnike, ki prikažejo, kako se kakovost življenja starostnika spreminja.

Anketni vprašalnik je sestavljen iz štirih sklopov:

- demografski podatki (spol, starost, zakonski stan, prebivališče)
- objektivni kazalniki kakovosti življenja v starosti
- subjektivni kazalniki kakovosti življenja v starosti
- zdravstvena vzgoja starostnika

Zagotavljam vam anonimnost pri obdelavi podatkov, saj bodo podatki interpretirani v sumarni obliki. Rezultati bodo uporabljeni le v namene priprave dela na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Hvala za vaše sodelovanje

Mojca Lajhar

Sklop 1 – DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Starost v letih: _____

2. Zakonski stan :
 - a) samski/a
 - b) poročen/a
 - c) partnerska skupnost
 - d) vdovec/a

3. Izobrazba :
 - a) nedokončana osnovna šola
 - b) dokončana osnovna šola
 - c) nedokončana srednja šola
 - d) dokončana srednja šola
 - e) višja, visokošolska ali univerzitetna izobrazba
 - f) magister, doktorat

4. Živite v :
 - a) lastni hiši
 - b) lastni sobi v hiši otrok /sorodnikov
 - c) lastnem stanovanju v bloku
 - d) najemniškem stanovanju
 - e) domu upokojencev
 - f) varovanem stanovanju

5. S kom živite

- a) Sam
- b) z otroki
- c) s partnerjem
- d) s sestro / bratom
- e) drugo:

6. Kako ocenjujete svoje zdravje oz. zdravstveno stanje?

7. Koliko ste samostojni pri vzdrževanju oz. skrbi za zdravje?

8. Ali vam kdo pomaga pri čem?

9. Kaj menite, da je najbolj vplivalo na vaše dobro/ slabo zdravstveno stanje?

10. Kaj je najbolj vplivalo na kakovost življenja po vašem 65. letu starosti (odhod otrok, smrt partnerja, bolezen moža, vaša bolezen, upokojitev, odhod v dom ...)?

11. Kako ocenjujete (objektivne) dejavnike, ki vplivajo na kakovost, kot so: finančno stanje, stanovanje, lastnina, dodatni viri pomoči?

12. Kako ocenjujete (subjektivne) dejavnike kakovosti, kot so: zadovoljstvo sreča, ljubezen otrok, moža, upanje, verovanje v Boga, človeške vrednote, poštenost?

13. Koliko ste zainteresirani za delo na sebi v smislu: ohranjanja zdravja, izboljšanja gibanja, druženja v interesni skupini (pevske vaje, upokojenci, telovadba, izleti)?

14. Kateri dejavniki najbolj vplivajo na vaš interes za spremembe: ohranitev zdravja, pomagati otrokom, biti koristni sebi oz možu/ženi, drugim, spoznavati ljudi in svet okoli sebe, želim poskrbeti za vnuke, želim sodelovati v interesni skupini (pevski, cerkvi, lovci ...)?

Zahvaljujem se vam za sodelovanje in vam želim še obilo zdravih let.

Mojca Lajhar

7 PRILOGA 2

7.1 INSTRUMENT 2

Spoštovani!

Sem Mojca Lajhar študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela z naslovom *Kakovost življenja v starosti : vidiki zdravstvene vzgoje* se na Vas obračam z dodatnimi vprašanji glede zdravstvene vzgoje. Te odgovore potrebujem zaradi dokončanja mojega raziskovalnega dela, v katerega ste že bili vključeni.

Pred Vami so zastavljena vprašanja, katera se nanašajo na zdravstveno vzgojo starostnika.

Vprašanja za namen raziskovalnega dela se glasijo:

- Spol: _____
- Starost v letih: _____
- 15. Kje in od koga pridobite največ nasvetov, za izboljšanje oziroma ohranjanje svojega zdravja (zdravnik, medicinske sestre, drugo)?
- 16. Ali upoštevate dane nasvete o zdravstveni vzgoji katere pridobite iz strani zdravstvenega osebja?
- 17. Kaj storite sami, da ohranjate svoje zdravje?

Hvala za Vaše odgovore.

Mojca Lajhar

7.2 SOGLASJE SOODELUJOČIH

Soglasje za izvajanje raziskave z naslovom »Kakovost življenja v starosti-vidiki zdravstvene vzgoje«.

Ime in priimek intervjuvanca: _____

Zgoraj podpisan-a izjavljam, da sem bil seznanjen-a z namenom raziskovalnega dela, ki ga opravlja Mojca Lajhar, študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, za namen svojega diplomskega dela z naslovom »Kakovost življenja v starosti- vidiki zdravstvene vzgoje«.

S svojim podpisom potrjujem, da sodelujem prostovoljno ter brez kakršnih koli prisilnih dejstev.

Podpis intervjuvanca-ke: _____

Podpis kandidatke: _____

Datum: _____