



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**PSIHOSOCIALNI DEJAVNIKI ZDRAVJA V
STAROSTI**

**PSYCHOSOCIAL FACTORS INFLUENCING
HEALTH IN OLD AGE**

Mentor: dr. Radojka Kobentar, viš. pred. Kandidatka: Elvise Selimović

Jesenice, april, 2015

ZAHVALA

Posebna zahvala gre moji mentorici dr. Radojki Kobentar, višji pred., ki me je vzpodbujala, me usmerjala, svetovala ter bila potrpežljiva pri doseganju mojega cilja.

Zahvaljujem se recenzentoma diplomskega dela doc. dr. Primožu Novaku ter Eriki Povšnar, pred. za skrben in strokoven pregled.

Zahvaljujem se glavni medicinski sestri na Enoti za gerontopsihiatrijo Branki Mikluž za vso pomoč in podporo v času študija.

Zahvala pa gre tudi mojemu možu Adnanu, mami in očetu, ki so mi stali ob strani, me spodbujali, bili v oporo ter mi dan za dnem vlivali voljo in pogum.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Starost je obdobje v življenju človeka, v katerem sta zaloga zdravstvenih dejavnikov in socialne opore najbolj prepoznana v načinu in kakovosti staranja.

Cilj: Cilj te raziskave je bil ugotoviti značilnosti in pomen psihosocialnih dejavnikov v starosti ter njihov vpliv na zdravje.

Metoda: Uporabili smo metodo kvalitativnega raziskovanja v obliki polstrukturiranega intervjuja z namenskim vzorcem. Intervjuvali smo starostnike, starejše od 65 let. Intervjuvali smo 12 starostnikov, ki živijo na območju Ljubljane, v mestnem in primestnem okolju, sami s partnerjem in pa z razširjeno družino. Uporabili smo transkripiran avdioposnetek. Pridobljene podatke smo analizirali s programom Microsoft Office Excel 2013.

Rezultati: Rezultati kažejo, da psihosocialni dejavniki, kot so zdravstveno stanje, družina, bivalni pogoji, vrsta podpore in socialna mreža močno vplivajo na zdravje in zadovoljstvo starostnika. Najvišje rangirano je zdravje, najnižje pa osebne lastnosti. Ugotovili smo, da so subjektivni dejavniki zadovoljstva starostnikov vezani na življenjske odločitve in medsebojne odnose. V kategorijo življenjskih odločitev najpogosteje uvrščajo pomen družine, partnersko zvezo in bivalne pogoje. Pri soočanju s težavami starostniki navajajo koriščenje neformalne in formalne oblike pomoči.

Razprava: Dejavniki, ki smo jih opisali, so pomembni za zdravje in kakovost življenja. Starostnika v življenju najbolj osrečuje zdravje, družina in partner ter želja po dobrih medsebojnih odnosih. Zdravje starostniku pomeni ohranjanje samostojnosti za opravljanje vsakodnevnih dejavnosti ter sposobnosti za delo. Daljše obdobje samostojnosti in neodvisnosti starostnikov pri zadovoljevanju njihovih potreb sta napovedovalca večjega zadovoljstva z življenjem.

Ključne besede: starost, zdravo staranje, socialno omrežje, psihološki in socialni dejavniki zdravja

SUMMARY

Theoretical basis: Age is a period of life, in which the supply of health factors and social support are most recognized in the manner and quality of aging.

Objective: The aim of this study was to determine the nature and importance of psychosocial factors in age and their impact on health.

Method: We used the method of qualitative research in the form of semi-structured interview with a purposive sample. We interviewed elderly people over 65 years. We interviewed 12 elderly people living in the area of Ljubljana, in urban and suburban environment, alone with a partner or with extended family. We used a transcribed audio recording. We analyzed the data using Microsoft Office Excel 2013.

Results: The results suggest that psychosocial factors such as health status, family, living conditions, type of support and social network greatly affect health and happiness of the elder person. State of health ranked the highest and personality traits the lowest. We have found that subjective factors of the satisfaction of the elderly were linked to life decisions and relationships. They categorise importance of family, marriage and living conditions most often in the category of life decisions. The elderly indicate the use of informal and formal support in the face of difficulties.

Discussion: The factors which we described are important for health and the quality of life. What make the elderly the happiest in life are health, family and partner, and the desire for good mutual relations. For the elderly, health means maintaining independence to perform daily activities and ability to work. A longer period of autonomy and independence of the elderly in meeting their needs tend to bring greater satisfaction with life.

Key words: old age, healthy aging, social network, psychological and social determinants of health

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	STARANJE IN STAROST.....	3
2.1.1	Vrsta starosti.....	4
2.1.2	Sprememba vlog v starosti.....	5
2.1.3	Teorija psihosocialnega razvoja po Eriksonu.....	6
2.2	PSIHOSOCIALNI DEJAVNIKI ZDRAVJA.....	7
2.2.1	Osebnost.....	8
2.2.2	Samopodoba.....	10
2.2.3	Družinska opora in socialna mreža.....	11
2.2.4	Izobrazba.....	13
2.2.5	Pomen bivalnega okolja v starosti.....	14
2.2.6	Stres in spoprijemanje z njim.....	14
2.2.7	Spremembe zdravstvenega stanja starejših ljudi.....	15
2.3	ZDRAVSTVENA VZGOJA ZA OHRANJANJE ZDRAVJA PRI STAROSTNIKI.....	17
3	EMPIRIČNI DEL.....	20
3.1	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA.....	20
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	20
3.3.2	Opis merskega inštrumenta.....	21
3.3.3	Opis vzorca.....	22
3.3.4	Opis poteka raziskave in analize podatkov.....	22
3.4	REZULTATI.....	22
4	RAZPRAVA.....	30
5	ZAKLJUČEK.....	35
6	LITERATURA.....	37
7	PRILOGE	
7.1	INSTRUMENT	
7.2	MATRIKA PODATKOV	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki intervjuvancev.....	23
Tabela 2: Psihosocialni dejavniki zdravja.....	23
Tabela 3: Subjektivni dejavniki zadovoljstva z življenjem.....	24
Tabela 4: Formalni in neformalni viri pomoči.....	27

KAZALO SLIK

Slika 1: Razvrstitev intervjuvancev glede na njihovo oceno samospoštovanja.....	28
---	----

1 UVOD

Statistični podatki kažejo, da se naše prebivalstvo hitro stara (Statistični urad Republike Slovenije, 2010). Strokovnjaki predvidevajo, da bo v prihodnosti še dodaten porast starejše populacije, kajti rodnost upada, osveščенost in skrb za zdravje pa sta bistveno višja, z razvojem medicine pa je možno zdraviti vse več bolezni. World Health Organization (2012) v svojih poročilih navaja, da staranje prebivalstva predstavlja eno največjih demografskih in javnozdravstvenih sprememb.

20. stoletje je prineslo precejšnje izboljšave zdravstvenega stanja prebivalstva v večini držav, vključno z bistvenim povečanjem preživetja starejših in zmanjšanja smrtnosti v pozni starosti. Omeniti je potrebno bistvene neenakosti oziroma neskladja v zdravju pri različnih socialno-ekonomskih skupinah, saj je ugotovljeno, da revni bolj zbolevajo, imajo nižjo izobrazbo, slabšo prehrano in slabši življenjski slog (kajenje, alkohol). Med starostniki je tveganje za revščino višje, z leti se še poslabšuje socialna mreža, ki dodatno vpliva na dokazano slabše izide (Ploubidis, et al., 2011).

Zdravje je celovit dinamičen sistem, ki je sposoben prilagajanja in omogoča posamezniku ravnovesje telesnih, čustvenih, osebnih, duhovnih in tudi socialnih prvin. To ravnovesje daje organizmu možnost neprestanega opravljanja funkcij in prilagajanja okolju (Center za poklicno izobraževanje, n.d.). Zdravje je v večini sodobnih družb spoznano kot največja vrednota, saj je predpogoj za povečanje blaginje. Na zdravje vplivajo številni, med seboj prepleteni dejavniki, ki jih imenujemo determinante zdravja. Da bi lahko varovali in krepili zdravje posameznika, pa zahteva sodelovanje tako posameznika kakor celotne družbe. Zdravje prebivalcev Slovenije se je v zadnjih desetletjih nedvomno izboljšalo, kar nam pove, da se je pričakovano trajanje življenja podaljšalo (Seljak, 2010). Povprečna starost prebivalcev Slovenije se po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2014) zvišuje in v letu 2013 je povprečna starost znašala 76,1 let. Povprečna starost žensk je bila 80,3 leta, moških pa 71,9 leta (Statistični urad Republike Slovenije, 2014). Na ta napredek vpliva več dejavnikov, vsekakor pa so med njimi višja povprečna raven izobrazbe, boljše življenjske in delovne

razmere ter večja socialna varnost. Prav tako ne gre zanemariti boljših zdravstvenih storitev in spremenjenih navad posameznikov (Seljak, 2010).

Zdravje je pri starejših izredno pomemben dejavnik, ki definira njihovo dojetje lastnih zmožnosti in zato tudi njihovo neodvisno funkcioniranje. Nekateri avtorji navajajo posredno povezanost izobrazbe in zdravja, saj boljša izobrazba omogoča boljši socioekonomski status, boljši družbeni status ter večjo skrb za zdravje z manj škodljivih razvad (kajenje, alkohol) (Kump & Jelenc Krašovec, 2009). Če stopnjo izobrazbe vzamemo kot izhodišče, ugotovimo, da vsako naslednje leto izobraževanja prispeva k zvišanju dohodka in socio-ekonomskega položaja posameznika, hkrati se bolj izobraženi posamezniki gibljejo po stratifikacijski lestvici navzgor, kar posredno vpliva na njihovo zdravje (Hammond, 2004 cited in Kump & Jelenc Krašovec, 2009, p. 19).

Strokovnjaki ugotavljajo, da naj bi ženske bolj izražale bolezenske simptome, jemale več zdravil, pogosteje obiskovale zdravnika in bile občutljivejše na stres kot moški, saj prav stres predstavlja enega izmed najpomembnejših dejavnikov za številna bolezenska stanja. Ugotovljeno je, da se starejši pogosteje srečujejo s številnimi težavami: z osamljenostjo, občutki nemoči in nekoristnosti, manjšo socialno vključenostjo, izgubo družbenega položaja, življenjskih sopotnikov, s čustveno in z bivalno stisko, ki lahko vplivajo na njihovo zdravstveno stanje (Pivec, et al., 2014).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 STARANJE IN STAROST

» Ni toliko pomembno, koliko si star, pomembnejše je, kako si star (Pečjak, 2007, p.5).«

Staranje in starost med seboj nista nujno povezana. Starost je namreč stanje posameznika, ki ima lastnosti starega, medtem ko je staranje proces, ki se začne z dnem, ko se rodimo, in traja skozi vsa življenjska obdobja, vse do smrti. V naši kulturi napačno razumemo pojem staranja in ga povezujemo izključno s starostjo (Ramovš, 2003).

Starost je naraven pojav vsakega živega bitja, ki je neizogibno povezan s postopnim upadom biološkega, psihološkega in socialnega delovanja. Ko govorimo o starosti, imamo v mislih nekaj statičnega, medtem ko pojem staranje opredelimo kot dinamičen proces z najrazličnejšimi spremembami v strukturi in funkcioniranju organizma (Roškar & Svetičič, 2010). Seveda pa ima tako kot druga življenjska obdobja tudi starost svoje značilnosti, ki zahtevajo določeno pozornost (Hovnik Keršmanc, 2012). Ebersole in sodelavci (2005 cited in Skela Savič, 2010, p. 19) povzemajo delitev starostnikov v tri skupine: mladi starostniki (65 do 74 let), srednji starostniki (75 do 84 let), in stari starostniki (85 let in več).

National Service Framework for Older People (2001 cited in Skela Savič, et al., 2010, p. 90) razvršča starostnike glede na njihove značilnosti in aktivnosti v tri skupine:

- Vstopna skupina so tisti, ki so se pravkar upokojili, so aktivni in neodvisni. Cilj pri tej skupini je ohraniti zdravje, promovirati zdravje in aktivno življenje. Gre za obdobje med 55. in 65. letom starosti življenja človeka;
- Tranzicijska skupina so tisti, ki so v vmesni fazi med zdravjem, aktivnim življenjem in pojavom krhkosti pri nekaterih življenjskih aktivnostih. Pri tej skupini je cilj pravočasno zaznavanje nastalih problemov in zagotavljanje pravočasnih in ustreznih ukrepov, ki preprečujejo dolgotrajno odvisnost

starostnika. To obdobje se začne pojavljati med sedmim in osmim desetletjem življenja človeka;

- Skupina krhkih so tisti, ki se srečujejo z resnejšimi zdravstvenimi problemi, kot so posledice kapi, demence in so potrebni negovalne in socialne pomoči. Šibkost starostnika se pojavi v poznih letih staranja, starostnik potrebuje pomoč in podporo, potrebne so intervencije na področju fizične, psihične in socialne pomoči (National Service Framework for Older People, 2001 cited in Skela Savič, et al., 2010, p. 90).

Staranje lahko opišemo kot proces, ki posledično prinaša spremembe na področjih zdravja in bolezni, avtonomije in odvisnosti, kompetenc in deficitov, svobodne volje, zapuščenosti in modrosti. Prav tako opazamo pojave bojazni pred izgubo varnosti, pomisleke glede umiranja, smrti, pravic in dolžnosti (Baltes, 1999 cited in Kobentar, 2008, p. 146). Staranje prinaša tudi več socialne izključenosti, revščine ter po drugi strani tudi večje potrebe po zdravstveni in socialni oskrbi, hkrati pa so danes starejše generacije tudi čedalje bolj zdrave in aktivne (Hovnik Keršmanc, 2012). Uspešno staranje je povezano z dobrim počutjem in sposobnostjo prilagajanja na spremembe, ki jih starost prinaša. Socialni psihologi zagovarjajo, da je uspešno staranje definirano z delavnostjo oziroma aktivnostjo posameznika, sposobnostjo samoopazovanja, zdravjem in socialno vključenostjo (Crosnoe & Elder, 2002 cited in Skela Savič, 2010, p. 19). Ebersole in sodelavci (2005 cited in Skela Savič, 2010, p. 19) postavljajo v model uspešnega in zdravega staranja dejavnike, kot so socialni, biološki, psihološki, duševni, kulturni in okoljski dejavniki.

2.1.1 Vrsta starosti

Izjavo nekoga, ki pravi, da je star, lahko razumemo na različne načine. Lahko je posledica njegovega notranjega, subjektivnega občutenja, ki je obenem podvrženo vplivu družbe, ali pa je odziv na družbeno pogojene reakcije, ki določajo, kdaj je človek star (Mali, 2009).

Glede na starost posameznika ločimo tri vrste starosti:

- **Kronološko starost**, ki jo opredeljuje rojstni datum; kronološki začetek starosti je danes pri 65 letih, kar običajno sovpada z upokojitvijo;
- **Funkcionalna starost**, ki se kaže v tem, koliko je človek sposoben samostojno opravljati osnovna življenjska opravila in koliko je zdrav;
- **Doživljajska starost**, ki se kaže v tem, kako človek sprejema in doživlja svojo trenutno starost in z njo povezane spremembe (Roškar & Svetičič, 2010).

Malijska (2007) dopolnjuje še zgoraj povedano s sociološkim staranjem, ki je del temeljnega področja gerontološkega raziskovanja in opozarja na spremembe, ki jih posameznik zaradi starosti doživi v družbi, družini in na osebni ravni.

Kronološka starost predstavlja dejansko starost človeka, na primer 70 let, in je od vseh najbolj neosebna (Bilban, 2008). Za kronološko starost je značilno, da je pogosto v korist družbi, saj na podlagi slednje družba določa čas upokojevanja, izobraževanja in drugih norm (Mali, 2009). Funkcionalna starost naj bi se odražala z opredelitvijo nekoga, da je za neko opravilo ali dejanje prestar, saj skupaj s kronološko starostjo določa položaj posameznika v družbi. Doživljajsko starost pa lahko opišemo kot lastno doživljanje, torej da smo stari toliko, kot se počutimo ter nanjo vplivamo s stališči o smiselnosti staranja, s katerimi omilimo funkcionalno omejitev ali motnje. Doživljajska starost, tj. kako star se počutiš, je subjektivno gledanje na starost, in je zelo osebna. Avtorji navajajo še psihološko staranje, ki izpostavlja starostne spremembe čutnih in zaznavnih procesov, mentalnih funkcij, osebnosti in motivacije in jo ugotavljamo predvsem iz odnosa človeka do sebe in drugih ljudi ter do svojih sposobnosti (Mali, 2007; Bilban, 2008).

2.1.2 Sprememba vlog v starosti

Upokožitev ne pomeni samo opustitev dela in delovnih navad, med drugim predstavlja sprejem nove družbene vloge, ki se kaže v spremembi vedenja, vsakodnevnega ritma življenja, drugačnih odnosih med ljudmi, do ljudi in družine, v premiku interesov od dela k prostočasnim dejavnostim ter v spremembi ekonomskega statusa. Zato je

priprava ljudi na starost v današnjem času zelo pomembna, saj omogoča starim ljudem najti smisel svojega nadaljnega življenja (Mali, 2009).

Starostnike najbolj definira socialna vloga, ki predstavlja sklop različnih vedenj, doživetij, pravic in obveznosti, ki jo družba pričakuje od posameznika glede na njegov socialni položaj in psihološke okoliščine. Pričakovana obnašanja nastanejo s sprejemanjem družbenih norm in zapovedi, ki so lahko predpisane in obvezujoče. Nekateri vlogi imajo časovno omejeno trajanje, druge veljajo vse življenje (Pečjak, 2007). Starejši želijo ohraniti stabilnost vlog, ker se težje prilagajajo novim vlogam in nalogam. Vloge določajo pričakovano obliko vedenja in starejši igrajo številne omejujoče vloge, kot so vloge človeka brez družbenih, kulturnih in zlasti spolnih potreb, vloge intelektualno prizadete osebe itd. se včasih kažejo kot intrapersonalni konflikti med vlogami iz preteklosti in novimi vlogami, ki jih šele oblikujejo (Pečjak, 2007).

2.1.3 Teorija psihosocialnega razvoja po Eriksonu

Psihološke, socialne, okoljske in druge dejavnike ter potrebo po socialnih odnosih bi težko razumeli brez poznavanja psihosocialne teorije razvoja (Erikson, 2000 cited in Kobentar, 2008, p. 152). Psihodinamska teorija razvoja Eriksona je teorija človeškega razvoja in zorenja, od rojstva do pozne starosti. Življenjski cikel poteka po 8 razvojnih stadijih, kjer v vsakem stadiju obstajajo določene naloge, ki jih posameznik razrešuje. Na vsaki stopnji je poudarek na razvoju ega, in način, kako bo oseba rešila vsako stopnjo, vpliva na prihodnji uspeh ali neuspeh pri obvladovanju naslednje stopnje razvoja. Rezultat vsake stopnje ima za posledico osebno rast ali stagnacijo. Prehodi med stadiji so možni le ob predhodni pozitivni razrešitvi nalog iz predhodnega stadija. Erikson je menil, da je razvoj evolucijski proces, ki temelji na zaporedju bioloških, psiholoških in družbenih dogodkov. Erikson je tudi menil, da je zorenje telesnih funkcij povezano s pričakovanji družbe in kulture, v kateri oseba živi. Zato se intergracija ega osme stopnje nanaša na integracijo elementov prejšnjih stopenj. V osmi stopnji, ki je že v zadnji tretjini življenja, oseba razmišlja o predhodnem življenju in ga ocenjuje. Ta ocena je pomembna za pozitivno integracijo ega, ki se kaže s smiselnostjo in

zadovoljstvom z življenjem. To lahko določa uspešno staranje (Erikson, 1980; Erikson, 1982 cited in Wadensten, 2006, pp. 347-354)

V zadnjem desetletju je pod vplivom Eriksonove teorije psihosocialnega razvoja s konceptom integritete jaza v nasprotju z razdvojenostjo v pozni odraslosti nastala deveta razvojna stopnja starosti teorija gerotranscendence. Pri obojem gre za osnovni odgovor na večno vprašanje, kako zapuščati svet in kako prek lastnega ega proti koncu življenja uvideti doseženi smisel izpolnjenosti življenja? (Kobentar, 2008). Avtor Tornstam (1997 cited in Kobentar, 2008, p. 151) združuje elemente sebstva z večjo selekcijo socialnih aktivnosti ter močno potrebo po spiritualih in kozmičnih vrednotah.

2.2 PSIHOSOCIALNI DEJAVNIKI ZDRAVJA

Psihosocialni dejavniki vključujejo številne osebne in psihološke značilnosti, okoljske pogoje, kakor tudi življenjski slog, ki prispeva k dobremu počutju in zdravemu staranju (Anstey, et al., 2002). Na zdravje starostnikov pa najbolj vplivajo psihosocialni dejavniki, kot so: osebnost, samopodoba, stres, družinska opora in socialna mreža, bivalni pogoji, izobrazba ter spremembe duševnega zdravja (Aldwin, et al., 2006).

Psihosocialni dejavniki so se le redko preverjali kot dejavniki za ocenjevanje njihovega vpliva na podaljšanje življenjske dobe pri starejših ljudeh. Avstralska longitudinalna študija o staranju, ki je bila izvedena leta 1992–1993, je ocenila učinek psihosocialnih dejavnikov, samoocene zdravja in samoocene dolžine življenjske dobe s tveganjem umrljivosti v razponu devetih let. V naključnem vzorcu, 2087 anketirancev obeh spolov, starih 65 in let in več, so ugotavljali meritve zaznavne kontrole, moralnih norm, samoocene zdravja, socialne vključenosti, zadovoljstva v življenju, samoocene dolžine življenjske dobe in samoocene telesnih funkcij (Anstey, et al., 2002). Analiza je pokazala, da je pri moških zaznavna kontrola povezana z daljšo življenjsko dobo, po preverjanju starosti, samooceni zdravja in telesni funkciji. Pri ženskah pa so bile socialna vključenost, pogum in zaznavna kontrola povezane z daljšo življenjsko dobo, po preverjanju starosti, samooceni zdravja in telesni funkciji. Rezultati so pokazali, da imata socialna vključenost in blaginja različne učinke na dolžino življenja glede na

razliko v spolu. Vpliv dejavnikov na pozitivne vidike psihičnega delovanja, zlasti pri samonadzoru, ni dovolj poznan (Anstey, et al., 2002).

V drugi raziskavi so Klabbers in sodelavci (2014) ugotavljali povezanost osebnostnih lastnosti z depresivnostjo in prišli do zaključkov, da obstaja korelacija med depresijo ter jezavostjo. Dokazali so povezanost depresije s socialno oporo ter njihovo slabše vključevanje v socialna omrežja ter celo njihovo socialno izključenost. Obe psihološki značilnosti in duševni motnji sta povezani s socialno podporo kot tudi, da depresivni in sovražni ljudje pogosto slabše doživljajo socialno omrežje in celo socialno izključenost. Klabbers in sodelavci (2014) so ugotovili, da obstajajo dokazi o vplivu psihosocialnih dejavnikov na telesno zdravje ter posredno dolžino življenja. Avtorji dopuščajo možnost, da to področje ni dovolj raziskano in da imajo obstoječe znanstvene razprave svoje pomanjkljivosti, ker se osredotočajo le na eno lastnost, medtem ko zdravstvena tveganja predstavlja široka paleta različnih dejavnikov. Povedano opozarja na dinamiko različnih vplivov na zdravje starostnikov ob njihovi aktivni vlogi pri spoprijemanju s spremembami ter posebnimi strategijami upravljanja z življenjem.

Strategije upravljanja z življenjem (SUŽ), katerega pojem so razvili nemški psihologi, so načini vedenja, katere uporabljajo pri soočanju in spoprijemanju z življenjskimi izzivi, ovirami in težavami. SUŽ so Baltes in sodelavci najprej povezovali z blagostanjem in življenjskim zadovoljstvom v starosti, kasneje pa so ga razširili v splošen model, s katerim razlagajo vedenjske spremembe tekom življenja. Model pojasnjuje spremembe v socialnem vedenju in navadah starostnikov ob različnih življenjskih dogodkih (upokojitev, bolezni, izguba partnerja), avtorji pa so ga še naprej razvili v razlagalni model posameznikovega izbiranja in doseganja ciljev (Svetina & Župančič, 2007).

2.2.1 Osebnost

Osebnost je edinstvena konstelacija vedenjskih lastnosti pri vsakem posamezniku. To so prepoznavni in trajni načini vedenja vsakega posameznika, na podlagi katerih se posameznik razlikuje od drugega in ki so skladni v različnih situacijah. Na primer,

nekdo je opisan kot vesten in zanesljiv, zato bi pričakovali, da ima to lastnost v vseh situacijah, v družbi, v družini in skozi daljše obdobje življenja (Lunn, et al., 2014).

Osebnost pomeni relativno stabilno integracijo človeških lastnosti, značilnosti, kognitivnih, motivacijskih in emocionalnih pogojevalnikov, kot se kažejo navznoter (doživljanje) in navzven (vedenje) (Pečjak, 2007). Z longitudinalnimi raziskavami (Finn, 1986 cited in Pečjak, 2007, pp. 159-160) so ugotovili, da se nekatere osebnostne lastnosti zelo spremenijo, nekatere malo, nekatere pa vztrajajo celo življenje. Druge raziskave pa so odkrile mnogo večjo stabilnost osebnostnih lastnosti, zlasti pri petih pomembnih osebnostnih lastnostih:

- **ekstravertnost**, ki se nanaša na posameznikovo zanimanje za ljudi in dogodke v okolju, živahnost, dinamičnost in asertivnost;
- **sprejemljivost**, ki vključuje poteze, povezane s kakovostjo medosebnih odnosov, npr. altruizem, sodelovanje, prijaznost;
- **vestnost**, tj. dimenzija, ki se izrazi zlasti pri učenju, izobraževanju in delu, vključuje pa značilnosti, ki so potrebne pri doseganju nečesa, npr. organiziranost, sistematičnost, učinkovitost, natančnost, vztrajnost;
- **nevroticizem** ali čustvena nestabilnost, ki je značilna nagnjenost k stalnim izkušnjam negativnih čustev, kot so žalost, strah, tesnoba, negotovost ter zadržanost, pasivnost in pomanjkanje samozavesti;
- **odprtost/intelekt** pa zajema značilnosti, ki se povezujejo s sposobnostmi, npr. intelektualne sposobnosti, spretnosti, zanimanja, radovednost, ustvarjalnost (Zupančič & Horvat, 2009).

S starostjo oslabi osebnostna poteza »zaupanje vase«, kar vpliva na povečano emocionalno občutljivost, labilnost, depresivnost in psihološko ranljivost (Leskovšek, 2006 cited in Pečjak, 2007, p. 74). Med spoloma zasledimo majhne in dosledne razlike v zaznani izraznosti osebnostnih potez pri različnih starostih, v različnih kulturah in glede na različne metode ocenjevanja (samoocene, ocene drugih). Ženskam so v povprečju pripisane nekoliko višje ravni čustvene nestabilnosti (višji nevroticizem) in sprejemljivosti v primerjavi z moškimi, slednji pa so pretežno ocenjeni kot bolj ekstravertni, predvsem zaradi višjih ocen pri dominantnosti in asertivnosti ter močnejše

izražene težnje k iskanju dražljajev. Moškim navadno ocenjevalci pripisujejo tudi višjo raven odprtosti kot ženskam, predvsem prve ocenjujejo višje glede odprtosti do idej. (Zupančič & Horvat, 2009).

Avtorji Brett in sodelavci (2012) menijo, da na kvaliteto življenja in subjektivno blagostanje bolj kot socialni dejavniki (kot so premoženje, izobrazba in fizično zdravje) vplivajo individualni dejavniki, kot so osebnost, vrednote in razpoloženje. Danes je znano, da posameznikova osebnost pomembno vpliva na zdravje, še posebej na zdravje srca in ožilja ter da prav tako vpliva na pospešen proces staranja (Aldwin, et al., 2006).

2.2.2 Samopodoba

Samopodoba je eno izmed temeljnih področij osebnosti, ki se postopno oblikuje že od otroštva dalje in se spreminja ter razvija celo življenje. Samopodoba je definirana kot organizirana celota lastnosti, potez, podob, občutij, stališč, sposobnosti in drugih psihičnih vsebin. Zanje je značilno, da jih posameznik pripisuje samemu sebi, da tvorijo referenčni okvir, s katerim posameznik uravnava in usmerja svoje vedenje. So v tesni povezavi z obstoječim vrednotnim sistemom posameznika ter z vrednotnim sistemom ožjega in širšega družbenega okolja in da so pod nenehnim vplivom delovanja obrambnih mehanizmov (Kobal, 2005 cited in Kobal Grum, Marčič, 2009, p. 60). Dobra in pozitivna samopodoba oziroma lastna identiteta je v starosti toliko bolj pomembna, saj olajša sprejemanje neizogibnih starostnih sprememb. V prvi vrsti je potrebno sprejeti svoje telo, kakršnokoli nam je že dano, saj nosi vse, kar nas predstavlja – naše misli, čustva, upe, sanje ter strahove in je zato pogosto izvršno telo vseh naših dejanj (Kristančič, 2005). Starejšim ljudem se lahko spremeni samopodoba, zlasti fizična in tudi socialna. Včasih gre za to, da starejša oseba opaža, da ni več zaželen v družbi, da se je ljudje izogibajo, zato se tudi idealna samopodoba lahko spremeni, precenjevanja samopodobe pa lahko prej ali slej vodijo v razočaranja, kar poslabša še mentalno stanje prizadetega. Ko se starostnik podcenjuje, so posledice obup, depresija ali celo samomor (Pečjak, 2008).

Pečjak (2007 cited in Zaletel, 2009, p. 185) navaja vpliv samopodobe na sprejemanje starosti:

- Pretirano dobra samopodoba, ko se starostnik pretirano precenjuje, se ima za boljšega, uspešnejšega, močnejšega, lepšega, kot je v resnici, lahko prej ali slej vodi v razočaranja, kar poslabša še mentalno stanje prizadetega,
- Pretirano slaba samopodoba, ko starostniki podcenjujejo svoje dejansko stanje lahko posledično vodi v obup, depresijo, osamljenost, odvisnost in celo samomor,
- Resnična samopodoba, ko se starostnik realno ocenjuje in se vidi takšnega, kot je v resnici. Takšna samopodoba ustreza mentalno zdravim osebam in takrat potekajo procesi staranja normalno.

Samopodoba se nanaša na osebnost, pomeni posameznikovo duševno zrcaljenje osebnosti. Samopodoba je del osebnosti in sodi med najpomembnejše notranje standarde, merila in gibal, ki usmerjajo naše doživljanje in obnašanje (Musek, 2010). Samopodobo povezujemo tudi s samospoštovanjem (Zaletel, 2009), je psihološka spremenljivka, ki odraža splošne občutke posameznikovega samospoštovanja na različnih področjih življenja. Eni pomembnejših spremenljivk, ki sta povezani s samopodobo, sta samospoštovanje in samozavest (Liu, et al., 2014).

2.2.3 Družinska opora in socialna mreža

Pahor in sodelavci (2009) obravnavajo zdravje starejših ljudi v povezavi z njihovo vključenostjo v socialna omrežja, ki zagotavljajo oporo v različnih življenjskih situacijah. Avtorice opisujejo socialna omrežja kot pomemben dejavnik kakovosti življenja z izmenjavo opore v kriznih situacijah, pri ohranjanju zdravja ter pomoči v bolezni. Ugotavljajo tudi, da šibka vključenost v socialna omrežja vpliva na obolevnost, pospešeno staranje ter izolacijo z upadom mentalnih funkcij. Lah (2013) meni, da skrb za zdravje in dobri medsebojni odnosi ohranjajo človekovo samostojnost, in obratno, samostojnost povečuje kakovost življenja. Dokazano je namreč, da vključenost v družbo v vseh pogledih vpliva na ohranjanje vitalnosti in na ta način ljudje doživijo višjo starost (Pečjak, 2010).

»Socialno mrežo starostnika sestavljajo manjše in/ali večje skupine ljudi, najpogosteje so to člani ožje in širše družine in/ali prijateljev in drugih oseb v njihovem okolju. Socialna mreža ima pomembno dimenzijo dajanja socialne podpore na različnih ravneh: emocionalna, informacijska, materialna, instrumentalna« (Dragoš, 2000 cited in Kobentar, 2008, p. 47).

Najpomembnejši dajalec opore je najožja družina, kamor spadajo partner, starši in otroci, povečuje pa se tudi vloga bolj oddaljenih vezi (Pahor, et al., 2009). Ne glede na pozitivne učinke izmenjave emocionalne opore znotraj družine, pa so lahko odnosi tudi vir stresa, nezadovoljstva ter razočaranja, še posebej če se družina odzove na iskanje emocionalne opore drugače od pričakovanj (Hlebec, 2009). Filipovič in sodelavci (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.

Nagode in sodelavci (2006) so v raziskavi ugotavljali razlike v družinski socialni opori med starostniki, živečimi v mestu in na vasi. Ugotovljeno je, da se starostniki, ki živijo na vasi, po oporo v primeru bolezni bolj obračajo na člane ožje družine kot tisti, ki živijo v mestu in primestju. Med člani ožje družine so najpomembnejši ponudniki opore otroci. Starostniki, živeči v mestu, iščejo oporo pri prijateljih, prav tako pa tudi finančne stiske v večji meri rešujejo pri prijateljih in nekoliko manj pri ožji družini. V primerjavi z zgoraj povedanim pa starostniki, živeči na vasi, iščejo oporo pri sorodnikih, v manjši meri pa tudi pri sosedih. Po finančno oporo pa se starostniki živeči na vasi obračajo na ožjo družino. Ugotavljamo, da imajo starostniki, živeči na vasi, med ponudniki opore večji delež sorodnikov kot tisti, ki živijo v mestu. Slednji se namreč po oporo bolj obračajo na prijatelje (Nagode, et al., 2006).

Socialna podpora in socialna vključenost imata dokazano vpliv na ohranjanje dobrega zdravja v starosti in sta med najbolj raziskovanimi psihosocialnimi dejavniki, ki so povezani z zdravjem in dolžino življenja starejših. Vendar še ni popolnoma razloženo,

kolikšen je vpliv posameznih spremenljivk na zdravje starostnikov (Despot Lučanin & Lučanin, 2010). Ena od možnih razlag je, da so povezani z nadzorom nad lastnim življenjem. Kadar oseba nima dovolj socialne podpore in ni vključena v družbene aktivnosti, to lahko moti uspešnost spopadanja z življenjskimi težavami, kar poveča stres, ki dokazano vpliva na zdravje. Nekatere razlage povezujejo socialno podporo in socialno vključenost z načinom življenja. Možno je, da imajo socialno izolirane in pasivne starejše osebe nezdrav način življenja (Despot Lučanin & Lučanin, 2010).

2.2.4 Izobrazba

Boljša izobrazba in dostopnost informacij današnjim generacijam starejših oseb omogoča, da prepoznajo načine, kako s svojim ravnanjem vplivati na svoje zdravje (Despot Lučanin, 2008). Avtorica Hammond (2004 cited in Kump & Jelenc Krašovec, 2009, p. 19) ugotavlja, da so bolj izobraženi starejši bolj suvereni pri komunikaciji z zdravstvenimi službami, bolje razumejo in vrednotijo sporočila v zvezi z njihovim zdravjem in so v splošnem bolj iznajdljivi pri dostopnosti do zdravstvenih storitev, prav tako pa so izobraženi starostniki emocionalno bolj prožni, kar prispeva k boljšemu mentalnemu in fizičnemu zdravju, manjši obolevnosti za depresijo, boljši samopodobi, neodvisnosti in samozavesti (Kump & Jelenc Krašovec, 2009). Nekatere raziskave kažejo, da obstajajo povezave med stopnjo izobrazbe in drugimi vidiki družbene blaginje. Ti vidiki družbene blaginje določajo, da bolj izobraženi ljudje živijo dlje, da živijo v bolj zdravem okolju, da prenašajo več življenjskega/fizičnega in kulturnega kapitala na svoje otroke itd. (Schuller 2004 cited in Kump & Jelenc Krašovec, 2009, p. 20) ter da posamezniki, ki imajo višjo stopnjo izobrazbe, ocenjujejo zadovoljstvo z življenjem višje od manj izobraženih, hkrati pa bolj izobraženi redkeje doživljajo negativna čustva (Stegmüller & Bakračević Vukman, 2012). Avtorji so mnenja, da slabše izobraženi starejši pogosteje živijo pod pragom revščine, se ne znajdejo dobro pri iskanju možnosti zdravstvene in socialne pomoči, si ne morejo privoščiti zdrave prehrane in drugih ugodnosti, pogosteje obolevajo in prej umrejo. Manj izobraženi starejši pa se prav tako redkeje odločajo za izobraževanje v ponujenih možnostih, namenjenih predvsem starejšim (Kump & Jelenc Krašovec, 2009). Skratka, z izobrazbo se povečuje odgovornost starejših za lastno zdravje (Despot Lučanin, 2008).

2.2.5 Pomen bivalnega okolja v starosti

Avtor Acceto (1968 cited in Lupšina, 2006, p. 20) poudarja eno izmed načel sodobne socialne gerontologije, in sicer da mora družba za svoje starostnike skrbeti tako, da bi mogli čim dlje ostati v tistem okolju, kjer so živeli in delali v svojih najaktivnejših letih. Avtorja Kornhauser in Mali (2013) opozarjata na širše vidike bivalnega prostora in poudarjata, da bivalno okolje, tako v fizičnem kot doživljajskem pogledu, vpliva na doživljanje staranja in starosti. Ko star človek zaradi različnih razlogov zapusti dom oz. domače okolje in odide v institucijo, takrat sprememba življenjskega okolja vpliva tudi na njegovo doživljanje starosti. Neodvisno, samostojno bivanje v starosti je povezano z individualnimi telesnimi, psihičnimi, osebnostnimi in materialnimi zmožnostmi na eni strani, po drugi strani pa posameznik lahko izbere sebi najustreznejšo obliko bivanja in zadovoljevanja življenjskih potreb, bodisi funkcionalnih ali duhovnih (Kornhauser & Mali, 2013).

Najpomembnejša opora v starosti je okolje, ki spodbuja močne vire posameznika, in ne okolje, ki ga dela še bolj odvisnega, kot je. Stari ljudje potrebujejo spoštovanje in spodbujanje njihove samostojnosti na vseh področjih. Za človeka je izziv, da lahko sam poskrbi zase in da ima kolikor je mogoče veliko kontrolo nad svojim življenjem (Berlič, 2009).

2.2.6 Stres in spoprijemanje z njim

Pečjak (2007) opredeljuje stres kot obremenjenost, ki ogroža posameznikovo fizično in duševno integriteto. Povzročajo ga fizični dejavniki, kot sta vročina ali mraz, biološki dejavniki, kot so lakota, žeja ali bolezen, psihološki dejavniki, kot je smrt bližnje osebe ali pa socialni dejavnik, kot je upokojitev. Prehod v tretje življenjsko obdobje prinaša številne boleče izkušnje, lahko ga primerjamo s prehodom v mladostništvo (Pečjak, 2007). To primerjavo je podal Hall (1904 cited in Pečjak, 2007, p.84) in to obdobje poimenoval »obdobje neviht in stresov«. Prehod v tretje življenjsko obdobje prinaša travmatične dogodke, kot so odhod zadnjega otroka od doma, upokojitev, starostne bolezni, smrt enega od zakoncev, finančne težave in osamljenost. Starostna travma je

danes hujša kot nekoč, ker so ljudje na prehodu v tretje življenjsko obdobje bolj aktivni ter biološko in psihološko »bolj pri sebi« kot pred desetletji, obenem pa bolj osamljeni, ker živijo sami (Pečjak, 2007). Avtorji Aldwin in sodelavci (2006) so mnenja, da so starejši ljudje bolj dovzetni in ranljivi za stres, še posebej tisti, ki so nagnjeni k depresivnemu razpoloženju. Iz raziskave, ki so jo opravili Aldwin in sodelavci (2006), pa je po drugi strani razvidno, da starejši nekatere stresne situacije sprejemajo z manj škode, kot jih doživljajo ljudje srednjih let, kar je mogoče razložiti z večjo življenjsko izkušnjo, z večjo fleksibilnostjo in bolj realnim dojetjem načinov spoprijemanja za obvladovanje situacij.

2.2.7 Spremembe zdravstvenega stanja starejših ljudi

Zdravje, vključno z duševnim, je izredno pomembno za kakovostno življenje in predstavlja osnovno pravico ljudi, tudi starostnikov. Povezana je z zmanjševanjem stresa, zagotovitev dostopa do sistemov zdravstvenega varstva, kot tudi možnosti zaposlitve na trgu dela in v prostovoljskem sektorju (Hvalič Touzery, 2009). Ugotovljeno je bilo, da duševne bolezni običajno spremljajo kronične telesne bolezni, kot so na primer srčno-žilne bolezni in ponavljajoče poškodbe kot posledica padcev (Hvalič Touzery, 2009). Duševno zdravje je širok koncept, ki zajema tako pozitivno duševno zdravje, na primer pozitivno samopodobo, visoko samospoštovanje, pozitiven odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi in sposobnost soočanja s težavami, kot tudi negativno duševno zdravje (Jeriček Klanšček, 2010). V ospredju spremljanja duševnega zdravja so še vedno predvsem duševne motnje in bolezni tako pri nas kot v tujini, v zadnjem času pa so se začeli poudarjati tudi pozitivni vidiki duševnega zdravja (Jeriček Klanšček, 2010). Duševne motnje so v starosti pogoste, lahko pa so samo nadaljevanje le-teh iz mladosti oz. srednjega življenjskega obdobja ali pa se pojavljajo tako kot demenca, zlasti v starosti (Muršec, 2008). Duševna motnja eksistenčno prizadane človeka v celoti. Prizadane njegovo psihično, fizično, socialno in duhovno dimenzijo osebnosti (Kobentar, 2008). Duševno bolezen v večji in manjši meri zaznamujejo izraženi simptomi, ki so prisotni ves čas ter ovirajo normalno življenje (Kobentar & Smolič, 2011). Duševne bolezni so pogosto spregledane zaradi številnih vidikov, kot so zanikanje bolezni, neprepoznavanje ali pa celo zaradi sramu, kot

najpomembnejšega med njimi (Muršec, 2008). Kljub vse večjemu osveščanju starejših lahko najpogostejše duševne motnje v starosti, kot so depresija, demenca, psihotična motnja, ostanejo neozdravljive in vodijo v samomor, ki je v Sloveniji pri starih nad 65 let celo na prvem mestu (Muršec, 2008).

Depresija kot najpogostejša duševna motnja v starosti, ne glede na telesne, socialne in druge izgube, ki pogosto prizadenejo starejše, ni običajen del staranja. Žalost je tako po smrti bližnjega pričakovana reakcija, drugače pa je, če se ta žalost prevesi v depresijo. Čeprav razumemo depresivno razpoloženje starejšega po smrti partnerja, s katerim je preživel večino življenja, ali depresivno reakcijo zaradi hude telesne bolezni, pa je depresija, če je ta prisotna, še vedno depresija, ki potrebuje zdravljenje in ni zgolj samo po sebi umevno stanje, nevredno zdravljenja (Kogoj, 2010).

Kognitivne spremembe so tudi ena od težav v starosti vsaj so za zdravega starostnika skoraj neopazne. Starostniku se brez hude bolezni ne zmanjša inteligentnost, potrebuje pa nekoliko več časa, da se česa spomni (Železnik, 2008). Za blago kognitivno motnjo je značilna motnja spoznavnih sposobnosti, kot so spominske sposobnosti, motnje zbranosti in težave pri učenju. Motnja pa vendar ni toliko izrazita, da bi lahko govorili o demenci, deliriju ali o amnestičnem sindromu. Močan občutek duševne utrujenosti se pogosto pojavlja pri reševanju umskih nalog, učenju novega, kar subjektivno občuti kot težko, čeprav je objektivno uspešno in ne vpliva na dnevne aktivnosti (Kogoj, 2011).

»Prevalenca je 12 do 15 % med starejšimi od 65 let. Blaga kognitivna motnja vsako leto pri 10 do 12 % oseb preide v demenco, pri 5 % pa težave izzvenijo« (Kogoj, 2011, p. 15). Danes je zaradi povečanja števila bolnikov z demenco kot posledica daljšanja življenske dobe ljudi raziskovalni interes za preučevanje neposrednih vplivov različnih dejavnikov na kognitivne funkcije v starosti vse večji. Upad kognitivnih funkcij v starosti je povezan z vrsto dejavnikov tveganja, najpogosteje so to zdravstveni in psihosocialni dejavniki. Z raziskavami je jasno dokazano, da visoka izobrazba in pozitivno okolje delujejo spodbudno na kognitivno delovanje v starosti (Despot Lučanin & Lučanin, 2010). Schaie in Willis (2001 cited in Despot Lučanin & Lučanin, 2010, p. 222) med glavne razloge za upad kognitivnih funkcij v starosti navajata bolezen,

pomanjkanje spodbude iz okolice, kot so socialna izolacija, zmanjšanje motivacije za opravljanje intelektualnih nalog ali kombinacije teh dejavnikov.

Starejšega človeka je tako potrebno obravnavati kot celoto, kar vključuje tako zdravljenje telesnih težav kot tudi duševnih motenj. Že Hipokrat je napisal: »Kot naj ne bi poskušali zdraviti oči ločeno od glave ali glave brez telesa, tako tudi nikar ne zdravite telesa, dušo pa da bi pri tem puščali vnemar« (Kogoj, 2010, p.79). Brez duševnega zdravja torej ni telesnega zdravja in obratno (Kogoj, 2010).

2.3 ZDRAVSTVENA VZGOJA ZA OHRANJANJE ZDRAVJA PRI STAROSTNIKI

Definicija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) iz leta 1982 pravi, da je zdravstvena vzgoja kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, s katerimi dosežemo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo, kako postanejo in ostanejo zdravi, naredijo vse, kar je v njihovi moči za varovanje zdravja ter poiščejo pomoč takoj, ko jo potrebujejo (Hoyer, 2003). Zdravstvena vzgoja je proces, s pomočjo katerega se posameznik in skupine učijo krepiti, ohranjati in uveljavljati zdravje, je torej kombinacija učenja in vzgoje. To ozavešča ljudi o potrebi, da so zdravi, da vedo, kako doseči zdravje, kaj storiti, da postanejo zdravi, in kako poiskati pomoč, kadar jo potrebujejo (Kvas, 2011). S sprejetjem zdravega vedenja (npr. telesno dejavnostjo, uživanjem zdrave hrane) imajo lahko potencial za izboljšanje življenja, odlašanje institucionalizacije in izboljšanje zadovoljstva z življenjem, kar je napovedovalec dobrega zdravstvenega stanja starejših (Rana, et al., 2010).

Zdravje oblikuje človek v vsakem življenjskem obdobju z zdravim načinom življenja, ki ga sestavlja cela vrsta zdravih navad, vedenj, razmišljanj in vzorcev obnašanja. »Proces prisvajanja navad zdravega življenjskega sloga je rezultat zdravstvene vzgoje. Zato bi lahko rekli, da je zdravje v tesni povezavi s starostnikovo zdravstveno vzgojo« (Zurc, 2010 cited in Skela Savič, et al., 2010, p. 96). Zdravstvena vzgoja si prizadeva, da bi vsak posameznik, pa tudi družba, sprejel zdravje za največjo vrednoto, izoblikoval pozitivna stališča do zdravja in jih v življenju tudi uresničil. Posameznik mora poznati

dejavnike, ki pozitivno vplivajo na zdravje, to so pravilna prehrana, telesna dejavnost, duševno ravnovesje med delom, sprostitvijo ter počitkom (Hoyer, 2005). Večina starostnikov je aktivnih in funkcionira v svojem okolju, zato lahko enako pridobijo s promocijo zdravja kot mlajše osebe, možno je izboljšati kakovost življenja s strategijami za opolnomočenje ter promocijo redne telesne dejavnosti in duševnega zdravja (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2010). Opolnomočenje je lahko socialni, kulturni, psihološki ali politični proces, ki posamezniku in družbenim skupinam omogoča, da uresničujejo svoje potrebe, izražajo svoje bojazni, načrtujejo strategije za vključevanje pri odločanju in izvajajo politične, socialne ter kulturne dejavnosti za uresničevanje teh potreb (Kokol, et al., 2009).

Zdrav življenjski slog omogoča ohranjanje in krepitev zdravja ter kakovost življenja vsakega posameznika, hkrati pa zmanjšuje družbene stroške preprečevanja in zdravljenja kroničnih nenalezljivih bolezni, invalidnosti in prezgodnje umrljivosti (Pandel Mikuš & Poljšak, 2011). Kakšen življenjski slog ima starejši posameznik, je odvisno od izkušenj, ki izhajajo iz otroštva, pozneje pa na življenjski slog vplivajo okoljski dejavniki, predvsem razmere, v katerih ljudje bivajo in delajo, se učijo in ustvarjajo. Spremembe vedenjskega sloga lahko promovirajo zdravje ter omogočajo večjo kvaliteto življenja in blagostanja starejših v tretjem življenjskem obdobju, obenem pa preprečijo ali preložijo tudi velik del kroničnih bolezni (Scagnetti, et al., 2014).

Avtonomija in neodvisnost sta nujni za ohranjanje dostojanstva in integritete starostnikov. Starejši morajo imeti možnost za soodločanje o zadevah, ki se jih tičejo, prav tako pa tudi za osebno rast (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2010). Na povečano priznavanje avtonomije vplivajo dejavniki, kot so zakonska in poklicna uveljavljenost avtonomije, stopnja izobrazbe in možnost dostopa do primernih informacij. Prav tako pa lahko dejavniki tudi omejujejo avtonomijo bolnika, in sicer družinsko okolje, pomanjkanje znanja, strah in izvajalci zdravstvene nege, ki delujejo prisilno (Košir, 2004). Zdravstvena nega ni enosmerna aktivnost. Medicinska sestra in pacient imata v procesu zdravstvene nege svoje naloge. Vloga medicinske sestre je ponuditi pacientu potrebne informacije, ta pa lahko posreduje le tisto, kar je v okviru njenih pristojnosti. Razlika med avtonomijo in neodvisnostjo je prav v tem, da se prva nanaša na

samoodreditev in sposobnost izbire, medtem ko se izraz neodvisnost v zdravstveni negi pogosteje uporablja v zvezi s fizično sposobnostjo pacienta, da samostojno izvaja življenjske aktivnosti; nanaša se na akcijo. Čeprav imata avtonomija in neodvisnost različen pomen, predstavljata v zdravstveni negi skupen cilj (Košir, 2004).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je poglobljeno spoznavanje psihosocialnih dejavnikov zdravja v starosti ter ocena prioritete z vidika spola, kraja bivanja in starosti. Cilj raziskovalnega dela:

- Ugotoviti značilnosti in pomen psihosocialnih dejavnikov v starosti,
- Ugotoviti vpliv psihosocialnih dejavnikov na zdravje in zadovoljstvo z življenjem.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature smo si za izdelavo diplomskega dela pomagali z naslednjimi raziskovalnimi vprašanji:

- Kateri psihosocialni dejavniki pomembno vplivajo na življenje starostnika v domačem okolju (družina, bivalni pogoji, finance, vrsta podpore, socialna mreža, izobrazba, samopodoba, osebnost in osebnostne lastnosti)?
- Kako subjektivna ocena doseženega v življenju (hiša, dobra služba, zdravje, otroci, izobrazba, družina, pokojnina) vpliva na zadovoljstvo starostnika?
- Katere ključne vire pomoči (družina, sosedje, patronaža, prijatelji, zdravnik, dom starejših, združenja) imajo starostniki na razpolago, kadar jim ne gre najbolje?

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. Podatke za empirični del raziskave smo pridobili s pomočjo polstrukturiranih intervjujev, pri katerih so sodelovali naključno zaproseni starostniki, stari nad 65 let v domačem okolju. Strokovno literaturo smo pridobili preko

podatkovnih baz: CINAHL, EBSCOhost in drugih. Za iskanje literature v slovenskem prostoru smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: starost, staranje, zdravo staranje, psihološki dejavniki zdravja v starosti, socialni dejavniki zdravja v starosti, socialno omrežje, osebnost, samopodoba, izobrazba, zdravstvena vzgoja; v angleškem jeziku pa: age, aging, healthy aging, psychological determinants of health in old age, social determinants of health in old age, social network, personality, self-esteem, education, health promotion. Za pridobitev koristnih informacij s spleta smo uporabili brskalnik Google.

3.3.2 Opis merskega inštrumenta

Za zbiranje empiričnega gradiva smo izbrali kvalitativni raziskovalni pristop s polstrukturiranim intervjujem z odprtimi vprašanji, katerim so sledila podvprašanja, z njimi smo dobili bolj poglobljen vpogled in dodatne informacije. Na podlagi pregleda strokovne literature in zastavljenih ciljev smo si postavili 7 glavnih vprašanj:

- Demografski podatki (spol, starost, izobrazba, prebivališče);
- Kaj je v preteklosti najbolj vplivalo na vaše sedanje zadovoljstvo z življenjem (poroka, otroci, nakup stanovanja, hiše, služba, izobrazba, sorodniki, prijatelji, sosedje, finančne možnosti, bolezen, smrt, upokojitev, selitev, odnosi itd.)?;
- Ali lahko razvrstite psihosocialne dejavnike zdravja po pomembnosti? Začnite z najbolj pomembnim (osebnost, osebnostne lastnosti, samopodoba, stanje zdravja, družina, izobrazba, vrsta podpore, bivalni pogoji, finance, socialna mreža);
- Kako ocenjujete svoje dosežke v življenju in česa ste bili najbolj veseli?;
- Kako bi ocenili Vaše splošno zdravje in kako nadzorujete in obvladujete zdravstvene težave (redni zdravniški pregledi, zdrava prehrana, gibanje, vrtiček, plavanje, druženje, športna aktivnost, planinarjenje, sprehod)?;
- Kakšni ste kot oseba in kakšen je vaš občutek samospoštovanja, oz. se cenite kot človek in posameznik?;
- Katere vire pomoči imate na razpolago, kadar vam ne gre najbolje (sorodniki, ožji družinski člani, sosedje, znanci, prijatelji, patronaža, zdravnik)?.

3.3.3 Opis vzorca

Intervjuvali smo starostnike, starejše od 65 let. Starostnike smo razdelili v dve starostni skupini, in sicer mlade starostnike, stare od 65 do 74 let, ter srednje stare starostnike, stare od 75 do 84 let. Na podlagi naključnega vzorca smo intervjuvali 12 starostnikov, ki živijo na območju Ljubljane sami, s partnerjem in pa z razširjeno družino. Da bi lažje primerjali morebitne razlike, smo v intervju vključili starostnike, ki živijo v mestnem okolju in starostnike, ki živijo na vasi oz. v primestnem okolju. Starostnike smo izbrali naključno, glede na možnost in pripravljenost za sodelovanje v intervjuju, in sicer tiste, ki niso imeli kognitivnih motenj ter so bili sposobni razumevanja sporočil in komunikacije. Povabilo je bilo poslano petnajstim starostnikom, odzvalo se jih je dvanajst. Starostniki so bili predhodno seznanjeni z namenom raziskave in možnostjo prekinitve oziroma odklonitve sodelovanja. Vsi identifikacijski podatki osebne narave bodo zakriti in nerazpoznavni za javnost.

3.3.4 Opis poteka raziskave in analize podatkov

Raziskavo smo izvedli v obliki že predhodno pripravljene predloge, v kateri so starostniki odgovarjali na postavljena ustna vprašanja, ki smo jih po dovoljenju intervjuvanca posneli. Uporabili smo avdioposnetek, ki je bil kasneje podan v pisni obliki. Vsi pogovori so bili izvedeni v bivalnih prostorih, kjer je bila zagotovljena zaupnost intervjuvancev. Najdaljši intervju je trajal 45 minut, najkrajši pa 35 minut. Sledila je transkripcija intervjujev, ki je trajala 60–80 minut. Vsi podatki so bili varno shranjeni in po uporabi varno uničeni. Pridobljene izjave iz opravljenih intervjujev smo uredili tako, da smo izvirne izjave zapisali v levem stolpcu, kode in glavne kategorije pa smo zapisali v desnem stolpcu tabele. Za obdelavo tabel smo uporabili program Microsoft Office Excel 2013.

3.4 REZULTATI

Raziskava je potekala v mesecu decembru 2014 ter mesecu januarju 2015. Rezultati raziskave bodo prikazani v obliki tabel, ki se nanašajo na raziskovalna vprašanja. Z

metodo vsebinske analize transkripiranih avdioposnetkov smo pridobili 16 kod, ki smo jim določili 5 glavnih kategorij.

Tabela 1: Demografski podatki intervjuvancev

Spol	Moški	6 oseb
	Ženska	6 oseb
Izobrazba	Osnovna šola ali manj	8 oseb
	Srednja ali poklicna šola	3 osebe
	Višja šola ali več	1 oseba
Starost	65-74 let	6 oseb
	75-84 let	6 oseb
Kraj bivanja	Mesto	6 oseb
	Vas	6 oseb

V tabela 1 so razvidni osnovni demografski podatki o osebah, ki so sodelovale v raziskavi. V intervjuju je sodelovalo 12 oseb, ki bo bile razdeljene glede na kraj bivanja, pri čemer jih od tega polovica živi v mestu, druga polovica pa na vasi oz. v primestju. Podatki prikazujejo povprečno starost intervjuvancev ter njihovo doseženo izobrazbo.

Tabela 2: Psihosocialni dejavniki zdravja; Rangiranje psihosocialnih dejavnikov po pomembnosti od 1 (najpomembnejši) do 10 (najmanj pomemben).

	Min.	Max.	Št. označb	Seštevek točk ranga
Osebnost	1	10	12	93
Osebnostne lastnosti	1	10	12	100
Samopodoba	1	10	12	90
Stanje zdravja	1	10	12	18
Družina	1	10	12	22
Izobrazba	1	10	12	87
Vrsta podpore	1	10	12	72
Bivalni pogoji	1	10	12	45
Finance	1	10	12	52
Socialna mreža	1	10	12	81

V tabeli 2 so predstavljeni rezultati, ki nam prikazujejo najpomembnejše psihosocialne dejavnike, ki vplivajo na zdravje v starosti. Rangiranje dejavnikov od 1 – najbolj pomemben do 10 – najmanj pomemben. Seštevek vseh točk za posamezni dejavnik pomeni seštevek vseh dobljenih rangov in kaže, da višji, ko je seštevek točk, manj je dotični dejavnik pomemben za posameznika. Kot je razvidno, so intervjuvanci kot najpomembnejši dejavnik izpostavili stanje zdravja, ocenili so ga z 18 točkami. Za najmanj pomembnega so ocenili osebnostne lastnosti, ki so dobile 100 točk.

Tabela 3: Subjektivni dejavniki zadovoljstva z življenjem; MM - mladi starostniki, ki živijo v mestu; SM - stari starostniki, ki živijo v mestu; MV - mladi starostniki, ki živijo na vasi; SV- stari starostniki, ki živijo na vasi

Oseba	Izjava intervjuvancev/citati	Kode	Glavne kategorije
MM1	»...razumevanje z mojo ženo...« »Nakup stanovanj, da smo na svojem...«	<ul style="list-style-type: none"> • Medsebojno razumevanje • Bivalni pogoji 	Medsebojni odnosi Življenjske odločitve
MM2	»Ja to so pa moji otroci in mojih šest vnukov...«, »S svojimi otroci sem srečna...«	<ul style="list-style-type: none"> • Pomen družine • Medsebojno razumevanje 	Življenjske odločitve Medsebojni odnosi
MM3	»Ja, jaz sem zadovoljna s tem, kar sem dosegla. Poroka z možem, potem pa je prišla še hčera..., nakup stanovanja...«, »Dobri odnosi in razumevanje družine...«.	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerska zveza • Pomen družine • Medsebojno razumevanje 	Življenjske odločitve Medsebojni odnosi
SM1	»Ko sem se osamosvojil, to so bili moji najlepši časi življenja.« »V glavnem zakon z ženo...«,	<ul style="list-style-type: none"> • Samostojnost • Partnerska zveza 	Življenjske odločitve
SM2	»Moja družina, v kateri sem jaz odraščala, ...« »...potem moja služba in pa moja težka poškodba...«, »...jaz se nikoli nisem hvalila, da imam izpit za avto...«	<ul style="list-style-type: none"> • Pomen družine • Dobra služba • Vozniški izpit 	Življenjske odločitve
SM3	»recimo, da je to bila moja dobra služba, kjer sem spoznal svojo ženo, s katero sem se poročil...« »...veliko sem potoval..., lepi spomini me vežejo na kraje, kjer sem bil...«	<ul style="list-style-type: none"> • Dobra služba • Partnerska zveza • Potovanja 	Življenjske odločitve Organizacija prostega časa

Oseba	Izjava intervjuvancev/citati	Kode	Glavne kategorije
MV1	»...sem zelo zadovoljna... Najbolj sem vesela, da sva z možem že 40 let poročena in si stojiva ob strani, ko je hudo.« »...otroci, dobra služba, gradnja hiše, vse to je vplivalo...«,	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerska zveza • Pomen družine • Dobra služba • Bivalni pogoji 	Življenjske odločitve
MV2	»Tisto, kar me je najbolj osrečilo, je poroka z ženo, potem je rojstvo naših treh otrok in njihovi življenjski dosežki...«. »Vesel sem, da sem zgradil hišo, to se meni zdi tudi pomembno.«.	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerska zveza • Pomen družine • Bivalni pogoji 	Življenjske odločitve
MV3	»V življenju sem zadovoljen z vsem želim si le čim dlje ostati zdrav...« »...imam družino, dobro se razumemo...«	<ul style="list-style-type: none"> • Medsebojno razumevanje 	Medsebojni odnosi
SV1	»Najina poroka z ženo in pa naši otroci, in poroka naših otrok in njihovi otroci, pa kar sva z ženo ustvarila...« »Veliko pozornosti sem posvečal k razširitvi naše kmetije...« »midva z ženo pa sva bla vesela, da je hčera doma ostala in ker ima dobrega moža...«.	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerska zveza • Pomen družine • Bivalni pogoji • Usmerjenost v delo • Medsebojno razumevanje 	Življenjske odločitve Medsebojni odnosi
SV2	»...nič posebnega, da sva z možem obdržala to, kar mava, da spoštujeva eden drugega...«	<ul style="list-style-type: none"> • Medsebojno razumevanje 	Medsebojni odnosi
SV3	»...moja hči in vnuk sta meni vse...za njiju živim...« »...več kot le zadovoljna...jaz sem hišo zidala sama, delala nisem nikjer, sem pa šla čistit pa na njive kopat drugim...«,	<ul style="list-style-type: none"> • Pomen družine • Bivalni pogoji 	Življenjske odločitve

Tabela 3 prikazuje vsebino izjav starostnikov na raziskovalno vprašanje Kateri subjektivni dosežki iz preteklosti so najbolj vplivali na vaše sedanje zadovoljstvo? Izjavam smo prepisali kode in določili glavne kategorije. Izjavam smo pripisali 9 kod (medsebojno razumevanje, bivalni pogoji, pomen družine, partnerska zveza, dobra služba, vozniški izpit, samostojnost, potovanja in usmerjenost v delo) in določili 3 glavne kategorije (medsebojni odnosi, življenjske odločitve, organizacija prostega časa).

Starostniki so odgovorili tudi na vprašanje, ki se je glasilo Kako subjektivna ocena doseženega v življenju vpliva na zadovoljstvo starostnika. Na to vprašanje je odgovorilo vseh 12 starostnikov. Starostniki so svoje dosežke presenetljivo dobro ocenili. Zadovoljstvo so izražali z besedami ponos, veselje, zadovoljstvo in samostojnost.

Na vprašanje v intervjuju, ki se je glasilo Kako bi ocenili Vaše splošno zdravje? je odgovorilo vseh 12 intervjuvancev. Starostniki, stari od 65 do 74 let zdravstvenih težav ne omenjajo in svoje zdravje ocenjujejo kot dobro. Svoje zdravje so kljub kroničnim obolenjem in simptomom različnih bolezni starostniki, stari nad 75 let ocenili z zadovoljivim. Pri dveh intervjuvancih, starih nad 75 let, SV1 in SM3, je prisota kronična bolezen. Pri intervjuvancih SV1 in SM3 je prisoten slabši sluh in pri enem tudi slabši vid. Slabši sluh navaja intervjuvanec SV3, slabši vid pa intervjuvanec SM2. Na vprašanje o tem, kako nadzorujejo in obvladujejo zdravstvene težave, je odgovorilo vseh dvanajst intervjuvancev. Dva izmed intervjuvancev sta na to vprašanje odgovorila, da svojega zdravja ne nadzorujeta, kar je razvidno tudi iz izjav. Intervjuvanec SV1 je na to vprašanje podal izjavo – *»ga ne nadzorujem, nč ne hodim na preglede pa tud tablet ne jemljem...jema pa žena damača kmečka hrana...«*, nenadzorovanje lastnega zdravja je razvidno tudi iz izjave intervjuvanca SV3 – *»zdravniku grem, ko je nuja, tablet, ki mi jih napiše, pa naj kar on sam poje, jaz tega že ne bom jemala.«* Sedem intervjuvancev je izpostavilo, da svoje zdravje nadzorujejo in obvladujejo z redno telesno vadbo, zdravo prehrano, rednimi zdravniškimi pregledi, kar lahko vidimo posredno preko izjav intervjuvancev: MM2: *»redno hodim na zdravniške preglede /.../ veliko se gibam, ko je lepo veliko kolesarim, kolo je moje prevozno sredstvo /.../ težave imam s povišanim krvnim pritiskom, tako da pazim na zdravo prehrano /.../«*, SM2: *»/.../ jaz vsako jutro telovadim pozdrav soncu /.../ preveč ne jem, nisem požrešna, predvsem se zdravo prehranjujem /.../«*, MV1: *»/.../ veliko dajem na alternativo /.../Veliko se gibam na svežem zraku /.../ vrtiček me tudi krepi /.../ jem redno, trudim se čim bolj zdravo /.../ hodim na redne zdravniške preglede /.../«*. Dve starostnici navedeta, da svoje zdravje nadzorujeta tako, da ob rednih sprehodih pomagata tudi pri gospodinjskih opravilih, kot je kuhanje in pospravljanje, ter pri varstvu otrok. Eden od starostnikov svoje zdravje nadzoruje tako, da se je znebil slabih navad.

Tabela 4: Formalni in neformalni viri pomoči; MM- mladi starostniki, ki živijo v mestu; SM- stari starostniki, ki živijo v mestu; MV-mladi starostniki, ki živijo na vasi; SV- stari starostniki, ki živijo na vasi

Oseba	Izjava intervjuvancev/citati	Kode	Glavne kategorije
MM1	»žena, ona je ta, ki mi prvo pomaga /.../«, »hčere pa oba zeta /.../«, »finančno nerad obremenjujem otroke, zato imam zelo dobrega prijatelja /.../«.	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Otroci • Socialna mreža 	Neformalna pomoč Neformalna pomoč
MM2	»sin živi v tujini,...pomaga mi lahko samo finančno /.../«, »nedaleč stran živita hčera in zet, ko zbolim, me peljeta zdravniku /.../«, »če potrebujem kaj iz trgovine, mi soseda kupi, prav tako tudi jaz njej«.	<ul style="list-style-type: none"> • Otroci • Otroci • Socialna mreža 	Neformalna pomoč Neformalna pomoč
MM3	»pomaga mi moja družina (mož in hči), tako fizično kot materialno«.	<ul style="list-style-type: none"> • Otroci • Partner 	Neformalna pomoč
SM1	»...žena in hči, oni sta ti, ki mi priskočita takoj na pomoč, mi dajeta podporo /.../«	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Otroci 	Neformalna pomoč
SM2	»...imam prekrasno sosedo, ki mi pomaga, tudi ko potrebujem samo pogovor«, »...največ mi pa pomagata sin in vnukinja, pa tud denar mi da, če ga rabim /.../«.	<ul style="list-style-type: none"> • Socialna mreža • Otroci 	Neformalna pomoč
SM3	»Dokler je žena bila zdrava, je bila žena tista, zdaj jaz pomagam slabo pokretni ženi /.../«, »Hvala bogu, da obstajajo dobri ljudje. Imamo prekrasne sosede, velikokrat nam kaj prinesejo in naredijo za nas /.../«, »...ob torkih in petkih naju obišeče tudi patronažna sestra /.../ pomaga nama /.../«.	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Socialna mreža • Patronaža 	Neformalna pomoč Neformalna pomoč Formalna pomoč
MV1	»/.../ja v glavnem je to mož /.../«, »/.../ko sem imela operacijo, mi je snaha ogromno pomagala /.../in sin«.	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Otroci 	Neformalna pomoč
MV2	»moj vir pomoči je žena, ona je tu v dobrem in slabem«, »/.../sin me vozi zdravniku, mi kupuje zdravila, snaha pa, ko sem bolan, skuha kakšno župo pa čaj /.../to mi veliko pomeni«, »ko rabim denar, se prvo pogovorim z ženo, če ni rešitve, mam zelo dobrega kolega, ki sva skupaj nekoč avte prodajala /.../«.	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Otroci • Socialna mreža 	Neformalna pomoč Neformalna pomoč Neformalna pomoč
MV3	»/.../otroc pomagajo, če je potrebno /.../za denar pa raje ne prosim /.../ko imata sama, data...« »brez žene še dihati ne bi znal (smeh) /.../«.	<ul style="list-style-type: none"> • Otroci • Partner 	Neformalna pomoč Neformalna pomoč
SV1	»/.../ prvo je žena ta, ki mi pomaga kolikor lahko, potem pa hčera pa zet. Zet me pelje k zdravniku, ko sem bolan /.../«, »/.../ vaški zdravnik mi vedno reče, da imam srečo, ker imam tako zdravo srce /.../ mi svetuje«.	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Otroci • Zdravnik 	Neformalna pomoč Formalna pomoč

Oseba	Izjava intervjuvancev/citati	Kode	Glavne kategorije
SV2	»mož mi sedaj težko pomaga, tudi on je star /.../« »če kaj potrebujem, prideta ta mlada dva pomagat«, » /.../časih me pride pogledat patronažna, pa kako skup rečeva /.../«, »župnik me obišče, ko sem bolana, po njegovem obisku čutim mir v sebi /.../«.	<ul style="list-style-type: none"> • Partner • Otroci • Patronaža • Župnik 	Neformalna pomoč Neformalna pomoč Formalna pomoč Formalna pomoč
SV3	»ko me je mož pustil z majhnim otrokom so mi veliko pomagali moji bratje /.../«, »Vnuk in hči sta tisti osebi, ki ko kaj rabim, pomagajo /.../«, » /.../ ko sem si zlomila roko so mi na pomoč priskočili sosedje in me odpeljali v bolnico«.	<ul style="list-style-type: none"> • Sorodniki • Otroci • Socialna mreža 	Neformalna pomoč Neformalna pomoč Neformalna pomoč

Tabela 4 nam prikazuje odgovore starostnikov na raziskovalno vprašanje Katere vire pomoči imate na razpolago kadar Vam ne gre najbolje? Izjavam smo pripisali 7 kod (partner, otroci, sorodniki, socialna mreža, patronaža, zdravnik in župnik) in določili 2 glavni kategoriji (formalna pomoč in neformalna pomoč). Iz izjav lahko razberemo, katere vire pomoči si starostniki poiščejo, ko potrebujejo pomoč.



Slika 1: Razvrstitev intervjuvancev glede na njihovo oceno samospoštovanja

Na vprašanje v intervjuju, ki se je nanašalo na to, kakšen je njihov občutek samospoštovanja oz. ali se cenijo kot osebnost, smo postavili tri kriterije: zelo dobro samospoštovanje, dobro samospoštovanje in nizko samospoštovanje. Z dobro oceno samospoštovanja se je ocenilo osem intervjuvancev, trije intervjuvanci so ocenili svoje

samospoštovanje z zelo dobrim in eden izmed njih z nizko oceno samospoštovanja. Iz slike 1 je razvidno, da ima večina intervjuvancev dobro oceno samospoštovanja.

Sledilo je vprašanje *Kakšni ste kot oseba?*, na katerega sta dva intervjuvanca odgovorila z izjavami: SV1: *»Ne vem, to bi morali mojo ženo vprašat /.../«,* SV2: *»Ja kaj pa vem /.../ koga pa to briga«.* Ostalih deset intervjuvancev je odgovorilo z izjavami, kot so na primer: MV1: *»občutljiva, delavna in skrbna«,* SM1: *»Miren, dober po srcu včasih še preveč dober«,* SM2: *»Sem zelo pozitivna oseba, rada pomagam ljudem, zato se tudi udeležim raznim humanitarnim akcijam, zdaj na primer zbiram zamaške, tudi ljudje iz Hrvaške me kontaktirajo«,* SV3: *»Dobra, družabna, delovna, poštena, zato me imajo ljudje radi«* itd.

4 RAZPRAVA

Zdravje starejših postaja vedno bolj pogosta tema z vidika javnega zdravja vseh nacionalnih sistemov. Z absolutnim porastom starejših po svetu in tudi v Sloveniji se povečuje pojavnost bolezni, ki vplivajo na kakovost življenja v starosti. Strokovnjaki s področja geriatrije menijo, da na zdravje starejših pomembno vplivajo psihosocialni dejavniki (Mencej, 2006). V raziskavi smo ugotovili, da psihosocialni dejavniki, kot so osebnost, osebnostne lastnosti, samopodoba, stanje zdravja, družina, izobrazba, bivalni pogoji, vrsta podpore in socialna mreža, vplivajo na življenje starostnika ter prišli do podatkov, da je najvišje ocenjeno stanje zdravja ter najnižje osebnostne lastnosti. Nekateri dejavniki so pomembni v vseh življenjskih obdobjih, drugi pa so bolj izraziti v starosti (Starc, 2010). Zdravje je najpomembnejše v starosti, s čimer se strinja tudi večina starostnikov iz naše raziskave, saj so kot najpomembnejši dejavnik uvrstili stanje zdravja. Menimo namreč, da so funkcionalne sposobnosti, potrebne za opravljanje vsakodnevnih dejavnosti, kot so kuhanje, pospravljanje, prehranjevanje, druženje in drugo, pomembno povezane z zdravjem ter posledično z zadovoljstvom in kakovostjo življenja. Starostnik naj ostane čim dlje samostojen oziroma neodvisen ter poskrbi za svoje potrebe, saj bo bolj srečen in zadovoljen z življenjem. Kavčič (2011) kot pomemben dejavnik zdravja, opisuje dobro zdravstveno stanje v življenju starostnika, kajti zdravstvene težave povzročijo veliko dodatnih težav, onemogočajo tudi funkcioniranje in neodvisnost. V naši raziskavi smo ugotovili, da so na drugem mestu že bivalni pogoji, ki starostnikom pomenijo občutek varnosti in stalnosti in jih je kot pomembne uvrstilo šest intervjuvancev. Nadalje ugotavljamo, da starostnikom dom pomeni varnost. Dom simbolizira vrednote in osebni status, je središče izvajanja aktivnosti, odnosov v družini in druženja z prijatelji (Tomšič & Lebar, 2006). Starim ljudem je namreč domače okolje najbolj poznano, zato v njem ostanejo veliko bolj in dlje časa samostojni (Rant, 2012). Tega mnenja je tudi Kobentar (2010), ki pravi, da je želja starostnikov čim bolj uspešno in neodvisno funkcioniranje v domačem okolju, kar vpliva na kakovost njihovega življenja. Življenjski moto starostnikov je ostati čim dlje v lastnem domu. Zato domnevamo, da je odhod v institucijo zelo boleč, saj pomeni izgubo doma, ki je zagotovo ena hujših izgub v starosti.

Zanimiv podatek je, da le eden od anketirancev pripisuje večji pomen osebnosti in osebnostnim lastnostim. Preostali starostniki tema dejavnikoma niso dali večjega pomena, čeprav so dajali občutek razumevanja vprašanja s podvprašanji. Lahko sklepamo, da so njihove lastnosti že oblikovane in se večinoma ne bodo spreminjali ter da imajo v njihovem življenju le obrobni pomen. Razlik med spoloma in starostjo pri razvrstitvi psihosocialnih dejavnikov nismo zasledili. Smo pa zasledili razliko pri dejavniku izobrazba, pri čemer je starostnik z višjo izobrazbo na prvo mesto uvrstil osebnost, nato osebnostne lastnosti ter stanje zdravja na tretje mesto, kot najmanj pomemben dejavnik pa je starostnik uvrstil finance. Iz tega lahko domnevamo, da morebiti prav izobrazba lahko vpliva na uvrstitev dejavnikov po pomembnosti. Zadovoljstvo z življenjem je pomemben dejavnik človekove osebnosti, ta pa je pogoj za aktivno in zdravo staranje (Starc & Zabukovec, 2013). Ljudje, ki pogosto doživljajo radost, so zelo srečni, doživljajo več pozitivnih čustev in so bolj zadovoljni z življenjem (Stegmüller & Bakračević Vukman, 2012).

Starejši se v svojem življenju pogosto ozirajo nazaj in zaznavajo svoje življenjske dosežke, ki vplivajo na njihovo zadovoljstvo. V naši raziskavi smo ugotovili, da se najpogosteje soočajo s pomembnimi življenjskimi odločitvami, medsebojnimi odnosi, eden od starostnikov je celo navedel organizacijo prostega časa. Iz izjav starostnikov smo ugotovili, da v kategorijo življenjskih odločitev najpogosteje uvrščajo pomen družine, partnersko zvezo, bivalne pogoje, dobro službo, eden od starostnikov pa je kot pomemben dosežek navedel vozniški izpit. Naše ugotovitve nakazujejo, da so za starostnika zelo pomembna družina in partnerska zveza ter želja po dobrih medsebojnih odnosih. S povedanim se strinja tudi 7 starostnikov, saj so družino opredelili kot najpomembnejši dejavnik. Predpostavljamo, da družina in medsebojni odnosi med člani predstavljajo najpomembnejši dosežek v življenju. Družina za starostnika pomeni varnost, prav tako pa je običajno tudi ključni vir opore starejših, ki vpliva na njegovo funkcioniranje in psihično počutje. Raziskave kažejo, da je partnerska zveza močan napovedovalec subjektivnega blagostanja. Posamezniki, ki so poročeni ali živijo skupaj v neki obliki zveze, so namreč bolj zadovoljni z življenjem kot posamezniki, ki živijo sami.

Subjektivna kvaliteta življenja se nanaša na osebno oceno zadovoljstva različnih razsežnosti, kot so zdravje, materialna blaginja, socialni odnosi in podobno. V naši raziskavi smo ugotovili, da je večina starostnikov zadovoljna z dosežki v življenju, kar opisujejo kot srečo, veselje, ponos, zadovoljstvo. Človek, ki dosega večino tega, kar si v življenju želi, je srečen in tisti, ki malo dosega, je nesrečen (Starc, 2010). Zadovoljstvo z življenjem se spreminja tekom življenja, kot se spreminjajo različne situacije v življenju, povezane z uspešnim ali manj uspešnim razreševanjem življenjskih težav. Napredek ali poslabšanje življenjskih razmer običajno spremlja poslabšanje ali izboljšanje ocenjevanja življenja. Stegmüller in Bakračević Vukman (2012) pravita, da ljudje, ki ocenjujejo zadovoljstvo z življenjem visoko, pogosteje doživljajo pozitivna čustva in redkeje negativna. Sklepata, da med zadovoljstvom z življenjem, pozitivnim in negativnim čustvovanjem, obstaja povezava, čeprav gre za ločene konstrukte.

V raziskavi smo ugotovili, da so mlajši anketiranci ocenjevali zdravje relativno boljše kot starejši. Starostniki, stari od 65 do 74 let, ne navajajo zdravstvenih težav in svoje zdravje ocenjujejo kot dobro. Starostniki, stari nad 75 let, navajajo kronične bolezni in simptome različnih bolezni, kot so poslabšanje vida in sluha ter svoje zdravje kljub temu ocenjujejo kot zadovoljivo. Starostniki pogosto kljub raznim boleznim ocenjujejo zdravje kot dobro. Ugotavljamo, da ohranjene funkcionalne sposobnosti starostnikov in neodvisnost pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, pomembno vpliva na starostnikovo oceno zdravja. Za večino starostnikov biti aktiven pomeni biti zdrav. Berg in sodelavci (2009 cited in Hvalič Touzery, 2014, p. 460) menijo, da je zadovoljstvo z življenjem močno povezano s samooceno zdravja, in ne z dejanskim zdravstvenim.

Za vsakega človeka je zelo pomembno, da lahko poskrbi sam zase. Za starega človeka to velja še toliko bolj, saj je samostojnost pri opravljanju vsakodnevnih opravil pomemben vidik kakovostne starosti (Rant, 2012). V raziskavi smo ugotovili, da več kot polovica intervjuvanih starostnikov živi relativno kakovostno življenje. Deset starostnikov namreč meni, da svoje zdravje obvladujejo in nadzorujejo tako, da redno vadijo, hodijo na redne zdravniške preglede ter, da se zdravo prehranjujejo. Dva starostnika, stara nad 75 let, živeča v vaškem okolju, pa svojega zdravja ne obvladujeta optimalno, saj ne upoštevata zdravnikovih navodil in ne hodita na redne zdravniške

preglede. Znano je, da redna telesna dejavnost namreč ohranja in izboljšuje telesno pripravljenost, preprečuje bolezni, prav tako pa je tudi del zdravljenja in rehabilitacije pri številnih boleznih in poškodbah (Hovnik Keršmanc, 2012). Zmerne telesne obremenitve, kot so kolesarjenje, sprehodi, delo na vrtičku, telovadba itd. so zelo priporočljive. Starostniki si sami prizadevajo, da so vse te aktivnosti potrebne za ohranjanje in krepitev njihovega zdravja. Zdrava prehrana je prav tako zelo pomemben dejavnik za ohranjanje in krepitev zdravja starostnikov. Kot menita Skela Savič in Gorjup Poženel (2012), je prehrana eden tistih dejavnikov, ki kot dejavnik tveganja ogroža zdravje starostnika, na drugi strani pa deluje kot zaščitni dejavnik, ki zdravje krepi in izboljšuje kakovost življenja.

Ko govorimo o zdravem življenjskem slogu, je potrebno ustrezne informacije, izobraževanje in promocijo zdravega načina življenja in življenjskega sloga vključiti v formalno in neformalno izobraževanje, kar pa je zelo težko, ker so starostniki že socializirani ljudje, ki imajo že izoblikovane navade, norme, vrednote, znanja in prepričanja. Zato sta zelo pomembni promocija zdravja in zdravstvene vzgoje, predvsem pa motivacija (World Health Organization, 2004). Pomembno je tudi, da je starostnik vključen v zdravstveno obravnavo in tako ohranja samostojnost in avtonomijo, s tem pa tudi zadovoljstvo z življenjem. Da bi delo v zdravstvenovzgojnih programih potekalo popolno in uspešno, morajo vsi člani verige med seboj sodelovati, tako zdravnik kot medicinska sestra, ki opravlja zdravstvenovzgojno delo in skrbi za motivacijo. Ob tem ni zanemarljiva tudi vloga patronažne medicinske sestre. Informacija in motivacija s strani pomembne osebe je za starostnike mnogokrat odločilna.

Kot način pri soočanju s težavami so starostniki navedli tako formalno kot neformalno pomoč. V raziskavi smo ugotovili, da formalne pomoči mlajši starostniki ne potrebujejo, kar pripisujemo dejstvu, da imajo manj bolezenskih težav, boljši skrbi za zdravje ter posledično večji samostojnosti in vitalnosti. Formalno obliko pomoči so koristili starejši, ki so dejansko imeli več kroničnih zdravstvenih težav, zato pa so se po formalno pomoč v večini primerov obrnili stari starostniki, ki so starejši od 75 let. V naši raziskavi smo ugotovili, da imajo starostniki močno oporo v svojih družinskih

članih, ki jim zagotavljajo materialno in finančno podporo. S tem se strinjajo tudi Filipovič in sodelavci (2005), ki navajajo, da so starejšim posameznikom najpomembnejši vir neformalne pomoči njihovi družinski člani, kot so partner, otroci, zelo pomemben vir pomoči pa so tudi sosedske vezi. Spolne razlike smo ugotovili pri finančni podpori, in sicer se ženske obrnejo po pomoč k sorodnikom, moški pa rajši k prijateljem, kar opisuje tudi Hlebec v svoji raziskavi (2004).

Samospoštovanje je nekakšen ocenjevalec nas samih oz. koliko sebe cenimo kot osebnost. Anketiranci so se večinoma opredelili z dobro samooceno, kar lahko delno povežemo z zadovoljstvom in zdravjem. Kogoj (2004) pravi, da je starostniku potrebno ponuditi toliko pomoči, kolikor je potrebuje in ne toliko, kolikor mi mislimo, da je potrebuje, predvsem zato, da ne zmanjšamo njegovega občutka samospoštovanja. Ugotovili smo tudi, da so oceno samospoštovanja, bolj izobraženi starostniki ocenili kot zelo dobro, ostali so svoje samospoštovanje ocenili kot dobro, le en starostnik je svoje samospoštovanje ocenil kot nizko. Osebnostne lastnosti starostniki opisujejo z izrazi prijazen, dober po srcu, odprt, pozitiven in human. V raziskavi smo ugotovili, da starostniki presenetljivo dobro ocenjujejo svoje samospoštovanja.

V raziskavi je sodelovalo majhno število starostnikov, zato ne moremo sklepati o pomembnost posameznih proučevanih dejavnikov, čeprav so ti v raziskavi selektivno nakazani. Starostniki so se pozitivno odzvali na sodelovanje v intervjuju, nekaj jih je obudilo tudi spomine iz preteklosti oziroma mladih dni. Med intervjuji smo tako večkrat zašli s teme, kar je vzelo precej časa in podaljšalo raziskovalni del na več dni. Pri nekaterih starostnikih smo predvidevali, da bodo veliko več pripovedovali, vendar se je izkazalo, da potrebujejo tudi veliko podvprašanj, s katerimi smo usmerjali pogovor.

5 ZAKLJUČEK

V raziskavi smo spoznali, da so vsi dejavniki, ki smo jih skozi diplomsko delo opisali, pomembni za zdravje v starosti in kakovostno življenje. Vsak starostnik ima različne potrebe, katerim pripisuje večji pomen. Starostnika v življenju najbolj osrečuje zdravje, družina in partner ter želja po dobrih medsebojnih odnosih. Starostniku zdravje pomeni ohranjanje samostojnosti za opravljanje vsakodnevnih dejavnosti ter sposobnost za delo, ki je glavni predpogoj za zagotavljanje neodvisnosti. Starostnik na starost gleda z zadovoljstvom, dokler lahko skrbi sam zase. Star človek skrbi za svoje zdravje z redno telesno vadbo, zdravo prehrano in rednimi zdravniškimi pregledi. Ko potrebuje pomoč, se v večini primerov obrne na neformalno pomoč ožjih družinskih članov in prijateljev, stari starostniki pa poleg ožjih družinskih članov poiščejo tudi formalno pomoč pri zdravnikih, patronažnih sestrah in župnikih. Za posamezne starostnike je druženje s partnerjem in družinskimi člani nekaj najlepšega, saj so prav oni tisti, ki podobno razmišljajo in so polni spominov, ki jih lahko skupaj obujajo. Družina za starostnika pomeni varnost in je tudi vir opore. Ko se znajde v stiski in potrebuje nekoga ob sebi, ki bi mu pomagal, so to običajno prav ožji družinski člani. Razumevanje in prisotnost njim pomembnih ljudi pozitivno vpliva na starostnika. Zato pa so kakovostni medsebojni odnosi znotraj družine bolj pomembni za starostnika kot številčnost stikov.

Da bi psihosocialne dejavnike, ki negativno vplivajo na zdravje starostnika, odstranili, so potrebni konkretni ukrepi, ki pa zahtevajo sodelovanje samega posameznika, njegove družine, širših družbenih sredin ter tudi različnih sektorjev. Treba pa je seveda omeniti, da je ob zavzemanju za kakovostno starost najprej potrebno poskrbeti za kakovostno otroštvo in aktivno dobo življenja, pri čemer mislimo na zagotavljanje izobraževanja, zaposlovanja in pa tudi zadovoljstva posameznika v vsakem od teh življenjskih obdobj. Samo v takšnih pogojih bo v družbi zagotovljena atmosfera, ki bo starim ljudem zagotovila kakovostno starost, dobro ekonomsko preskrbljenost, zdravje, željo po druženju in duhovni rasti.

Danes, in še bolj v bližnji prihodnosti, se bomo v družbi resno spoprijemali z realnimi problemi starostnikov, kot so revščina, dostop do sistemov in kakovost življenja.

Ugotavljamo, da smo v družbi blaginje in krize pozabili na humanost ter starostnikom namenili premalo pozornosti v smislu realizacije sistemskih rešitev starostnega varstva na nacionalni ravni.

6 LITERATURA

Aldwin, C.M., Spiro, A. & Park, C.I., 2006. Health, behavior and optimal aging: a lifespan developmental perspective. In: J.E. Birren & K.W. Schaie, eds. *Handbook of the psychology of aging*. 6th ed. San Diego: Academic Press.

Anstey, K.J., Luszcz, M.A. & Andrews, G., 2002. Psychosocial factors, gender and late-life mortality. *Ageing International Spring*, 27(2), pp. 73-89.

Berlič, M., 2009. *Vloga starih staršev v procesu vzgoje: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Bilban, M., 2008. Fiziološke osnove staranja. In: M. Bilban, ed. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja: zbornik prispevkov*. Ljubljana, 26. september 2008. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Medicinska fakulteta, pp. 17-25.

Brett, C.E., Corley, J., Deary, I.J., Gow, A.J., Pattie, A. & Starr, J.M., 2012. Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of life research*, 21(3), pp. 505–516.

Center za poklicno izobraževanje, n.d. Zdrav življenjski slog: trajnostni razvoj. [pdf] Ministrstvo za šolstvo in šport Republike Slovenije. Available at:

http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/TrajnostniRazvoj/07_Zdrav_zivljenjski_slog.pdf

[Accessed 16 Januar 2015].

Despot Lučanin, J., 2008. Psihologija in procesi staranja. In: Z. Rakovec Felser & D. Farasin, eds. *Simpozij Psihosocialni dejavniki zdravja in bolezni: zbornik predavanj, Maribor, 6. junij 2008*. Maribor: Medicinska fakulteta, Katedra za zdravstveno in klinično psihologijo, pp. 22-32.

Despot Lučanin, J. & Lučanin, D., 2010. Psihosocialni prediktori promjena u kognitivnim funkcijama u starosti. *Suvremena psihologija*, 13(2), pp. 221-234.

Filipovič, M., Kogovšek, T. & Hlebec, V., 2005. Starostniki in njihova vpetost v sosedska omrežja. *Družboslovne razprave*, 21(49-50), pp. 205-221.

Gabrijelčič Blenkuš, M., Stanojević Jerković, O., Đukič, B., Prezelj, M., Ješe, M., Škornik Tovornik, T., Fajdiga Turk, V., Drev, A., Jerič, I. & Tratnjek, P., 2010. Prehrana in gibanje v promociji zdravja pri starejših odraslih - opredelitev tematskega področja. In: M. Gabrijelčič Blenkuš & O. Stanojević Jerković, eds. *Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 15-50.

Hlebec, V., 2004. Socialna opora starostnikov v perspektivi spolov. *Teorija in praksa*, 41(5-6), pp. 992-1007.

Hlebec, V., 2009. Starejši ljudje v družbi sprememb. In: V. Hlebec, ed. *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej, pp. 7-14.

Hlebec, V., 2010. Socialna omrežja starejših kot dejavnik zdravja. In: S. Hvalič Touzery, B.M. Kaučič, M. Kocijančič, B. Filej & B. Skela Savič, 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, pp. 89-95.

Hovnik Keršmanc, M., 2012. Zdravje starostnikov na Gorenjskem. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & I. Avberšek Lužnik, eds. *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: 3 simpozij Katedre za temeljne vede. Begunje, 17. Oktober 2012*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 76-85.

Hoyer, S., 2003. Zdravstvena vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(4), pp. 267-72.

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

Hvalič Touzery, S., 2009. Duševno zdravje starih ljudi. *Kakovostna starost*, 12(4), pp. 74-76.

Hvalič Touzery, S., 2014. Zdravje, počutje in zadovoljstvo najstarejših starih v Sloveniji. *Teorija in praksa*, 51(2-3), pp. 458- 474.

Jeriček Klanšček, H., 2010. Duševno zdravje. In: A. Hočevar Grum, J. Trdič, M. Gabrijelčič Blenkuš, T. Kofol Bric, P. Truden Dobrin & T. Albreht, eds. *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 37.

Kavčič, M., 2011. *Družbena in individualna tveganja starejši- vloga omrežij socialne opore: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Klabbers, G., Bosma, H., Kempen, G.I., Benzeval, M., Van de Akker, M. & Van Eijk, J.T., 2014. Do psychosocial profiles predict self-rated health, morbidity and mortality in late middle-aged and older people? *Journal of Behavioral Medicine*, 37(3), pp. 357-368.

Kobal Grum, D. & Marčič, R., 2009. Povezanost samopodobe in samospoštovanja z agresijo. *Psihološka obzorja*, 18(4), pp. 59-71.

Kobentar, R., 2008. Socialni odnosi v starosti. *Socialna pedagogika*, 12(2), pp. 145–160.

Kobentar, R., 2010. Gerontološka zdravstvena nega- Kaj starejši pacienti najbolj pogrešajo v zdravstveni negi. In: S. Hvalič Touzery, B.M. Kaučič, M. Kocijančič, B. Filej & B. Skela Savič, 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, pp. 38- 54.

Kobentar, R., Smolič, M., 2011. Asistirano življenje pacientov z duševnimi motnjami v skupnosti-vidiki zdravstvene nege. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja- moč*

medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 97-106.

Kogoj, A., 2004. Psihološke potrebe v starosti. *Zdravniški vestnik*, 73(4-10), pp. 749-751.

Kogoj, A., 2010. Odkrivanje starejših, ki so ogroženi. In: A. Tunčič Grum, V. Poštuvan & S. Roškar, eds. *Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, pp. 77-85.

Kogoj, A., 2011. *Duševne motnje in stiske v starosti*. [pdf] Visoka zdravstvena šola Celje. Available at: http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/Duuevne_motnje_in_stiske_v_starosti_E1281.pdf [Accessed 8. August 2013].

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

Kornhauser, A. & Mali, J., 2013. Priprava starega človeka na življenje v domu za stare ljudi. *Socialno delo*, 52(5), pp. 321-331.

Košir, A., 2004. Spoštovanje etičnega načela avtonomije- temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(4), pp. 297-303.

Kristančič, A., 2005. *Nova podoba staranja- siva revolucija*. Ljubljana: AA Inserco.

Kump, S. & Jelenc Kraševc, S., 2009. *Vseživljenjsko učenje- izobraževanje starejših odraslih*. [pdf] Pedagoški inštitut Ljubljana. Available at: http://www.pei.si/UserFilesUpload/file/zalozba/ZnanstvenaPorocila/04_09_vsezivljenjskoucenje,izobrazevanjestarejsihodraslih.pdf [Accessed 10 August 2013].

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo?. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja- moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 33-46.

Lah, M., 2013. Prilagojenost stanovanj za samostojno življenje starih ljudi. *Socialno delo*, 53(1), pp. 69-71.

Liu, S.Y., Wrosch, C., Miller, G.E. & Pruessner, J.C., 2014. Self-esteem change and diurnal cortisol secretion in older adulthood. *Psychoneuroendocrinology*, 41, pp. 111-120.

Lunn, T.E., Nowson, C.A., Worsley, A. & Torres, S.J., 2014. Does personality affect dietary intake?. *Nutrition*, 30(4), pp. 403-409.

Lupšina, K., 2006. *Vloga in pomen družinskega pomočnika za kakovostno starost: diplomsko delo*. Ljubljana: univerza v Ljubljana, Fakulteta za družbene vede.

Mali, J., 2007. *Vloga in pomen socialnega dela v razvoju institucionalnega varstva starih ljudi v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mali, J., 2009. Upokojitev in starost – pomen priprav na te spremembe. In: I. Krevl, ed. *8. festival za tretje življenjsko obdobje: zbornik*. Ljubljana: Inštitut Hevreka, pp. 140-142.

Mencelj, M., 2006. Starejši bolnik in njegove pravice. In: D. Rugelj, ed. *Posvetovanje Celostna obravnava starostnikov: zbornik predavanj. Ljubljana, 24. november 2006*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, pp. 9-15.

Muršec, M., 2008. Najpogosteje duševne motnje v starostni. In: Z. Rakovec Felser & D. Farasin, eds. *Simpozij Psihosocialni dejavniki zdravja in bolezni: zbornik predavanj*,

Maribor, 6. junij 2008. Maribor: Medicinska fakulteta, Katedra za zdravstveno in klinično psihologijo, pp. 33-51.

Musek, J., 2010. *Psihologija življenja*. Vnanje gorice: Inštitut za psihologijo osebnosti.

Nagode, M., Dremelj, P. & Hlebec, V., 2006. Ponudniki socialne opore starostnikom v ruralnem in urbanem okolju. *Teorija in praksa*, 43(5-6), pp. 814-827.

Pahor, M., Domanjko, B. & Hlebec, V., 2009. Splet zdravja in bolezni: socialna omrežja starejših kot dejavnik zdravja. In: V. Hlebec, ed. *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej, pp. 221-236.

Pandel Mikuš, R. & Poljšak, B., 2011. Zdrava prehrana kot temelj zdravja starejših. In: D. Rugelj & F. Sevšek, eds. *Posvetovanje Aktivno in zdravo staranje: zbornik predavanj*. Ljubljana, 10. marec 2011. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, pp. 31-46.

Pečjak, V., 2007. *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba.

Pečjak, V., 2008. Starostna samopodoba in zdravje. In: Z. Rakovec Felser & D. Farasin, eds. *Simpozij Psihosocialni dejavniki zdravja in bolezni: zbornik predavanj, Maribor, 6. junij 2008*. Maribor: Medicinska fakulteta, Katedra za zdravstveno in klinično psihologijo, pp. 15-20.

Pečjak, V., 2010. Ni toliko pomembno, koliko si star, temveč kako si star. *Naša Lekarna*, 5(45), p. 68.

Pivec, N., Serdinšek, T., Klemenc Ketiš, Z. & Kersnik, J., 2014. Pogostost bolezenskih simptomov pri odraslem prebivalstvu slovenije in dejavniki, ki so povezani z njihovim pojavljanjem. *Zdravstveno Varstvo*, 53(3), pp. 262-269.

Ploubidis, G.B., DeStavola, B.L. & Grundy, E., 2011. Health differentials in the older population of England: An empirical comparison of the materialist, lifestyle and psychosocial hypotheses. *BioMed Central Public Health*, 11(390), pp. 1-11.

Ramovš, J., 2003. *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in slovenska akademija znanosti in umetnosti.

Rana, A.K., Kabir, Z.N., Lundborg, C.S. & Wahlin, A., 2010. Health education improves both arthritis-related illness and self-rated health: An intervention study among older people in rural Bangladesh. *Public Health*, 124(12), pp. 705-712.

Rant, M., 2012. Samostojnost in pomoč starim ljudem pri vsakodnevnih opravilih. *Kakovostna starost*, 15(3), pp. 33-42.

Roškar, S. & Svetičič, J., 2010. Razvojno obdobje v starosti. In: A. Tunčič Grum, V. Poštuvan & S. Roškar, eds. *Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, pp. 17-19.

Scagnetti, M., Gabrijelčič Blenkuš, M., Fajdiga Turk, V. & Čulić, M., 2014. Zdrav življenski slog. In: M. Gabrijelčič Blenkuš & N. Scagnetti, eds. *Pred upokojitvene priprave na zdravo in aktivno staranje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, p. 33.

Seljak, M., 2010. Predgovora. In: A. Hočevar Grum, J. Trdič, M. Gabrijelčič Blenkuš, T. Kofol Bric, P. Truden Dobrin & T. Albreht, eds. *Zdravje v Sloveniji*. Inštitut za varovanje zdravja. Ljubljana: Republike Slovenije, p. 8.

Skela Savič, B., 2010. Staranje in zdravje- izzivi za zdravstveno nego. In: S. Hvalič Touzery, B.M. Kaučič, M. Kocijančič, B. Filej & B. Skela Savič, 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, pp. 17-26.

Skela Savič, B., Zorc, J. & Hvalič Touzery, S., 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 89-100.

Skela Savič, B. & Gorjup Poženel, D., 2012. Prehranska ogroženost starostnikov v domačem varstvu. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & I. Avberšek Lužnik, eds. *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: 3. simpozij Katedre za temeljne vede*, 17. Oktober 2012, Begunje. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 122-129.

Starc, M., 2010. Subjektivno blagostanje v starosti. *Kakovostna starost*, 13(3), pp. 64-67.

Starc, M. & Zabukovec, M., 2013. Zadovoljstvo s svojim življenjem v luči življenjskih sprememb. *Kakovostna starost*, 16(1), pp. 3–19.

Statistični urad Republike Slovenije, 2010. Mednarodni dan starejših. [online] Available at: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3461 [Accessed 10 Januar 2014].

Statistični urad Republike Slovenije, 2014. Umrli, Slovenija, 2013 – končni podatki. [online] Available at: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6315 [Accessed 2 Februar 2015].

Stegmüller, N. & Bakračević Vukman, N., 2012. Zadovoljstvo z življenjem v povezavi s pozitivnim in negativnim čustvovanjem v srednji in pozni odraslosti. Raziskava na slovenskem vzorcu odraslih. *Anthropos*, 1-2(225-226), pp. 31-54.

Svetina, M. & Zupančič, M., 2007. Strategije upravljanja z življenjem v odraslosti: prečna študija v Sloveniji. *Psihološka obzorja*, 16(4), pp. 43-63.

Tomšič, M. & Lebar, C., 2006. Učinkovitost delvnoterapevtske obravnave starostnika v domačem okolju. In: D. Rugelj, ed. *Posvetovanje Celostna obravnava starostnikov*:

zbornik predavanj. Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, pp. 39-48.

Wadensten, B., 2006. An analysis of psychosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), pp. 347-354.

World Health Organization, 2004. *A strategy to prevent chronic disease in Europe: A focus on public health action*. [pdf] World Health Organization regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/134848/E83057.pdf [Accessed 11 December 2014].

World Health Organization, 2012. *World Health Day-Ageing and health: Toolkit for event organizers*. [pdf] World Health Organization. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70840/1/WHO_DCO_WHD_2012.1_eng.pdf [Accessed 20 June 2013].

Zaletel, M., 2009. Vpliv medicinskih sester na identiteto starostnikov v domovih starejših občanov. *Obzorornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 183–189.

Zupančič, M. & Horvat, M., 2009. Profil velikih petih osebnostnih potez pri starostnikih: predstave o starejših osebah in njihove značilnosti. *Anthropos*, 3-4(215-216), pp. 11-29.

Železnik, D., 2008. Pomen komunikacije s starostnikom z vidika zdravstvene nege. In: Z. Rakovec Felser & D. Farasin, eds. *Simpozij Psihosocialni dejavniki zdravja in bolezni: zbornik predavanj, Maribor, 6. junij 2008*. Maribor: Medicinska fakulteta, Katedra za zdravstveno in klinično psihologijo, pp. 64-81.

7 PRILOGE

7.1 INSTRUMENT

Raziskovalna vprašanja za intervju iz področja psihosocialnih vidikov zdravja v starosti:

1. Kateri psihosocialni dejavniki pomembno vplivajo na življenje starostnika v domačem okolju (družina, bivalni pogoji, finance, vrsta podpore, socialna mreža, izobrazba, samopodoba, osebnost in osebnostne lastnosti)?
2. Kako subjektivna ocena doseženega v življenju (hiša, dobra služba, zdravje, otroci, izobrazba, družina, pokojnina) vpliva na zadovoljstvo starostnika?
3. Katere ključne vire pomoči (družina, sosedje, patronaža, prijatelji, zdravnik, dom starejših, združenja) imajo starostniki na razpolago, kadar jim ne gre najbolje?

7.2 MATRIKA PODATKOV

Priloga 1:

ga./g

Vabilo za sodelovanje v kvalitativni raziskavi

Spoštovani/a!

Vabim vas, da sodelujete v individualnem polstrukturiranem intervjuju. Moje ime je Elvira Selimović, sem študentka Fakultete za zdravstvo Jesenice. V okviru diplomskega dela pripravljam raziskavo na temo »Psihosocialni dejavniki zdravja v starosti«. V raziskavi bom kot tehniko dela uporabila individualni polstrukturirani intervju, kateri se bo snemal in kasneje dobesedno pretipkal. Bistvena vprašanja bodo odprta, dopolnjevala jih bom s podvprašanji med samim intervjujem.

Bistvena raziskovalna vprašanja so:

- Starost v letih _____
- Izobrazba
 - a) Nedokončana osnovna šola

- b) Dokončana osnovna šola
 - c) Srednja ali poklicna šola
 - d) Višja, visokošolska ali univerzitetna izobrazba
- Živite v :
 - a) Sami
 - b) s partnerjem
 - c) ožjimi družinskimi člani
 - d) drugo _____
- Spol
 - a) ženska
 - b) moški
- Kaj je v preteklosti najbolj vplivalo na vaše sedanje zadovoljstvo z življenjem (poroka, otroci, nakup stanovanja, hiše, služba, izobrazba, sorodniki, prijatelji, sosedje, finančne možnosti, bolezen, smrt, upokojitev, selitev, odnosi itd.)?;
- Ali lahko razvrstite psihosocialne dejavnike zdravja po pomembnosti? Začnite z najbolj pomembnim (osebnost, osebnostne lastnosti, samopodoba, stanje zdravja, družina, izobrazba, vrsta podpore, bivalni pogoji, finance, socialna mreža);
- Kako ocenjujete svoje dosežke v življenju in česa ste bili najbolj veseli?;
- Kako bi ocenili Vaše splošno zdravje in kako nadzorujete in obvladujete zdravstvene težave (redni zdravniški pregledi, zdrava prehrana, gibanje, vrtiček, plavanje, druženje, športna aktivnost, planinarjenje, sprehod)?;
- Kakšni ste kot oseba in kakšen je vaš občutek samospoštovanja, oz. se cenite kot človek in posameznik?;
- Katere vire pomoči imate na razpolago, kadar vam ne gre najbolje (sorodniki, ožji družinski člani, sosedje, znanci, prijatelji, patronaža, zdravnik)?.

Pridobljeni podatki bodo zaupni, uporabljeni izključno le za namene raziskave. Vaša identiteta ne bo razkrita v nobenem dokumentu, tonskem zapisu ali prepisu, skrbno bodo shranjeni pri raziskovalki in nihče ne bo imel dostopa do njih. Po prepisu dobesednega vašega transkripta vam bomo prepisan transkript izročili, če ga boste želeli.

Za vaše sodelovanje v raziskavi se odločate prostovoljno, od nje lahko odstopite kadarkoli, brez obrazložitve, tudi v primeru, ko ste že privolili in že podpisali soglasje.

Za kakršnekoli nejasnosti ali vprašanja me lahko kontaktirate na:

GSM - 040 412 700 ali po e-mailu elvisa.selimov@gmail.com

S spoštovanjem in lepimi pozdravi,

Elvisa Selimović _____

Datum: _____

Priloga 2:

Soglasje za sodelovanje v raziskavi

S podpisom potrjujem prostovoljno privolitev za sodelovanje v raziskavi.

Prebral/a in razumel/a sem vsebino vabila za sodelovanje v raziskavi, seznanjen/a sem bila s pravicami, z načrtovanim potekom in vsebino intervjuja. Imel/a sem priložnost vprašati kakršnakoli vprašanja, na katera sem dobil/a zadovoljive odgovore.

Ime in priimek: _____

Podpis: _____

Datum: _____

Priloga 3:

Izjava raziskovalca:

S podpisom potrjujem, da so vsi udeleženci v raziskavo privolili prostovoljno, nihče v sodelovanje ni bil prisiljen.

Pred raziskavo so bili vsi udeleženci seznanjeni s točnimi in zanesljivimi informacijami o raziskavi, imeli so možnost za dodatna vprašanja, na katera sem jim v celoti odgovorila. Seznanjeni so bili tudi o pravici prekinitve sodelovanja in o shranjevanju podatkov v skladu z Zakonom o varovanju podatkov.

Ime in priimek: _____

Podpis: _____

Datum: _____