



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**POVEZAVE MED EKONOMSKIM STANJEM PRI
PREHRANJEVANJU IN PREHRAMBENI SAMOOSKRBI
STAROSTNIKOV V OBČINI KAMNIK**

**ECONOMIC STATUS CORRELATIONS IN THE
NUTRITION AND FOOD SELF-SUFFICIENCY AMONG
THE ELDERLY OF KAMNIK MUNICIPALITY**

Mentorica:izr. prof. dr. Cirila Hlastan Ribič

Kandidat: Roman Dacar

Jesenice, april, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Cirili Hlastan Ribič za strokovno pomoč in napotke pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se vodstvu in drugemu osebju Zdravstvenega doma dr. Julija Polca Kamnik, ki mi je priskočilo na pomoč z nasveti, idejami ter izvedbo anketiranja starostnikov.

Zahvaljujem se tudi recenzentoma Marti Smodiš, pred. in doc. dr. Simoni Hvalič Touzery.

Posebna zahvala gre moji družini: ženi Petri, mami Veri in očetu Alojzu za potrpežljivost in podporo v času študija in pisanja diplomske naloge.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Na zdravstveno stanje starostnikov vpliva prehranjevanje. S tem je povezano tudi ekonomsko stanje starostnikov. Pri tem si je mogoče pomagati s prehrambeno samooskrbo.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti odnos starostnikov do zdravega prehranjevanja, raziskati na kakšen način ekonomsko stanje vpliva na zdrav način prehranjevanja, kakšne so ob tem nakupovalne navade starostnikov in ugotoviti potrebe starostnikov po prehrambeni samooskrbi.

Metoda: Izvedena je bila kvantitativna deskriptivna raziskava s tehniko anketiranja. Uporabili smo prilagojeni anketni vprašalnik po CINDI Slovenija – Z zdravjem povezan vedenjski slog 2012. Prejetih vprašalnikov je bilo 83 v Zdravstvenem domu dr. Julija Polca Kamnik, in sicer po ambulantah splošne medicine, referenčnih ambulantah in Cindi delavnicah. Anketiranje je potekalo od avgusta do septembra 2015. Dobljene rezultate smo obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel in statističnega programa SPSS, verzija 20.0. Uporabili smo opisno in bivariatno statistiko, stopnja statistične pomembnosti je bila pri 0,05 ali manj.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da starostniki v večini svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot srednje ($d = 40,9 \%$; $p = -0,386$), medtem ko v skrbi za zdravje niso povsem odločeni ($d = 69,9 \%$). Na zdravstveno stanje pomembno vpliva izobrazba ($p = -0,386$) starostnikov. Glavne obroke si večinoma pripravljajo sami ($d = 65,6 \%$; $p = 0,425$) ter jih tudi redno uživajo. Večina starostnikov uporablja zelenjavni ($d = 78,5 \%$) in sadni ($d = 60,2 \%$) vrt in ju uporablja kot del samooskrbe ($p = -0,235$) s katerim privarčujejo finančna sredstva ($p = -0,333$). Pri višjih finančnih sredstvih bi starostniki spremenili način prehranjevanja, kot ga imajo do sedaj ($p = 0,228$), saj se večina starostnikov nahaja v delavskem ($d = 45,2 \%$; $p = 0,377$) razredu, kjer prejemajo povprečne pokojnine.

Razprava: Izvedena raziskava je pokazala, da ekonomsko-socialno stanje vpliva na prehranjevalne navade in zdravje starostnikov. Pomembno je dejstvo, da z lastno samooskrbo lahko privarčujejo finančna sredstva ter uživajo sveža živila z višjo biološko vrednostjo. Anketiranci si v prihodnje želijo še vedno ukvarjati z lastno samooskrbo, bolj zdravega prehranjevanja ter boljši odnos politike do upokojencev.

Ključne besede: starostniki, zdravje starostnikov, prehranjevanje starostnikov, ekonomsko stanje starostnikov, prehrambena samooskrba.

SUMMARY

Theoretical bases: The health of older people is affected by their nutrition and the related economic situation, but may be enhanced by food self-sufficiency.

Objective: The objective of this undergraduate dissertation is to establish the attitude of older people to healthy eating, research the manner in which the economic situation affects healthy eating, and, in this relation, establish the shopping habits of older people, and to determine the need of older people for food self-sufficiency.

Method: A quantitative descriptive research was carried out through a survey. An adjusted questionnaire on the basis of CINDI Slovenia Health-related behaviour, 2012, was used. 83 questionnaires were received in Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik (Kamnik Health Centre), via general practitioners, at reference outpatient clinics, and at Cindi workshops. The survey was carried out in August and September 2015. The results obtained were processed in Microsoft Excel and the SPSS Statistics, version 20.0, through descriptive and bivariate statistics. The level of statistical significance was 0.05 or less.

Results: Research has shown that most older people assess their health as medium ($s = 40.9\%$; $p = -0.386$), while they were indecisive regarding their care for health ($s = 69.9\%$). Their health is greatly affected by their education ($SD = 0.954$; $p = -0.386$). Most main meals are prepared by elderly people themselves ($s = 65.6\%$; $p = 0.425$), and also regularly eaten. Most older people use vegetable ($s = 78.5\%$) and fruit ($s = 60.2\%$) gardens as part of self-sufficiency ($p = -0.235$), which enables them to save funds ($p = -0.333$). If their income was higher, elderly people would change their current eating habits ($p = 0.228$), since most of them belong to working class ($s = 45.2\%$; $p = 0.377$), and receive average pensions.

Discussion: The research carried out has shown that the socioeconomic status affects eating habits and the health of older people. The fact that older people may save significant funds, and eat fresh food with higher biological value through food self-sufficiency is very important. The respondents wish to proceed with their food self-sufficiency, and healthier eating, and wish for politics to have better attitude to pensioners.

Key words: older people, health of older people, nutrition of older people, economic situation of older people, food self-sufficiency

KAZALO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | UVOD | 1 |
| 2 | TEORETIČNI DEL | 4 |
| 2.1 | ZDRAVJE STAROSTNIKOV | 4 |
| 2.1.1 | Opredelitev pojma | 4 |
| 2.1.2 | Dejavniki tveganja pri starostnikih | 6 |
| 2.2 | PREHRANJEVANJE STAROSTNIKOV | 7 |
| 2.2.1 | Prehrana starostnikov | 7 |
| 2.2.2 | Spremembe v telesni sestavi, povezane s staranjem | 9 |
| 2.2.3 | Potrebe starejših po energiji in hranilnih snoveh | 10 |
| 2.2.3.1 | Beljakovine v prehrani starostnikov | 11 |
| 2.2.3.2 | Maščobe v prehrani starostnikov | 12 |
| 2.2.3.3 | Ogljikovi hidrati v prehrani starostnikov | 14 |
| 2.2.3.4 | Vlaknine v prehrani starostnikov | 14 |
| 2.2.3.5 | Tekočina v prehrani starostnikov | 15 |
| 2.2.3.6 | Vitamini v prehrani starostnikov | 16 |
| 2.2.3.7 | Minerali v prehrani starostnikov | 17 |
| 2.3 | EKONOMSKO–SOCIALNO STANJE STAROSTNIKOV | 17 |
| 2.3.1 | Opredelitev pojma upokojitev | 17 |
| 2.3.2 | Pokojnina | 19 |
| 2.3.3 | Revščina in materialna prikrajšanost pri starejših | 20 |
| 2.3.4 | Zakon o pokojninskem in invalidskem upokojevanju v RS | 21 |
| 2.3.5 | Število upokojencev in višina pokojnine v RS v letu 2015 | 21 |
| 2.4 | PREHRAMBENA SAMOOSKRBA | 22 |
| 2.4.1 | Opredelitev pojma | 22 |
| 2.4.2 | Prednosti lokalne samooskrbe s hrano | 23 |
| 2.5 | DEMOGRAFSKI PODATKI OBČINE KAMNIK | 23 |
| 2.5.1 | Demografski podatki občine Kamnik | 23 |
| 3 | EMPIRIČNI DEL | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA | 25 |
| 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA | 25 |
| 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA | 26 |
| 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov | 26 |
| 3.3.2 Opis merskega instrumenta | 26 |
| 3.3.3 Opis vzorca..... | 27 |
| 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov | 31 |
| 3.4 REZULTATI | 31 |
| 3.5 RAZPRAVA..... | 45 |
| 4 ZAKLJUČEK..... | 49 |
| 5 LITERATURA | 50 |
| 6 PRILOGE | |

KAZALO TABEL

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Demografski podatki anketiranih – spol..... | 27 |
| Tabela 2: Demografski podatki anketiranih – starost..... | 28 |
| Tabela 3: Demografski podatki anketiranih – trenutni stan | 28 |
| Tabela 4: Demografski podatki anketirancev – stopnja izobrazbe..... | 29 |
| Tabela 5: Demografski podatki anketiranih – pripadnost družbeni skupini..... | 30 |
| Tabela 6: Demografski podatki anketirancev – mesečni dohodek (pokojnina) | 30 |
| Tabela 7: Zdravstveno stanje anketiranih..... | 31 |
| Tabela 11: Razlogi za ukvarjanje z vrtom | 35 |
| Tabela 13: Najpogostejši načini pridobitve osnovnih živil | 38 |
| Tabela 14: Vpliv finančnih sredstev pri nakupu osnovnih živil..... | 39 |
| Tabela 15: Zdravstveno stanje in prehranjevalne navade anketiranih starostnikov | 42 |
| Tabela 16: Samooskrba | 43 |
| Tabela 17: Ekonomsko-socialno stanje | 44 |

KAZALO SLIK

| | |
|--|----|
| Slika 1: Pogostost uživanja dnevni obrokov | 33 |
| Slika 6: Velikost zelenjavnega in sadnega vrta skupaj | 34 |
| Slika 7: Pridelana zelenjava..... | 36 |
| Slika 8: Pridelano sadje | 36 |
| Slika 10: Načini shranjevanja in konzerviranja pridelkov..... | 37 |
| Slika 12: Nabiranje zelišč v naravi | 38 |
| Slika 13: Izbor živil pri nakupu | 40 |
| Slika 14: Vpliv višje pokojnine na drugačen način prehranjevanja | 40 |
| Slika 15: Sprememba načina prehranjevanja v zadnjih petih letih zaradi nižanja pokojnin..... | 41 |

1 UVOD

Eno največjih družbenih sprememb v 21. stoletju predstavlja staranje prebivalstva (WHO, 2012). Dolgoživost je ena največjih civilizacijskih pridobitev. Starejših še nikoli ni bilo toliko in zanesljivo jih bo še več, ko se bodo postarale današnje srednje in mlade generacije (Voljč, 2012).

Zaradi staranja prebivalstva so pred novimi nalogami vsi družbeni resorji in večina znanosti, posebej velike pa so naloge zdravstva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, gospodarstva, urejanje prometa in arhitekturno oblikovanje prostora (Ramovš, 2008).

S preučevanjem starosti, procesa staranja, starejših in starih ljudi se ukvarja gerontologija (geron v grščini pomeni star, siv, logos pa beseda oziroma govorica). V gerontologiji so se oblikovale številne strokovne discipline, ki se podrobneje posvečajo posameznim področjem, in sicer (Ramovš, 2008):

- socialna gerontologija je veda, ki preučuje socialne vidike staranja in starosti,
- klinična (medicinska) gerontologija se posveča zdravstvenim težavam starejših,
- eksperimentalna gerontologijaki preučuje staranje s pomočjo drugih (predvsem živalskih) vrst,
- gerontagogika je tretja pedagoška veja ob pedagogiki in andragogiki in se posveča poučevanju starejših,
- gerontopsihiatrija je veda o zdravljenju psihiatričnih obolenj starejših,
- gerontehtnologija preučuje odzive starejših na nove tehnologije in tehnološke procese

Za uspešnejše soočanje z izzivimi, ki jih pred sodobno družbo prinaša staranje prebivalstva, je Laslett (1987) definiral populacijo "tretjega starostnega obdobja", in sicer kot populacijo, ki temelji na »relativni kronološki starosti glede na življenjsko dobo« (Laslett, 1987, p. 65). Na podlagi definicije je človeško življenje razdelil na tri pričakovana življenjska obdobja:

- Prvo obdobje, ki zajema predvsem otroštvo in mladost, zaznamuje ekonomska, čustvena in socialna odvisnost od staršev, primarna in sekundarna socializacija, ki vključuje tudi izobraževanje, ter nezrelost.
- V drugem obdobju se posameznik vključuje v družbo in ekonomsko aktivira.
- V tretjem obdobju, ki je tudi predmet našega zanimanja, pa naj bi posameznik, če je vse potekalo skladno z njegovimi pričakovanji in željami, uresničil svoje življenjske cilje ter se upokojil.

Za nas je pomembno tretje obdobje, ki pa ga teoretiki razumejo na različne načine. Ramovš (2003) je na podlagi različnih pogledov, kaj določa to starostno dobo, razvrstil razumevanja tega termina v tri kategorije, in sicer glede na definiranje starosti:

- kronološka starost je tista, ki je določena z rojstnim dnevom oziroma številom let, ki jih doseže posameznik. Prelomnica, ki je vse do pred kratkim označevala začetek tretjega obdobja, je bila postavljena na na čas, ko človek dopolni 65 let (takrat se je, v skladu z zakoni o upokojevanju, večina starostnikov upokojila). Sprememba, ki je prinesla znižanje starostne meje, je nastopila leta 2000, ko v strokovni literaturi prelomnica postane 60. leto.
- funkcionalna starost: definirana je kot zmožnost posameznikom da poskrbi za svoje osnovne vsakdanje življenjske potrebe oz. je zmožen za opravljanje temeljnih življenjskih opravil. Funkcionalna starost je v močni korelaciji z zdravjem človeka, zato se imenuje tudi z drugim terminom – biološka starost,
- emocionalno-doživljajska starost: pojem te starosti je, bolj kot prva dva, povezan s psihološko podobo in zrelostjo starostnika, predvsem s tem, kako doživlja, razume, sprejema in se odziva na izzive, ki jih prinaša to starostno obdobje ter vse, kar je povezano z njim

Staranje oz. obdobje starosti pa je mogoče videti tudi drugače: Požar (1996) deli staranje na naslednje koncepte

- kronološka starost (šteje se od dneva rojstva)
- funkcionalna starost (koliko smo sposobni poskrbeti zase in svoje potrebe)
- biološka starost (starostno stanje organov in organskih)
- psihološka starost (kako se počutimo, odnos do starosti, kako doživljamo starost)

- socialna starost (zmožnost pridobivanja, ohranjanja, širjenja, negovanja socialne mreže v neposrednem in posrednem okolju)

Ramovš (2003) tretjega starostnega obdobja ne vidi enotno, temveč ga razdeli na tri starostna podobdobja, s katerimi še natančneje opredeli razlike in posebnosti:

1. zgodnje starostno obdobje: to je začetno obdobje prilagajanja na življenje upokojenca, ki se v marsičem razlikuje od obdobja, ko mora biti človek za dostojno življenje vsakodnevno ekonomsko aktiven. Starostno je omejeno 66. in 75. letom. Starostnik mora svoje dnevne obveznosti razporediti drugače; zaradi več prostega časa se lahko bolj posveti različnim aktivnostim, ki ga veselijo, pa se prej za njih ni mogel vzeti časa, ter osebnim vezem (partnerju/ki, vnukom, prijateljem ...). To mu omogoča tudi še relativno precej trdno zdravje, ki mogoča različne dejavnosti, potovanja ...
2. srednje starostno obdobje: to je čas od 76. do 85. leta, ko starostne spremembe napredujejo do te mere, da vplivajo na posameznikovo zmožnost opravljanja vsakdanjih aktivnosti in zadovoljevanja osnovnih potreb. Posameznik se skuša tem spremembam, predvsem upadu telesne moči in zdravstvenega stanja, prilagoditi (tudi tako da v svoje življenje vse bolj vključuje mlajše družinske sorodnike, predvsem otroke). Na njegovo čustveno stanje zelo vpliva zmožnost sprejemanja izgub bližnjih: sooča se namreč z izgubo vrstnikov in partnerja/ke.
3. pozno starostno obdobje: po 86. letu se starostnik vse bolj sooča z ugašanjem svojih življenjskih moči in se vse bolj opira na pomoč bližnjih sorodnikov oziroma socialnih institucij. Njegova poslednja vloga je vse bolj duhovna: je simbol dragocenih izkušenj in spoznanj, pomnik preteklega časa in dostojanstva.

V raziskavi Study Health, Ageing and Retirement in Europe - SHARE (2005), pa so življenje po 50. letu razdelili še na obdobje pred upokojitvijo, po upokojitvi in na stare.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ZDRAVJE STAROSTNIKOV

2.1.1 Opredelitev pojma

Definicija zdravja Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju WHO) je: »Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali nezmožnosti za delo« (1984), medtem ko WHO definira ideal zdravja starostnikov kot stanje funkcionalne neodvisnosti. Po tem kriteriju sodi 5% starostnikov v skupino nezmožnih, 20 % je ranljivih in kar 75 % jih je neodvisnih (Tanaka, 2006, p. 303).

Novejša spoznanja in stališča WHO je zdravje dinamično ravnovesje telesnih, čustvenih, osebnih, duhovnih in tudi socialnih prvin. Tako ravnovesje omogoča prilagajanje vsem vplivom okolja ter omogoča posamezniku in skupnosti opravljati vse biološke, socialne in poklicne funkcije in preprečiti bolezen, onemoglost in prezgodnjo smrt (Ministrstvo za zdravje, 2013).

Na lestvici vrednot, pa naj bo to osebna, družinska ali družbena lestvica, je praviloma zelo visoko, če ne kar na prvem mestu – zdravje. Ne po naključju in ne brez razloga: zdravje kot vrednota je temelj za uživanje ob uresničevanju drugih vrednot, npr. prijateljstva, družine, svobode, izobrazbe, osebne sreče ... Brez zdravja oziroma zdravega življenjskega sloga je zelo težko ali celo nemogoče kvalitetno uresničevati večino življenjskih ciljev. Težav pa nima le posameznik: prav tako ima velike razvojne in socialne težave družba, ki ne poskrbi za vsem dostopen in kakovosten zdravstveni javni sistem (servis). Ne glede na to pa je za lastno zdravje naprej odgovoren posameznik, ki ima, poleg pravice do koriščenja uslug zdravstvenega sistema, tudi dolžnosti – skrb za svoje zdravje je ena izmed najpomembnejših (Pandel Mikuš & Poljšak, 2005).

Za zdravje lahko najbolj trajno poskrbimo z zdravimi življenjskim slogom, ki prinaša koristi na dveh ravneh (Pandel Mikuš & Poljšak, 2005):

- posamezniku vzdržuje zdravje in krepi imunski sistem ter tako omogoča življenje, v katerem se lahko kakovostno uresničuje;
- zaradi manjšega števila invalidnosti, prezgodnje umrljivosti, kroničnih nenalezljivih bolezni so potrebna za zdravstvo manjša proračunska sredstva oz. se le-ta lahko namenijo drugim prioritetam.

Zdrav življenjski slog pa je prepozno začeti graditi šele v starosti: da je ta v resnici del naših življenjskih navad, je pomembno, da začnemo z njim čim bolj zgodaj – že v najbolj zgodnjem otroštvu. Seveda pa je to učenje, ki nikoli ni povsem končano, že zaradi tega ne, ker sodobna medicinska znanost vsakodnevno odkriva nova spoznanja. Tudi starostniki lahko, če so le dovolj prožnega duha (kar je tudi del zdravega življenjskega sloga), osvajajo nova spoznanja, ki jim pomagajo preprečevati nastanek ali razvoj akutnih in kroničnih bolezni, krepijo imunski sistem ipd (Ivanuša, 2012).

Glavni dejavniki za razvoj kroničnih bolezni so: stres, neuravnotežena prehrana, pomanjkanje gibanja. Znanstveniki v ZDA tako predvidevajo, da je možno kar 35 % rakavih obolenj pripisati neustrezni prehrani. Tudi podatki iz drugih držav so podobni (Pandel Mikuš & Poljšak, 2005).

V svetu se je od leta 1980 do leta 2012 število starejših od 60 let podvojilo (WHO, 2012). Starost sama po sebi ni bolezen, je le eno od življenjskih obdobj. Seveda pa ima tako kot druga življenjska obdobja tudi starost svoje značilnosti, ki potrebujejo posebno pozornost. Staranje po eni strani prinaša več bolezni, več socialne izključenosti, tudi revščine in po drugi strani večje potrebe po zdravstveni in socialni oskrbi. Hkrati pa so danes starejše generacije tudi čedalje bolj zdrave in aktivne (Ivanuša, 2012). Zdravje posameznika (in skupine) določajo determinante oziroma določilnice zdravja (Dahlgren & Whitehead, 1991 cited in Ivanuša, 2012). Poleg bioloških lastnosti posameznika na zdravje vplivajo tudi okoliščine, v katerih ljudje odraščajo, živijo, delajo in se starajo, ter sistemi, ki so namenjeni obvladovanju bolezni (Ivanuša, 2012).

Zdravo staranje in še posebej aktivno spodbujanje zdravja starostnikov postaja vse bolj pomembno v nacionalnem in evropskem prostoru. S podaljševanjem življenjske dobe postaja kakovost življenja pomembna tematika tako za posameznikovo dobro počutje kot za dobrobit družbe. Ali se dodatna leta življenja preživijo v dobrem zdravju ali se

samo podaljšuje nezmožnost, duševne motnje ali slabo zdravje nasploh, bo imelo vpliv na zdravje države, sistem upokojevanja, delovanje družine ter potrebe in zahteve po dolgotrajni negi. Tako imenovano zdravo pričakovanje življenja bo v prihodnosti postalo tako pomemben indikator dobrobit družbe, kot je pričakovano trajanje življenja danes (Hovnik Keršmanc, 2012).

Zdravo prebivalstvo zmanjšuje stroške zdravstvene oskrbe in obremenitev sistema zdravstvenega varstva, zdravje pa je: osnovna pravica ljudi, eden najpomembnejših razlogov za zadovoljno življenje v starosti, pogoj za samostojno življenje v starosti, življenjsko pomembno za ohranjanje sprejemljive kakovosti življenja pri starejših posameznikih in za uspešno delo ter vključevanje starejših ljudi v družbi, predpogoj za ekonomsko rast in usposobljenost (Lis, 2009).

Zaradi staranja prebivalstva so pred novimi nalogami vsi družbeni resorji in večina znanstvenih področij, posebej velike pa so naloge zdravstva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, gospodarstva, urejanja prometa in arhitekturno oblikovanje prostora (Ramovš, 2008).

2.1.2 Dejavniki tveganja pri starostnikih

Mauk (2006) povzema dejavnike tveganja, ki ogrožajo zdravje starostnikov, in jih je zato potrebno s pomočjo presejalnih programov spremljati pri starostnikih: gibalna aktivnost, prehrana, kajenje, gibalna motorika, odpornost na okužbe, demenca, pitje alkohola, maščobe v krvi, zvišan krvni pritisk, cerebrovaskularne bolezni, bolezni ščitnice, osteoporoza, vid, sluh, rak dojke, rak prostate, rak črevesja in danke. Poleg tega se pri starostnikih lahko pojavijo še: prizadeta mobilnost, spremembe v funkcionalnem statusu (zmanjšana mišična moč, vazomotorna nestabilnost, zastoj vode, zmanjšanje kostne gostote, slabša predihanost, zmanjšana senzorna občutljivost), spremembe v duševnem statusu, kot so depresivnost, socialna izolacija, otožnost in motnje prehranjevanja (Tan, 2010; Taylor, 2008), nadalje se lahko pojavljajo slaba orientacija in povečano tveganje za padce (Tan, 2007).

Raziskave (Denny, 2008; Pokorn & Hlastan Ribič, 2001; Gandy, 2009; Shephard, 1997; Hirvensalo, et al., 2000; Turk, 2010; Voljč, 2010; Jane-Llopis & Gabilondo, 2008;

Sorocco & McCallum, 2006; Taylor, 2008 cited in Zirc & Skela Savič, 2012), ki se usmerjajo v proučevanje uspešnega staranja in s tem identificiranja ter vrednotenja različnih dejavnikov, povezanih z boljšim zdravstvenim stanjem starostnika, najpogosteje izpostavljajo zdrave prehranske navade, redno gibalno aktivnost, skrb za duševno zdravje in preventivo pred poškodbami lokomotornega aparata. To so zato tudi področja, na katerih sloni največ programov promocije zdravja za starostno populacijo nad 65 let.

2.2 PREHRANJEVANJE STAROSTNIKOV

2.2.1 Prehrana starostnikov

Za kakovostno preživljanje starosti je izjemno pomemben zdrav življenjski slog, ki vključuje zdravo prehranjevanje. Če je to neuravnoteženo, prekomerno ali preprično, lahko vodi v slabšo prehranjenost ali celo podhranjenost, posledica česar sta povišana obolevnost in umrljivost, če tako stanje ni pravočasno zaznano in pravilno diagnosticirano. Zato je pravilna prehrana starostnikov neizogiben pogoj zdravega načina življenja. S tem se podaljšuje funkcionalna zmožnost starejšega človeka, zmanjšuje možnost obolenj, prezgodnje smrti ter finančni stroški, ki so povezani z nego. Pravilna prehrana ima naslednje značilnosti: je kulturno prilagojena okolju, nasitna, hranilna, energetska in biološko polnovredna, vzbuja občutek zadovoljstva. Če teh pogojev ne izpolnjuje, imajo lahko starostniki težave z rednim in uravnoveženim prehranjevanjem. Kar pa ni zanemarljivo: pri ljudeh v tretjem življenjskem obdobju se namreč potrebe po hranilih v marsičem ločijo od potreb ljudi v prvih dveh življenjskih obdobjih. Na to vpliva več dejavnikov (Lipar, 2011):

- spremenjeno fiziološko delovanje organizma
- bolj pogosta navzočnost akutnih in kroničnih bolezni
- jemanje zdravil
- socialno-ekonomski dejavniki

Staranje pa ne vpliva zgolj na potrebo organizma po hranilih, temveč tudi na njihovo absorpcijo in celotno prebavo (Lipar, 2011). Zaradi zgoraj navedenih dejavnikov moramo biti pri zdravstveni obravnavi starostnikov še posebej pozorni na prehranski status, saj je tesno povezan z ravniyo kakovostnega preživljanja zadnjega življenjskega obdobja. Brez ustrezno urejenega prehranskega statusa starostnik namreč težje samostojno in funkcionalno skrbi za svoje življenje ter vzdržuje primerno telesno težo, ki je izjemno pomembna pri preprečevanju kroničnih bolezni ter zmanjševanje prezgodnje umrljivosti. Vseeno pa na določene spremembe, povezane s fiziološkimi, socialnimi dejavniki, ni mogoče vplivati: sem sodijo telesna teža, zmanjšanje apetita, količinski vnos hrane, podhranjenosti (Lipar, 2011).

Za človeko zdravje, še posebej za zdravje starostnika, ki je toliko bolj krhko in podvrženo dejavnikom tveganja, je nujna uravnotežena in zdrava prehrana. Med najbolj pomembna živila vsekakor sodi zelenjava, in sicer zaradi številnih prednosti, ki prispevajo k zdravju in krepitvi imunosti: najpomembnejše je, da vsebuje številne zaščitne snovi in je bogat vir vitaminov C, B₁, B₆, beta-karotena, folne kisline, kalcija, kalija, drugih antioksidantov, prehranske vlaknine ter drugih rastlinskih snovi, ki predstavljajo pomemben sekundarni in zaščitni element pred pojavom in razvojem kroničnih bolezni; zaradi nižje energijske gostote vpliva na zmanjševanje telesne teže ter tako prispeva k zmanjšanju tveganja za pojav določenih bolezni, npr. zvišanega holesterola in krvnega tlaka, diabetesa in kardio-vaskularnih obolenj (Hlastan Ribič, 2014). Le tako zagotavljamo čim bolj zdravo delovanje telesa. Pri tem ni odveč pripomniti, da je pomembno uživati zelenjavo, ki je čim bolj sveža in lokalno pridelana: zaradi skladiščenja in dolgotrajnega prevoza lahko zelenjava izgubi veliko dragocenih zaščitnih snovi. Te pa so ključne v preprečevanju in zmanjševanju tveganja za prezgodnjo obolevnost in umrljivost (Hlastan Ribič, 2014).

Uživanje zelenjave ima poleg tega še nekatere druge pozitivne učinke. Znižuje prehransko gostoto, izjemno pomembno vlogo imajo vlaknine, ki sodijo med t. i. varovalne snovi, pomagajo pa pri preprečevanju ali zdravljenju naslednjih bolezni in funkcijskih motenj: že omenjen povišan holesterol v krvi, prekomerna telesna teža (upočasnjujejo praznjenje želodca, vpliva na hitrost prebave), diabetes, poleg tega pa je pomembna tudi vloga pri zmanjševanju dejavnikov za razvoj rak na debelem črevesu,

zaprtosti (vlaknine pospešujejo prebavo tako v tankem kot v debelem črevesu), žolčnih kamnov, divertikuloze debelega črevesa, arterioskleroze (Hlastan Ribič, 2014).

Zelenjava ima v zdravi varovalni prehrani pomembno vlogo. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2012) priporoča na dan do 200 g kuhane zelenjave (sem štejejo tudi stročnice) in najmanj 100 g surove zelenjave.

2.2.2 Spremembe v telesni sestavi, povezane s staranjem

Včasih v (slovenski) družbi prevlada vtis, da je staranje proces, na katerega ni mogoče vplivati. To seveda ne drži: od treh bistvenih dejavnikov, ki vplivajo na staranje, sta vsaj dva takšna, da jo lahko nadzorujemo in nanju vplivamo. Resda težko vplivamo na genske predispozicije, zato pa v marsičem lahko sooblikujemo okolje, v katerem živimo, in navade, ki sestavljajo naš življenjski slog. Aktiven življenjski slog, ki ga lahko zavzamemo do staranje, je slog prihodnosti v evropski družbi. Staranje je sicer definirano kot proces, značilen za večcelične organizme in prepoznaven po postopnem ugašanju vseh oziroma vitalnih življenjskih funkcij. Homeostaza postopoma odpoveduje, pa čeprav ni prisotnih bolezenskih procesov ali poškodb. To vse bolj vpliva tudi na potrebe po prehrani (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

Človeško telo ima v vsakem starostnem obdobju določene posebne zahteve glede prehranskih potreb: določajo jih zlasti fiziološke, funkcionalne in psihološke potrebe. Tudi starostno obdobje pri tem ni izjema in zahteva prilagoditve: ne samo zaradi starostnih sprememb, pravilni in uravnoteženi prehranski vnosi so pomembni tudi zaradi preprečevanje ali pomoči pri kroničnih ter akutnih obolenjih, zmanjševanju tveganja podhranjenosti ipd (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

Za starostno obdobje so tako značilne naslednje pomembne spremembe (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008, pp. 174-175), ki se zgodijo v:

1. v telesnih sistemih,
2. v sestavi telesa, vključno s spremembami puste mišične mase,
3. v bazalni presnovi,
4. v fini in grobi motoriki,

5. v telesni dejavnosti in funkcionalnosti starostnika,
6. v zobnem in ustnem zdravju,
7. spremembe okušanja in vonjanja.

Posebej pozorno je potrebno spremljati tveganje podhranjenosti. Nanjo lahko kažejo mnogi indikatorji in kazalci, med drugim (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008):

1. poslabšanje okusa, vonja in apetita,
2. motnje požiranja (disfagija),
3. pomanjkljivo zobovje,
4. bolezni, povezane s starostjo,
5. demenca,
6. številna zdravila,
7. socialna izolacija,
8. nezmožnost samohranjenja,
9. finančno pomanjkanje,
10. čustveni problemi (depresija),
11. anoreksija,
12. zloraba starostnikov.

2.2.3 Potrebe starejših po energiji in hranilnih snoveh

Cilj prehranjevanja – in to ne samo v tretjem, ampak v katerem koli življenjskem obdobju – je prvenstveno usmerjeno v ohranjanje oziroma vzdrževanje normalne prehranjenosti. Le ta je namreč pogoj za ohranjanje zdravja in preprečevanje bolezni ter poškodb. Starostnik mora pri sestavi svojega vsakdanjega jedilnika upoštevati, da se je njegovo življenje po upokojitvi umirilo (le redko je obratno), da so se zmanjšale delovne obveznosti in telesni napor, s tem pa tudi potreba po energiji. Upoštevati pa mora tudi morebitna kronična obolenja oz. spremembe, ki se pojavljajo v zvezi z delovanjem organizma. Poleg vseh smernih o uravnoteženi, hranilni, zdravi, ekološki prehrani mora upoštevati, da mora je tudi razbremenilna za prebavni proces (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

Pri preprečevanju tveganja podhranjenosti je eden izmed ključnih podatkov vedenje, kolikšna so osnovne (povprečne) energijske potrebe starostnikov. Te se sicer ločijo glede na spol, starost, težo, konstitucijo in druge parametre, vendar pa je vseeno možno določiti vsaj bazično osnovno točko, iz katere izhajamo pri načrtovanju: do 65. leta tako velja, da se osnovne energijske potrebe gibljejo okrog 32 kcal na kg telesne teže, pri starosti nad nad 65 let pa se potrebe malenkost zmanjšajo, in sicer na 30 kcal na kg telesne teže (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

2.2.3.1 Beljakovine v prehrani starostnikov

Za uravnoteženo prehrano je nujno, da so enakomerno zastopane vse hranilne snovi. To velja tudi za beljakovine, ki jih mnogi starostniki postopoma ali tudi nenadno izgubljajo, pa čeprav je njihov vsakodnevni vnos v okviru normativov. V skladu z njimi naj bi dnevno zaužili 0,8 g proteinov/kg telesne teže, vendar pod pogojem, da izbrana živila vsebujejo visoko kakovostne beljakovine in so zadoščene potrebe po energijski bilanci. Kljub priporočenemu vnosu pa rahlo večji vnos od priporočene količine ni v nasprotju s smernicami – nasprotno, je celo priporočljiv. Spodnja meja priporočenega vnosa beljakovin je tako od 12 do 14 % dnevne energijske vrednosti, kar načeloma velja skozi celo človekovo življenje, saj se potrebe po beljakovinah s starostjo drastično ne spreminjajo (Stanga, 2009).

Brez potrebnega vnosa namreč organizem ostaja brez aminokislin in drugih dušikovih spojin, nujnih za tvorbo lastnih beljakovin in drugih metabolno aktivnih substanc. Brez njih pa se človeško telo ne more obnavljati in razvijati. Devet nujno potrebnih (esencialnih) aminokislin, ki jih človeško telo ne more pogrešati, je (Gregorič, et al., 2009):

- histidin,
- izolevcin,
- lizin,
- metionin,
- fenilalanin,
- treonin,

- triptofan,
- valin.

Ves beljakovinski vnos se praviloma dobi s prehrano. Tako kot je lahko problem za pravilno funkcioniranje premajhna količina beljakovin, je lahko problematično tudi preveliko zaužitje: to namreč vpliva na vsaj tri negativne procese (Gregorič, et al., 2009):

- dvig končnih metabolitov pri presnovi, zaradi česar lahko pride do povišane filtracije v glomerulih ledvic. To ni brez negativnih posledic na bilanco kalcija, zaradi česar je pospešeno nastajanje kamnov kalcijevega oksalata,
- zmerna metabolna acidoza, ki negativno učinkuje na skeletno mišično maso,
- sum na korelacijo med vnešenimi beljakovinami in rezistenco na inzulin

Posebno vprašanje se odpira o razmerju med beljakovinskimi živali glede na to, ali so rastlinskega ali živalskega vira. S prehranskega vidika je to za starostnika (razen če je izbral vegetarijanski prehranski slog) manj pomembno vprašanje, saj se beljakovine – ne glede na izvor – medsebojno dopolnjujejo in tako zvišujejo visoko prehransko vrednost (Gregorič, et al., 2009).

2.2.3.2 Maščobe v prehrani starostnikov

Čeprav o maščobah pogosto kroži slab glas, je njihov vpliv – tako kot pri drugih vnesenih živilih – dvojen: dober ali slab, odvisno od količine in vrste maščob. Te se v prehrani kot lipidi pojavljajo v več oblikah. S kuharskega in prehranskega vidika je dobro vedeti, da so v vidni in nevidni obliki. Vidne oblike praviloma bolj poznamo, saj jih namensko uporabljamo v kuhinji, ko jih kot del mesa ali mesnega izdelka želimo uporabiti pri kuhi, peki, zabeli (npr. slanino). Nevidne oblike pa so skrite v samem živilu in moramo biti že pred uporabo v kuhinji seznanjeni, katera živila premorejo več prikritih maščob (Hlastan Ribič, 2014).

Druga delitev je na nenasičene, ki so pretežno neškodljive, in nasičene maščobne kisline – te so pretežno živalskega izvora in so zdravju škodljive. Znano je, da je prekomerno

uživanje nasičenih maščob dejavnik tveganja za nastanek bolezni srca in ožilja, pri tveganju za nastanek raka pa so pomembne predvsem kot vir prekomerne energije. Delež nasičenih maščobnih kislin naj dosega največ tretjino vseh zaužitih maščob (Hlastan Ribič, 2014). Velik dejavnik tveganja so tudi za nastanek diabetesa, prekomerne teže, nekaterih vrst raka in povišanega krvnega pritiska (Gregorič, et al., 2009).

Nenasičene maščobne kisline so prav tako nevarne za človekovo zdravje, to so tako imenovane transnenasičene maščobne kisline, ki nastanejo s predelavo rastlinskih olj v trdno obliko (delno hidrogenacijo) pri proizvodnji margarine in pri cvrtju živil, kjer pride do segrevanja nad 120 °C. Bogat vir škodljivih maščobnih kislin se nahaja v ocvrtem mesu, čipsu, ocvrti krompirček, popkornu in hitri hrani (Hlastan Ribič, 2014).

Nekaterih maščobnih kislin telo ne more sintetizirati samo. Esencialne maščobne kisline kot se imenujejo, nujno potrebujemo za zdrav razvoj in rast: nepogrešljive so predvsem pri razvoju živčevja, možganov, sintezo tkivnih hormonov in očesne mrežnice. Izjemno pomembno je ravnotežje med omega-6 in omega-3 maščobnimi kislinami (omega-6 : omega-3 = 5 : 1) (Hlastan Ribič, 2014).

Različni so tudi viri, v katerih najdemo obe maščobni kislini:

- Omega-3 maščobne kisline najdemo številnih različnih virih, večinoma v ribjem olju, oljih iz semen in oreščkih, mastnih ribah hladnih voda, oreščkih, algah ter v zeleni zelenjavi.
- Omega-6 maščobne kisline najdemo v oljih, in sicer v olju iz koruznih kalčkov in sončničnem (Hlastan Ribič, 2014).

Za razliko od zelo trdne spodnje meje pri vnosu beljakovin je pri vnosu maščob mogoče znižati do 30 % dnevnega energijskega vnosa. Izjemoma pa še nižje, toda omejitve pod 20 % lahko resno vpliva na uravnoveženost diete. Drugače so določene restrikcije pri esencialnih maščobnih kislinah: teh naj bi bilo minimalno 2-3 % dnevnega energijskega vnosa, kar je od 9 do 10 g (Stanga, 2009).

2.2.3.3 Ogljikovi hidrati v prehrani starostnikov

Ogljikovi hidrati oskrbujejo telo predvsem z energijo, vendar so s svojimi sestavinami vključeni v vsako telesno celico. Ogljikovi hidrati so obenem glavna hranilna snov, ki organizmu zagotavlja energijo (Stanga, 2009).

Pri zauživanju ogljikovih hidratov je potrebno upoštevati, da se toleranca do njih s starostjo zmanjšuje: enostavne ogljikove hidrate naj bi, če in kadar je to možno, zamenjevali kompleksni ogljikovi hidrati. Posebej pozorni moramo biti pri mleku in mlečnih izdelkih, saj se pri starejših zaradi pomanjkanja intestinalnega encima laktaze pogosto pojavljajo prebavne motnje (vetrovi, napihnjenost, krči, bolečine v trebuhu, diareja). Pomanjkanje namreč povzroča hidrolizo laktoze: ker je telo ne more vsrkati, jo razgradijo črevesne bakterije, to pa vodi v zgoraj naštetе (neprijetne) posledice (Stanga, 2009).

Ogljikovi hidrati so živilo, ki praviloma zajemajo največji delež dnevnega vnosa, in sicer več kot 50 %. Priporočljivo je, da izbiramo tista ogljikohidratna živila, ki nimajo samo energetske vrednosti (en gram ogljikovih hidratov ima 17 kJ oz. 4kcal energije), temveč tudi esencialne hranilne snovi in vlaknine. S tem preprečimo, da bi prišlo do prehitre absorpcije in dviga nivoja krvnega sladkorja. O nevarnosti prevelikega uživanja ogljikovih hidratov govorimo, kadar človek zaužije več kot 400 do 500 g/dan. V takem primeru pride do povečane sinteze nasičenih maščobnih kislin iz glukoze, te pa se nato nalagajo v maščobnem tkivo. Najmanj priporočljivi za vnos so enostavni sladkorji: zaradi visokega glikemičnega indeksa naj v deležu dnevnega energijskega vnosa ne bi presegali 10 % (Gregorič, et al., 2009).

2.2.3.4 Vlaknine v prehrani starostnikov

Čeprav so vlaknine neprebavljiv in nekaloričen del naše (rastlinske) prehrane, imajo nenadomestljivo, varovalno vlogo: hrana, bogata z vlakninami, zmanjšuje možnost za nastanek sladkorne bolezni, žolčnih kamnov, srčno-žilnih bolezni, povišanega krvnega tlaka in holesterola, hkrati pa dajejo večji občutek sitosti. Netopne vlaknine, ki se v črevesju ne morejo vsrkati (so iz polisaharidnih snovi, ki jih črevesni encimi ne morejo razgraditi), s tem pomagajo preprečevati obstipacijo črevesja; čas celotne prebave se pri

prehrani, bogati z vlakninami, zmanjša od 60 do 90 ur na 30 ur. Drugače je s topnimi vlakninami, na primer pektinom: te se razgradijo do kratko verižnih maščobnih kislin – acetat, butirat (Stanga, 2009).

Hrana s preveč vlakninami pa ima negativne posledice: povzroča diarejo, vetrove in pomanjkanje mineralov (Stanga, 2009).

2.2.3.5 Tekočina v prehrani starostnikov

Zavest o tem, kako pomembno je redno in zadostno pitje tekočin, je v zadnjem desetletju postala precej bolj močna, kot je bila poprej – tudi oz. predvsem zaradi ozaveščevalnih družbenih akcij, ki so opazarjale na nujno pitje tekočin. Nezadostno pitje tekočine se imenuje dehidracija. Nastanek pripisujejo (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008):

- posameznikovi nezmožnosti, da bi pravočasno povezal občutek žeje s potrebo po pitju,
- oviranemu dostopu do pitne tekočine,
- zavestnemu odpovedovanju tekočini (npr. pred spanjem, daljšo potjo ipd., ko ne vemo, ali bomo lahko pogosteje urinirali),
- nekaterim boleznimi (npr. diareji),
- jemanju določenih zdravil in odvajal, ki spodbujajo odvajanje vode

Pomankljivo pitje tekočin sicer povečuje možnost prekomerne teže, kardio-vaskularnih obolenj, povečuje občutek utrujenosti, povzroča glavobole, poslabša prebavo, otežuje čiščenje telesa, povečuje možnost za nastanek raka na sečnem mehurju ... Dehidracija vodi v elektrolitsko neravnovesje, to pa se manifestira skozi številne netipične zaplete, ki jih je pogosto težko diagnosticirati (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

Dnevne potrebe po zaužitju tekočini se gibljejo okrog 1 ml/kcal ali 30 ml/kg telesne teže (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

Kadar opazimo zaostajanje tekočine v telesu ali otekline, pa to lahko povežemo z oslabelostjo ledvic, nepokretnostjo in pomanjkanjem beljakovin (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

2.2.3.6 Vitamini v prehrani starostnikov

Vitamini je ime za skupino kemično oz. skupino biološko aktivnih organskih spojin, različnih snovi, ki v organizmu pripomorejo pri vzpostavitvi ravnotežja, nujnega za zdravstveno ravnovesje. Človeško telo jih samo ne more tvoriti ali pa jih tvori v nezadostnih količinah. Subklinično pomanjkanje vitaminov, ki ga lahko sproži fizični stres, povzročen z boleznijo, pri večini populacije vodi v resne zdravstvene težave. Pri starejši populaciji je to statistično zelo pogost pojav, zato je izjemno pomembna pravilna in uravnotežena prehrana, v kateri so v zadostni meri zastopana naslednja živila, bogata z vitamini: (zeleno) zelenjava, (barvito) sadje, oreški, polnovredno žito, ribe, ribje olje, jajca, mleko in mlečni izdelki, stročnice, ... (Stanga, 2009).

Priporočila za dnevne količine zaužitih vitaminov se ne spreminjajo samo z leti, temveč so različne včasih tudi po dnevih, odvisno od zunanjih in notranjih vplivov. Kljub temu velja, da pokrivajo potrebe 98 % zdrave populacije. Običajne referenčne vrednosti pa se ne nanašajo na vnose pri bolnikih in rekonvalscentih, pri starejših je treba biti pozoren pri posameznih vitaminih: na primer, potrebno je zmanjšati količino vnesenega vitamina A, saj bi to lahko vodilo v zastrupitev (zaradi možnega počasnejšega očiščevanja telesa retinilnih estrov skozi jetra). Za potrebe po vitaminih E in K se z leti ne spreminjajo. Nivo vitamina K v telesu, pa je lahko zmanjšan, kadar ima starostnik predpisane antibiotike ali pa vitamin K antagonistov (Hlastan Ribič, 2014).

S starostjo pa se poveča potreba po vitaminu D, predvsem je biti pozoren pri institucionaliziranih starejših, ker niso dovolj izpostavljeni sončni svetlobi. Potrebo po vodotopnih vitaminih naj se ne bi z leti spreminjala, razen za vitamina B₁₂ in B₆ (Stanga, 2009).

S skrbno načrtovano prehrano za starostnike, ki vključuje zadostne količine sadja in zelenjave ter optimalen vnos ostalih živil, lahko pokrije potrebe po vitaminih in mineralih za ciljno starostno skupino. Dejstvo je, da je pri večini starostnikov težko sestaviti dovolj pestro prehrano, saj imajo v veliki meri težave z zobmi ter odklanjajo predvsem surovo zelenjavo in sadje. Če pri starostniku ugotovimo pomanjkanje posameznega hranila, je v prehrano potrebno dodajati prehranska dopolnila oziroma obogatena živila, skladno s priporočili zdravnika (Hlastan Ribič, 2014).

2.2.3.7 Minerali v prehrani starostnikov

Minerali so rudninske snovi, ki imajo pomembno vlogo pri ohranjanju našega zdravja. Ločimo jih na makroelemente in mikroelemente, glede na količino, ko jo potrebujemo. Med makroelemente mdr. sodijo kalcij, fosfor, kalij, žveplo, klor, natrij, magnezij, med mikroelemente pa železo, jod, baker, selen, kobald, cink, fluor (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

Priporočena dnevna količina minerala naj se z leti ne bi povečevala ali zmanjševala. Bistveno je predvsem, da dnevno ohranjamo priporočen vnos mineralov, da ohranimo zadostno količino v serumu. Pomanjkanje namreč vpliva zelo negativno. Eden izmed vitaminov, kjer se nezadosten vnos in posledično pomanjkanje izrazito pozna, je vitamin D, ki ga največ pridobimo z izpostavljenostjo sončni svetlobi. Težava predstavlja dejstvo, da se s starostnimi spremembami zmanjša zmožnost kože za tvorjenje vitamina D, kar vpliva na absorpcijo kalcija. Posledice niso neznatne: pomanjkanje vodi namreč v izgubo kostne mase in razvoj osteoporoze, kar povečuje tveganje za zlome in s tem povezano ovirano mobilnost. Posebej ogrožena skupina so ženske, ki nosijo povečano tveganje za osteoporozo že zaradi zmanjševanja estrogena v krvi (ta proces vpliva na 3 % zmanjšanje kostne mase na leto) (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

Pri starostnikih je nujno opazovati tudi, ali zaužijejo zadostno količino železa, saj pomanjkanje vodi v slabokrvnost. Prepoznamo jo po utrujenosti, šibkosti, hitri zadihanosti, hitrejšemu utripu, vrtoglavici ... Vzroki za pomanjkanje so različni: enolične prehranjevanje, premalo kalorična hrana, premajhnega uživanja beljakovin.. Za preprečevanje pomanjkanja železa je potrebno uživati uravnoteženo prehrano z beljakovinami višje energijske vrednosti in železom ter vitaminom C. (Cerović & Rotovnik Kozjek, 2008).

2.3 EKONOMSKO–SOCIALNO STANJE STAROSTNIKOV

2.3.1 Opredelitev pojma upokojitev

Kadar govorimo o kakovosti staranja, je potrebno analizirati različne dejavnike, in sicer: materialno preskrbljenosti posameznega človeka, materialno blagostanje, ki vlada v posamezni družbi, možnosti za (dodatno) delo in zaposlenost po upokojitvi, višina pokojnine ter drugih dohodkov oz. premoženju, ki nam povedo, ali ljudje po upokojitvi lahko obdržijo življenjski standard, ki so ga bili vajeni do upokojitve, in ali imajo dovolj sredstev za zdrav in aktiven način staranja (Saražin Klemenčič, 2013).

Saražin Klemenčič (2013) ugotavlja, da v luči današnjih demografskih sprememb postajajo vse pogostejša vprašanja o dolžini delovne dobe in trajanju upokojitve ter s tem povezanimi ukrepi, ki jih je treba sprejeti v pokojninskih sistemih in sistemih dela za vzdržnost javnih financ. Izpostavlja jih strategija Evrope do leta 2020, saj je treba zagotoviti ravnotežje med doseženim življenjskim standardom upokojencev ter zagotavljanjem pokojnin za prihodnje generacije, torej razmerje med trajnostjo in ustreznostjo (European Commission, 2011).

Upokojitev je v današnji družbi najjasnejši mejnik med srednjimi leti in tretjim življenjskim obdobjem. Vsi prehodi so zahtevni in bolj tvegani v človekovem življenju (porod, puberteta, osnovanje lastne družine, začetek službe). Upokojitev je eden od pomembnih prehodov. Po upokojitvi moderni človek preneha hoditi v službo ter se mu večinoma precej zmanjša dohodek, toda zmanjša se mu tudi nevarnost, da bi ostal kot brezposelni brez dohodkov. Kakovost staranja je odvisna tudi od zaposlenosti, možnosti za delo po upokojitvi, dohodka in premoženja, saj je pomembno, da imajo ljudje na voljo dovolj materialnih sredstev za ohranitev ustreznega življenjskega standarda, ko se starajo in se upokojijo (Saražin Klemenčič, 2013).

"O veseli in zadovoljni starosti lahko govorimo takrat, ko starostnik doseže svoje cilje in prizadevanja in ko ima dovolj denarja, da lahko pokrije stroške življenja v moderni družbi. Ti stroški predstavljajo več kot le zagotovitev osnovne hrane, ogrevanja in oblek. Stroški življenja se nanašajo na zadostno količino denarja za zadovoljitev tistega udobja in aktivnosti, ki jih imajo drugi" (Reed, et al., 2004, p. 143).

Analiza ekonomskega stanja starostnika in kakovosti življenja, ki jo to stanje omogoča, nam kaže, da je to stanje precej bolj krhko v primerjavi s stanjem pred upokojitvijo. Kot zaposleni si je namreč ekonomsko stanje lahko izboljševal z dodatnimi viri prihodkov,

zdaj pa je odvisen predvsem od enega fiksnega prihodka (pokojnina ali socialno pomoč), dodatne vire pa težko najde ali pa je to celo nemogoče. Vpliva lahko predvsem na odhodke, medtem ko je na prihodkovni ravni precej omejen (Saražin Klemenčič, 2013).

Trbančeva (1996, p. 287) opozarja, da koncept kakovosti življenja temelji na "nadzoru nad viri, z uporabo katerih lahko posameznik zadovoljuje svoje potrebe na različnih področjih." Prav nadzor nad viri je ključen: če ima posameznik slab ali dober nadzor nad viri, to vpliva na boljšo ali slabšo kakovost življenja. Če nadzora nad viri nima, je mogoča oz. zelo verjetna posledica nezmožnost zadovoljevanja lastnih potreb (Saražin Klemenčič, 2013).

2.3.2 Pokojnina

Kot smo že omenili, imajo starostniki po upokojitvi precej bolj omejene in fiksne vire prihodkov, zaradi česar postane njihovo ekonomsko stanje bolj ranljivo. Glavni vir prihodkov je, če je med njihovo delovno dobo vse potekalo po načrtu, pokojnina. Dosežemo jo, ko izpolnimo predvideno število delovnih let ali/in starost; definira kot "obdobje umika delovne sile s trga delovne sile, ob zadostni akumulaciji pokojninske blaginje, da postane delo nepotrebno" (Turner, 1998, p. 17).

Da je bilo preživetje v tretjem starostnem obdobju precej zahtevno in pogosto izven nadzora starostnikov, kažejo raziskave številnih raziskovalcev. Kakovost življenja starostnikov se je začela izboljševati šele z nastopom industrijskih demokracij oz. po svetovni gospodarski krizi in drugi svetovni vojni. Tudi raziskave mednarodne organizacije OECD (2001) potrjujejo, da je ekonomsko stanje oz. življenjski standard starostnikov ob upokojitvi nekoliko slabši od gospodinjev s še vedno aktivno zaposlenimi.

21. stoletje ne bo za starostno populacijo nič manj zahtevno: pravzaprav še bolj, saj se poslabšujejo dejavniki, ki pomembno vplivajo na vzdržnost pokojninskega finančnega sistema. Starajoča se populacija (vse več je starih ljudi nad 80 let), podaljševanje povprečne življenjske dobe in nizka nataliteta. To sodobno socialno politiko predstavlja pred nove izzive: če so se do zdaj ukrepi usmerjali predvsem v finančno oskrbo

starostnikov, po novem pa bo potrebno socialne ukrepe razvijati tudi za starostnike, ki potrebujejo znatno zdravstveno in varstveno-oskrbovalno pomoč. Pri tem pa bo treba upoštevati, da se stroški upokojitve višajo. Delavcem ob upokojevanju ne bo več moči doseči blaginje, ki bi avtomatično omogočila dostojno preživljanje starosti (Turner, 1998, p. 17). Kako resne spremembe se pripravljajo, kažejo podatki OECD: standard v Evropi, Severni Ameriki, Japonski bo do leta 2050 tudi do 80-100 % višji glede na staranje populacije (OECD, 2004).

Dodaten problem predstavlja tudi socialno zaostrovanje v sodobni družbi: merila za pridobitev socialne moči so vse ostrejša, po drugi strani pa usiha število neformalnih dajalcev pomoči (Turner, 1998).

2.3.3 Revščina in materialna prikrajšanost pri starejših

Svet Evrope je 19. novembra 1984 sprejel definicijo pojma revščina, ki pravi, da so revne osebe, družine in skupine oseb tiste, katerih sredstva (materialna, kulturna in socialna) so tako omejena, da jim ne onemogočajo minimalno sprejemljivo življenje v državi, v kateri živijo. V glavnem revščino lahko razdelimo na absolutno revščino, kadar primanjkuje osnovnih dobrin, ki so pomembne za izpolnitev osnovnih življenjskih potreb (hrana, bivališče in zdravje), stanje pomanjkanja dobrin glede na doseženo raven blaginje v drugih družbenih skupnostih, pa govorimo o relativni revščini (Saražin Klemenčič, 2013).

Osnovni kazalec socialne izključenosti in ključni pokazatelj položaja starejših pri nas je dohodek starejših, ki je največkrat pokojnina. Prag tveganja revščine, pa je opredeljen s 60 % mediane ekvivalentnega razpoložljivega dohodka vseh gospodinjstev ob upoštevanju OECD-jeve prilagojene ekvivalenčne lestvice. Izračunan je za enočlansko gospodinjstvo (ena odrasla oseba) ter za štiričlansko gospodinjstvo (dva odrasla in dvema otrokama, mlajšima od 14. let) (Hlebec, et al., 2010).

Po podatkih Brložnikove (2009) zadnjih let v Sloveniji, so izrazito ranljiva skupina prav starejši, saj imajo dvakrat višjo stopnjo tveganja revščine kot preostala populacija. Starejši so materialno prikrajšani bistveno bolj od preostalih skupin, po pričakovanjih pa je med tistimi, ki živijo pod pragom tveganja revščine delež tistih, ki so materialno prikrajšani, izrazito višji, ne glede na njihovo starost, in prav starejši izstopajo kot

najbolj ranljiva skupina. Tako je pri enočlanskih gospodinjstvih, predvsem starejše ženske (v starosti 65-74 let), stopnja tveganja revščine višja od 50 odstotkov, saj so v posebno slabem dohodkovnem položaju (Hlebec, et al., 2010).

2.3.4 Zakon o pokojninskem in invalidskem upokojevanju v RS

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ki je začel veljati s 1. januarjem 2013, je za uveljavitev pravice do pokojnine določil prehodno obdobje, v katerem se postopoma zvišuje zakonsko določena starost, pokojninska doba in obdobje upoštevanja zavarovanja, ki se upošteva kot pokojninska osnova pri izračunu pokojnine. Zakonske spremembe ZPIZ-2, ki začne veljati s 1. 1. 2014 in spreminjajo pogoje za pridobitev (v nekaterih primerih tudi izgubo pravice) pravice do posamezne vrste pokojnin, se razdelijo na (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje-2, 2012):

- starostno pokojnino,
- predčasno pokojnino,
- vdovsko pokojnino,
- družinsko pokojnino,
- invalidsko pokojnino.

2.3.5 Število upokojencev in višina pokojnine v RS v letu 2015

V februarju 2015 je bilo po podatkih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije skupaj 612.281 prejemnikov pokojnin, od kateri je bilo 70,5 % (431.612) prejemnikov starostnih pokojnin, 14,1 % (86.311) prejemnikov invalidskih pokojnin, 7,5 % (46.210) prejemnikov družinskih pokojnin in 7,9 % (48.148) prejemnikov vdovskih pokojnin (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, 2015).

Povprečna neto pokojnina izplačana v februarju 2015 je bila 561,92 evrov, povprečna starostna pokojnina je znašala 610,29 evrov, povprečna neto invalidska pokojnina 473,05 evrov, povprečna neto družinska oziroma vdovska pokojnina 386,06 evrov, najvišja izplačana pokojnina pa je znašala 2.345,49 evrov (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje-2, 2012).

V strukturi je bilo starostnih upokojencev, ki prejemajo do 500 evrov pokojnine, 36,9 %, upravičencev, ki prejemajo nad 500 do 1.000 evrov, je bilo 52,8 %, tistih, kateri pokojnina je znašala nad 1.000 do 1.500 evrov, je bilo 7,7 %, in tistih, ki so prejeli več kot 1.500 evrov pokojnine, je bilo v marcu 2014 2,6 % (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, 2015).

2.4 PREHRAMBENA SAMOOSKRBA

2.4.1 Opredelitev pojma

V globaliziranem svetu je tudi vprašanje prehrane v marsičem odvisno od globalnih trendov. Hkrati s procesom globalizacije pa poteka tudi proces lokalne samooskrbe: lokalno pridelana hrana ima po mnogih raziskavah številne ekološke, finančne, socialne in zdravstvene prednosti. Zaradi ekonomske krhkosti, ki smo jo omenili v prejšnjem poglavju, je naloga države, da omogoča tudi šibkejšim socialnim slojem dosegljivost dostopa do sadja, zelenjave ter drugih priporočenih skupin živil (SZO, 2004). To je mogoče doseči z dobro premišljenimi sistemskimi ukrepi na državni in lokalni ravni, ki tudi ekonomsko ogroženim omogočajo oskrbo z vitamini, minerali in drugimi nujno potrebnimi živilskimi snovmi za zdravje. Preskrbljenost z bolj zdravimi, varovalnimi živili pa je tista, ki prispeva k boljšem socialno-ekonomskem stanju večjem zdravju starostnikov in s tem k manjšemu obremenjevanju zdravstvene blagajne (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Zaradi pretresov na globalnem prehranskem trgu in naraščanja ekološke zavesti je pričakovati, da se bosta pridelovanje hrane na lokalni ravni oz. zavedanje pomembnosti samopreskrbe še povečevala (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Samooskrba v Sloveniji s pridelki, ki jih pridelamo sami, je sicer precej različna oz. nihajoča (glede na letino). Podatki za povprečje zadnjih pet let kažejo npr. zaskrbljujoče podatke za pridelavo zelenjave (samopreskrbe je manj kot 40 %) in žita (manj kot 60 %). Boljši pa so npr. za pridelavo krompirja (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Vsekakor bi bilo potrebno samopreskrbo podpirati: ne samo zaradi neravnovesij na svetovnih trgih, ampak predvsem zaradi izboljšanja zdravstvenega in socialno-ekonomskega stanja starostnikov ter drugih prebivalcev Slovenije (Ministrstvo za zdravje, 2015).

2.4.2 Prednosti lokalne samooskrbe s hrano

Lokalno pridelana živila so sezonsko dostopnejša in imajo prednost v kakovosti, saj sadje in zelenjava vsebujeta več vitaminov in posledično višjo hranilno vrednost. Zaradi krajših poti transporta je lokalno trajnostna oskrba s hrano pomembna tudi z vidika vpliva na okolje (zmanjšanje emisij) in manjše porabe energijskih virov, vpliva pa tudi na urejenost in obdelanost podeželja. Z ustrezno vzpostavitvijo sistema lokalno trajnostne oskrbe lahko izboljšamo prehranske navade prebivalcev Slovenije v smeri porabe kakovostnejših in zdravju naklonjenih živil (Ministrstvo za zdravje, 2015).

2.5 DEMOGRAFSKI PODATKI OBČINE KAMNIK

2.5.1 Demografski podatki občine Kamnik

Po pregledu strokovne literature, ki bi obsegala raziskave o starostnikih v občini Kamnik, smo opazili, da se v preteklosti niso izvajale raziskave in tudi trenutne ne poteka nobena o zdravju, prehranjevanju in življenju starostnikov v občini Kamnik. Zato smo se odločili, da z raziskavo v okviru diplomske naloge ugotovimo, kakšna je povezava med ekonomskim stanjem pri prehranjevanju in prehrambeni samooskrbi starostnikov v občini Kamnik.

Občina Kamnik leži na prehodu med Gorenjsko in Celjsko kotlino. Preko njenega ozemlja ali v neposredni bližini so speljane najpomembnejše cestne, energijske in druge infrastrukturne povezave med vzhodnim in zahodnim delom Slovenije. Je del osrednjeslovenske statistične regije. Meri 266 kvadratnih kilometrov in po površini se med slovenskimi občinami uvršča na 15. mesto (SURS, 2012).

V januarju 2014 je občina štela 29.385 prebivalcev (približno 14.400 moških in 14.850 žensk). Po številu prebivalcev med slovenskimi občinami se je uvrstila na 10. mesto (209 občin, leta 2012). Na kvadratnem kilometru površine občine je živel povprečno 110 prebivalcev; gostota naseljenosti je bila torej tu večja kot v celotni državi (101 prebivalca na kvadratnih kilometrov). Povprečna starost občanov je bila 40,1 leta, kar je nižje od povprečne starosti prebivalcev Slovenije (42 let): v zadnjih letih torej spada med mlade občine (SURS, 2012).

V letu 2014 je bilo v občini Kamnik 4.135 oseb starejših od 65 let. Od tega jih je bilo 1.605 moških in 2.530 žensk. Število uživalcev in uživalk vseh pokojnin v občini Kamnik je bilo decembra 2014, 7.219 (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, 2015)

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kako ekonomski položaj starostnikov vpliva na prehranjevalne navade in kako skrbijo za lastno prehrambeno samooskrbo. Osredotočili smo se na patronažno službo, ambulante družinske medicine, referenčne ambulante ter CINDI-delavnice. Raziskali smo, kakšne so spremembe in kako vpliva na zdravje, če je vir dohodka samo pokojnina. Z raziskavo smo želeli tudi ugotoviti, ali se na finančni primanjkljaj starostniki odzivajo s prehrambeno samooskrbo in v kakšni intenzivnosti.

Cilji:

1. Ugotoviti odnos starostnikov do zdravja in zdravega prehranjevanja.
2. Raziskati, na kakšen način ekonomsko stanje starostnikov vpliva na zdrav način prehranjevanja.
3. Ugotoviti, kakšne so potrebe starostnikov po prehrambeni samooskrbi in v kakšni raznolikosti in intenzivnosti skrbijo za svojo samooskrbo.
4. Ugotoviti, kakšne so nakupovalne navade starostnikov, ko kupujejo prehrambena živila.
5. Ugotoviti, kakšne so razlike med socialnimi sloji starostnikov pri razumevanju zdravja, zdravega prehranjevanja ter prehrambene samooskrbe.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalna vprašanja, na katera bomo odgovorili z empirično raziskavo, so naslednja:

1. Kako ekonomsko stanje starostnikov vpliva na zdrav način prehranjevanja?
2. Na kakšne načine se starostniki trudijo zmanjšati finančne stroške pri nakupovanju hrane in se kljub vsemu še vedno zdravo prehranjevati?
3. Katere vrtno kulture gojijo starostniki in ali s tem privarčujejo finančna sredstva?

4. Kakšna je izbira živil starostnikov ter kje jih kupujejo?
5. Kakšne so razlike v načinu prehranjevanja starostnikov pred petimi leti in danes?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na empirični kvantitativni deskriptivni metodi. V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili metodo preučevanja domače in tuje literature, strokovnih člankov in internetnih virov glede na obravnavano temo s pomočjo spletnih podatkovnih baz (CINAHL, ProQuest, Medline, COBISS). Pri iskanju tuje strokovne literature smo uporabili naslednje ključne besede oziroma besedne zveze: health of the older people, economic situation of the elderly, diet for older people. V slovenskem prostoru smo za iskanje literature uporabili slovenski spletni bibliografski brskalnik COBISS ter splošne in strokovne knjižnice. Iskali smo pod naslednjimi ključnimi besedami v slovenskem jeziku: starostniki, zdravje starostnikov, ekonomsko stanje starostnikov, prehrana starostnikov, prehrabena samooskrba in socialna gerontologija.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatki v empiričnem delu diplomskega dela so bili pridobljeni s pomočjo strukturiranega vprašalnika v pisni obliki, ki je bil razdeljen na primarnem nivoju zdravstvene oskrbe odraslih v mestu Kamnik. Vprašalnik smo izdelali za potrebe naše raziskave na podlagi pregleda literature ter je prirejen po vzorcu CINDI Slovenija z naslovom Z zdravjem povezan življenjski slog 2012 (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012). Razdeljen je na pet sklopov, prvi sklop predstavlja demografske podatke, kot so spol, starost, stan, dosežena izobrazba, pripadnost družbeni skupini in mesečni dohodki. Drugi sklop je predstavljal zdravstveno stanje starostnikov, osebna ocena zdravstvenega stanja, skrb za zdravje in osebne razvade. Tretji sklop ugotavlja prehranjevalne navade starostnikov, priprava glavnih obrokov in režim prehranjevanja. Četrty sklop ugotavlja prehrabeno samooskrbo, koliko in na kakšen

način jo izvajajo ter njihov pomen samooskrbe. Peti sklop ugotavlja, kakšen je ekonomsko-socialni vpliv starostnikov na prehranjevanje, kje in koliko sredstev namenijo pri nakupu živil, vpliv ekonomskega stanja pri nakupu določenih živil in odnos slovenske politike do ekonomskega stanja upokojencev. Prvi sklop vsebuje pet vprašanj zaprtega tipa in eno polodprtega tipa. V drugem sklopu sta dve vprašanji zaprtega tipa in eno polodprtega tipa ter eno vprašanje s štirinajstimi dihotomnimi odgovori. Tretji sklop tvori dve vprašanji polodprtega tipa in eno vprašanje s šestimi dihotomnimi odgovori. V četrtem sklopu je deset vprašanj: šest vprašanj zaprtega tipa s enim podvprašanjem in eno vprašanje polodprtega tipa. Peti sklop vsebuje sedem vprašanj zaprtega tipa in eno vprašanje polodprtega tipa.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili enostavni slučajnostni vzorec. Raziskavo smo izvedli v ambulantah splošne in družinske medicine, patronažni službi in CINDI delavnicah v mestu Kamnik, in sicer v Zdravstvenem domu dr. Julija Polca Kamnik. K raziskavi so bili povabljeni naključno izbrani starostniki, katerim so srednje medicinske sestre/zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki po ambulantah splošne in družinske medicine in CINDI delavnicah predstavili in ponudili vprašalnike v izpolnjevanje. Prav tako so patronažne sestre med naključno izbranimi starostniki v zdravstveni oskrbi na domu predstavile in ponudile vprašalnike v izpolnjevanje. Pripravljenih 120 vprašalnikov je bilo razdeljenih v izpolnjevanje takole: 40 je bilo razdeljenih v ambulantah splošne in družinske medicine (pet ambulant), 30 v delavnicah CINDI in 50 v patronažni službi. Izpolnitev vzorca je bila 66-odstotna.

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih – spol

Spol

| | | n | % |
|-----------|--------|----|-------|
| Veljavnih | Moški | 28 | 33,7 |
| | Ženska | 55 | 66,3 |
| | Skupaj | 83 | 100,0 |

Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Tabela 1 prikazuje, da med anketiranimi prevladuje ženski spol, in sicer 55 žensk (66,3 %) in 28 moških (33,7 %).

Tabela 2: Demografski podatki anketiranih – starost

Starost

| | n | % |
|------------------|----|-------|
| 65-70 let | 36 | 43,4 |
| 71-80 let | 32 | 38,5 |
| 81-90 let | 14 | 16,9 |
| 91-96 let | 1 | 1,2 |
| Skupaj | 83 | 100,0 |

Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Tabela 2 prikazuje, da je v anketi sodelovalo največ 36 anketirancev (43,4 %), starih med 65 in 70 let, sledilo je starostno obdobje med 71 in 80 let, kjer je bilo 32 anketirancev (38,5 %). V starostnem obdobju med 81 in 90 leti je sodelovalo 14 anketirancev (16,9 %). Najstarejša anketirana oseba je bila stara 96 let (1,2 %).

Tabela 3: Demografski podatki anketiranih – trenutni stan

Trenutni stan

| | n | % |
|------------------------------|----|-------|
| Samski | 5 | 6,0 |
| Poročeni | 48 | 57,8 |
| Ovdoveli | 26 | 31,4 |
| Ločeni | 2 | 2,4 |
| V zunajzakonski zvezi | 2 | 2,4 |
| Skupaj | 83 | 100,0 |

Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Tabela 3 prikazuje trenutni stan anketiranih starostnikov: največ 48 anketirancev (57,8 %) je bilo poročenih, 26 anketirancev (31,4 %) je izgubilo partnerja, torej ovdoveli, za trenutni samski stan se je opredelilo 5 anketirancev (6,0 %), ločena 2 anketiranca (2,4 %). Prav toliko jih je povedalo, da živi v zunajzakonski zvezi (2,4 %).

Tabela 4: Demografski podatki anketirancev – stopnja izobrazbe**Stopnja izobrazbe**

| | n | % |
|---|----------|----------|
| Nepopolna osnovnošolska izobrazba | 7 | 8,4 |
| Osnovnošolska izobrazba | 25 | 30,1 |
| Nižja ali srednja poklicna izobrazba | 19 | 22,9 |
| Veljavnih Srednja strokovna, splošna izobrazba | 20 | 24,1 |
| Višja strokovna izobrazba | 5 | 6,1 |
| Visokošolska univerzitetna izobrazba | 7 | 8,4 |
| Skupaj | 83 | 100,0 |

Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Tabela 4 prikazuje stopnjo izobrazbe anketiranih starostnikov. Največ anketiranih (25 oz. 31,2 %) starostnikov ima le osnovnošolsko izobrazbo, nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo ima 19 anketiranih (22,9 %), srednjo strokovno oziroma splošno izobrazbo ima 20 anketiranih (24,1 %), sledi nedokončana osnovnošolska izobrazba, ki predstavlja 7 anketiranih (8,4 %). Visokošolsko univerzitetno izobrazbo ima 7 anketiranih (8,4 %), najmanjši delež, 5 anketiranih starostnikov (6,1 %), pa ima višjo strokovno izobrazbo.

Tabela 5: Demografski podatki anketiranih – pripadnost družbeni skupini**Družbeni razred**

| | | n | % |
|------------------|----------------------|----------|----------|
| Veljavnih | Nižji razred | 4 | 4,8 |
| | Delavski | 40 | 48,2 |
| | Srednji | 29 | 34,9 |
| | Višji srednji | 4 | 4,8 |
| | | | |
| | Zgornji | 2 | 2,5 |
| | Ne vem | 4 | 4,8 |
| | Skupaj | 83 | 100,0 |

Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Tabela 5 prikazuje, v kateri družbeni razred se anketirani uvrščajo. Največ (40 anketiranih oz. 48,2 %), se jih je opredelilo za delavski razred in za srednji razred družbene lestvice (29 anketiranih oz. 34,9 %). Za višji srednji razred se je opredelilo 5 anketirancev (5,4 %) ter prav toliko za nižji razred (4 anketiranci oz. 4,8 %). Za zgornji družbeni razred sta se opredelila 2 anketiranca (2,5 %), 4 anketiranci (4,8 %) pa se niso mogli opredeliti.

Tabela 6: Demografski podatki anketirancev – mesečni dohodek (pokojnina)**Pokojnina**

| | | n | % |
|------------------|---------------------------|----------|----------|
| Veljavnih | Manj kot 250 evrov | 6 | 7,2 |
| | Več kot 300 evrov | 19 | 22,9 |
| | Okrog 500 evrov | 26 | 31,3 |
| | Okrog 700 evrov | 20 | 24,1 |
| | Več kot 900 evrov | 12 | 14,5 |
| | Skupaj | 83 | 100,0 |

Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Tabela 6 prikazuje višino mesečnega dohodka oziroma pokojnino anketiranih starostnikov. Največji delež prejema okrog 500 evrov, in sicer 26 anketiranih (31,3 %), okrog 700 evrov 20 anketiranih (24,1 %), 19 anketiranih (22,9 %) prejema pokojnino v višini več kot 300 evrov, več kot 900 evrov pa 12 anketiranih (14,5 %). 6 anketiranih (7,2 %), pa prejema najmanjšo možno pokojnino, manj kot 250 evrov na mesec.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred začetkom izvajanja raziskave smo najprej pridobili soglasje direktorja Zdravstvenega doma dr. Julija Polca v Kamniku. Za nadaljni potek izvajanja smo seznanili tudi glavno sestro zavoda, ki nam je pomagala pri delitvi vprašalnikov po ambulantah in delavnicah. V patronažni službi smo sami razdelili vprašalnike med medicinsko osebje ter dali navodila za izpolnjevanje. Anketiranje v Zdravstvenem domu dr. Julija Polca Kamnik je potekalo od 3. 8. 2015 do 31. 8. 2015. Navodila za izpolnjevanje in namen raziskave so bila podana v anketi. Zaradi boljšega razumevanja ankete smo zdravstveno osebje, ki je sodelovalo pri razdeljevanju vprašalnikov, prosili za pomoč starostnikom pri reševanju. Večina anket je bila rešena že kar v ambulantah, kjer je pomagalo osebje, nekaj pa jih je odneslo s seboj domov ter pozneje vrnilo tja, kjer so anketo prejeli. Zagotovili smo tudi anonimnost, in sicer tako, da so ankete vstavljali v priloženo mapo. Razdeljenih je bilo 120 vprašalnikov, vrnilo jih je 83 starostnikov. Izpolnitev vzorca je bila tako 66-odstotna. Analizo podatkov smo obdelali s pomočjo programa SPSS verzija 22.0 in računalniškim programom Microsoft Excel 2007. Uporabili smo deskriptivno statistiko. Za sklepanje o povezanosti spremenljivk smo uporabili test Spearmanov koeficient korelacije, kot statistično značilno pa vrednost $p < 0,05$.

3.4 REZULTATI

Tabela 7: Zdravstveno stanje anketiranih

Zdravstveno stanje

| Ali imate katero od navedenih bolezni ali stanj, ki jih je ugotovil zdravnik? Imate za omenjeno bolezen predpisano zdravilo? | Ne, nimam. | | Da, imam. | | 100% |
|--|------------|------|-----------|------|------|
| | n | % | n | % | |
| Krvni tlak | 48 | 57,8 | 35 | 42,2 | 100 |
| Holesterol | 54 | 65,1 | 29 | 34,9 | 100 |
| Diabetes | 78 | 93,9 | 5 | 6,1 | 100 |

| Ali imate katero od navedenih bolezni ali stanj, ki jih je ugotovil zdravnik? Imate za omenjeno bolezen predpisano zdravilo? | Ne, nimam. | | Da, imam. | | 100% |
|--|------------|------|-----------|------|------|
| | n | % | n | % | |
| Srčni infarkt | 70 | 84,3 | 13 | 15,7 | 100 |
| Možganska kap | 80 | 96,4 | 3 | 3,6 | 100 |
| Okvara hrbta | 60 | 72,3 | 23 | 27,7 | 100 |
| Bolezni sklepov | 62 | 74,7 | 21 | 25,3 | 100 |
| KOPB | 79 | 95,2 | 4 | 4,8 | 100 |
| Astma | 79 | 95,2 | 4 | 4,8 | 100 |
| Jetrna ciroza | 82 | 98,8 | 1 | 1,2 | 100 |
| Želodčni ulkus | 81 | 97,6 | 2 | 2,4 | 100 |
| Depresija | 76 | 91,6 | 7 | 8,4 | 100 |
| Rak | 82 | 98,8 | 1 | 1,2 | 100 |

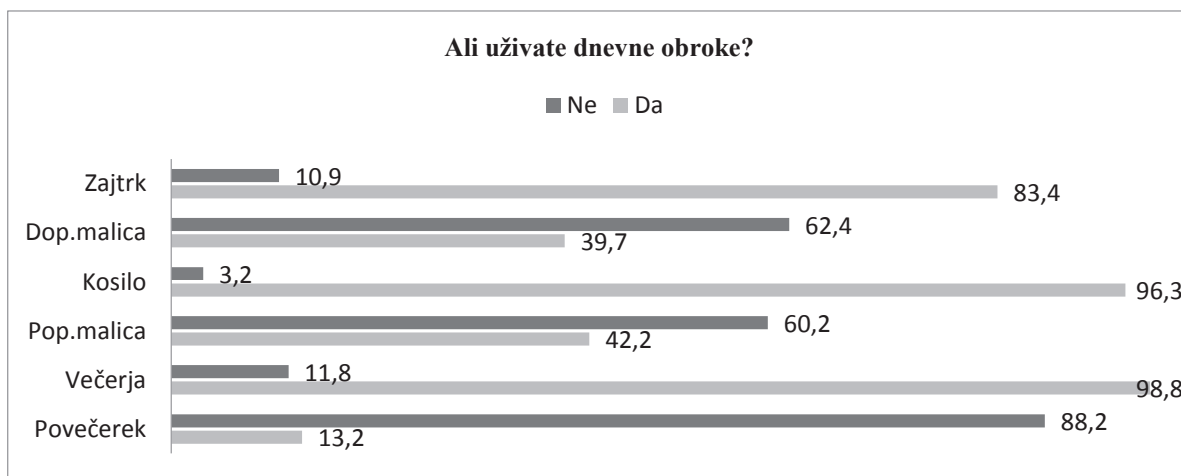
Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Rezultati v tabeli 7 kažejo, da ima največ anketiranih starostnikov obolenja obtočil, kjer največjo težavo predstavlja krvni tlak 35 anketirancev (42,2 %), povišan krvni holesterol 29 anketirancev (34,9 %), 13 anketirancev (15,7 %) je že imelo srčni infarkt, 3 anketiranci (3,6 %) pa možgansko kap. Poškodovan lokomotorni aparat, npr. okvaro hrbtenice, ima 23 anketirancev (27,7 %), 21 anketirancev (25,3 %) pa ima težave z boleznimi sklepov. Za sladkorno bolezen se zdravi 5 anketirancev (6,1 %), depresijo omenja 7 anketirancev (8,4 %), za dihali kot kronično obstruktivno pljučno bolezen se zdravi anketiranci (4,8 %), boleznimi, kot sta neoplazem oziroma rak, pa ima 5 anketirancev (6,1 %). Starostniki imajo najmanj zdravstvenih težav z želodčnim ulkusom (2 anketiranca oz. 2,4 %) in jetrno cirozo ter astmo (po 1 anketiranec oz. 1,2 %).

Pri oceni trenutnega zdravstvenega stanja anketiranih ugotavljamo, da največ anketiranih 31 (37,4 %) starostnikov ocenjuje svoje trenutno stanje kot srednje, pod odgovor slabo se je opredelilo 30 anketirancev (36,1 %). Trenutno svoje zdravstveno stanje kot dobro ocenjuje 16 anketirancev (19,3 %), najslabše zdravstveno oceno (zelo slabo) so izbrali 4 anketiranci (4,8 %), zelo dobro trenutno zdravstveno oceno pa 2 anketiranci (2,4 %).

V skrbi za svoje zdravje ocenjujemo, da se največ anketirancev (58 oz. 69,9 %) ne more odločiti, kako bi ocenili svojo skrb za zdravje, odgovor skoraj nič je izbralo 16 anketirancev (19,2 %), da ni potrebno skrbeti za svoje zdravje se je odločilo 5 anketirancev (6,1 %). Odgovore, kjer se nakazuje boljša skrb za svoje zdravje, in sicer kar dobro in odgovor bolj malo oziroma premalo sta izbrala 2 anketiranca (2,4 %).

Na vprašanje o razvadah anketiranih starostnikov, več kot polovica (71 anketiranih ali 85,6 %) ni izbralo nobeno od navedenih razvad. Najpogostejša razvada pa je kljub temu pitje alkohola, za katero se je opredelilo 9 anketirancev (10,8 %), 3 anketiranci (3,6 %) se je opredelilo za kadilce.



Slika 1: Pogostost uživanja dnevnih obrokov

Slika 1 prikazuje pogostost uživanja glavnih obrokov, dopoldansko in popoldansko malico ter povečerek. Pri glavnih obrokih, ki jih sestavljajo zajtrk, kosilo in večerja, je odgovorilo, da ima redno zajtrk 78 anketirancev (83,4 %), kosilo 80 anketirancev (96,3 %) in večerjo 82 anketirancev (98,8 %). Pri dopolnilnih obrokih, kot je malica, pa je bil delež manjši, saj jih dopoldansko malico uživa 33 anketirancev (39,7 %) in popoldansko malico 35 anketirancev (42,2 %). Za povečerek, na primer uživanje hrane ob televiziji ali na drugačen način, pa je odgovorilo 11 anketirancev (13,2 %).

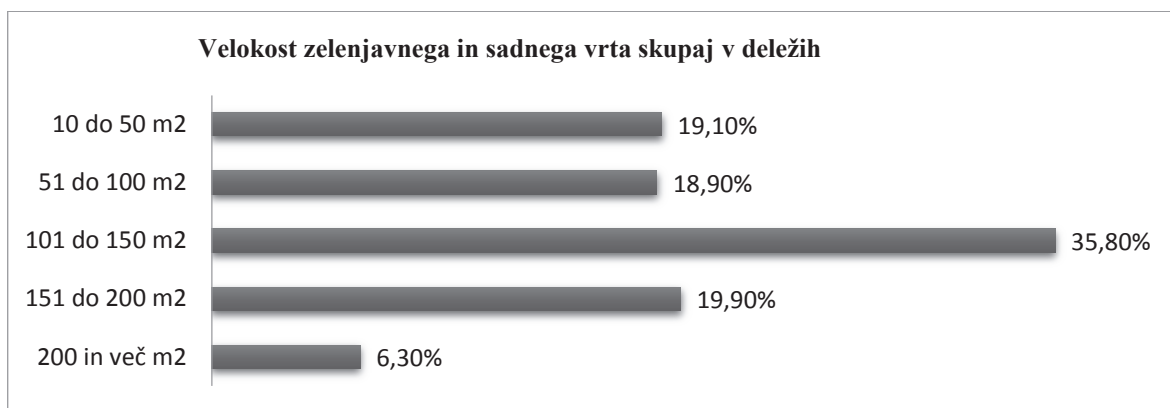
Pri pripravi glavnih obrokov ocenjujemo, da si anketirani starostniki največkrat sami pripravijo glavne obroke (59,1 %). Da glavni obrok pripravi nekdo drug, na primer partner ali svojci in ne sami, je odgovorilo 24,1 odstotka anketirancev. Da redno

obeduje v restavracijah, menzah, gostilnah ali dobi pripravljen glavni obrok na dom, pa je odgovorilo 4,8 odstotka anketiranih.

Delež anketiranih, kjer odgovarjajo, ali imajo poseben režim prehranjevanja, v 77,1 odstotkih odgovarjajo, da nimajo nobenega posebnega režima prehranjevanja oziroma diete, 22,9 odstotkov anketiranih ima dieto.

Več kot polovica anketiranih starostnikov odgovarja (62,6 %), da prebiva na podeželju, sledi v primestju z 21,7 % in najmanj v mestu z 15,7 %.

Pri uporabi zelenjavnega ali sadnega vrta ugotavljamo, da 83,1 % anketiranih uporablja zelenjavni vrt, 69,9 % odstotka jih uporablja tudi sadni vrt, za katerega aktivno skrbijo in pridelujejo zelenjavo. Zelenjavnega vrta nima in se ne ukvarja z njim 21,7 % anketiranih, sadnega vrta pa nima 67,5 % anketiranih.



Slika 2: Velikost zelenjavnega in sadnega vrta skupaj

Iz slike 6 ugotavljamo, da ima največ, 35,8 odstotka anketiranih, zelenjavni in sadni vrt v velikosti od 101 do 150 kvadratnih metrov, sledi velikost vrta od 151 do 200 kvadratnih metrov, kar ga premore 19,9 odstotka anketiranih. Najmanjši vrt, s katerim se anketirani ukvarjajo, od 10 do 50 kvadratnih metrov, jih ima 19,1 odstotka. V velikosti od 51 do 100 kvadratnih metrov ima vrt 18,9 odstotkov anketiranih, največjo velikost od 200 in več kvadratnih metrov pa jih ima najmanj 6,3 odstotka anketiran.

Tabela 8: Razlogi za ukvarjanje z vrtom

| Razlogi za ukvarjanje z vrtom v deležih | | n | % |
|---|--|----|------|
| Veljavnih | Zaradi veselja kot hobi in kot del telesne aktivnosti. | 6 | 9,4 |
| | Zaradi pridobitve bolj zdravih živil – svežine, domača vzgoja rastlin. | 22 | 26,5 |
| | Zaradi samooskrbe kot del nujne potrebe. | 12 | 14,4 |
| | Zaradi veselja IN samooskrbe IN pridobitve bolj zdravih živil. | 20 | 24,1 |
| | Zaradi veselja IN zaradi samooskrbe. | 5 | 7,5 |
| | Skupaj | 66 | 81,9 |
| Manjkajočih | | 17 | 18,1 |
| Skupaj | | 83 | 100 |

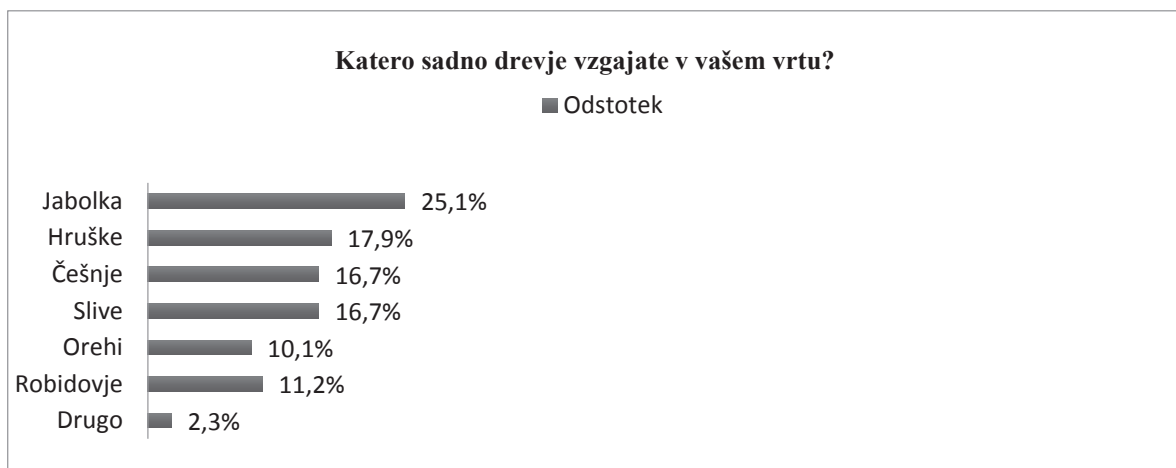
Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Tabela 11 prikazuje razloge za ukvarjanje z vrtom pri anketiranih starostnikih. Ugotovimo, da je največ, 20 anketiranih (24,1 %), odgovorilo v sklopu vseh možnih odgovorov skupaj, torej zaradi veselja, kot hobi, telesna aktivnost, zaradi pridobitve bolj zdravih in svežih živil ter zaradi samooskrbe kot del nujne potrebe. Na pomembnost svežine, bolj zdravih živil oziroma domače vzgoje, je odgovorilo 22 anketiranih (26,5 %), zaradi samooskrbe kot del nujne potrebe, s katero prihranijo finančna sredstva je odgovorilo 12 anketiranih (14,4 %). Ukvarjanje z vrtom zaradi veselja in kot del telesne aktivnosti je odgovorilo 6 anketiranih (9,4 %). Najmanj, 5 anketiranih (7,5 %), je izbralo kombiniran odgovor: zaradi veselja, telesne aktivnosti in zaradi samooskrbe. 17 anketiranih (18,1 %) pa ni odgovorilo na vprašanje.



Slika 3: Pridelana zelenjava

Slika 7 prikazuje deleže gojene zelenjave anketiranih na svojem vrtu; največ, 12,7 odstotka jih vzgaja solatnice in korenje, fižol jih vzgaja 11,5 odstotka, čebulo, česen 11,1 odstotka, prav toliko tudi paradižnik in papriko, začimbe jih vzgaja 8,5 odstotka, krompir 8,3 odstotka in zelje, repo 7,1 odstotka anketirancev. Manj jih vzgaja kolerabo (6,8 odstotka), rdečo peso 5,2 odstotka in brstični ohrovt 4,4 odstotka anketiranih.

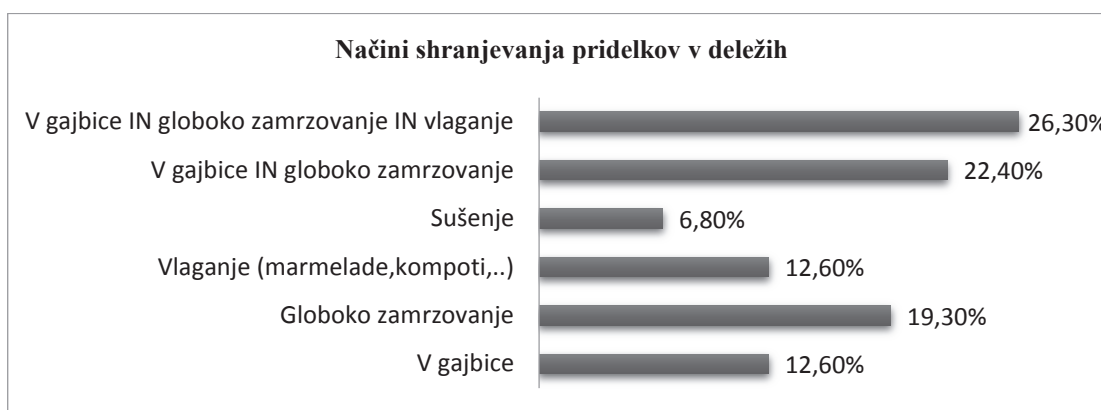


Slika 4: Pridelano sadje

Slika 8 prikazuje vrste sadnega drevja, ki ga vzgajajo anketirani v svojem sadnem vrtu. Največkrat so gojena jabolka (25,1 odstotka), hruške v 17,9 odstotkih, češnje in slive 16,7 odstotka, sledi robidovje 11,2 odstotka in najmanj orehi (10,1 odstotka). Pri

odgovoru drugo (2,3 odstotka) je bilo zaslediti, da poleg domačega sadnega drevja anketirani vzgajajo tudi tujerodno sadno drevje.

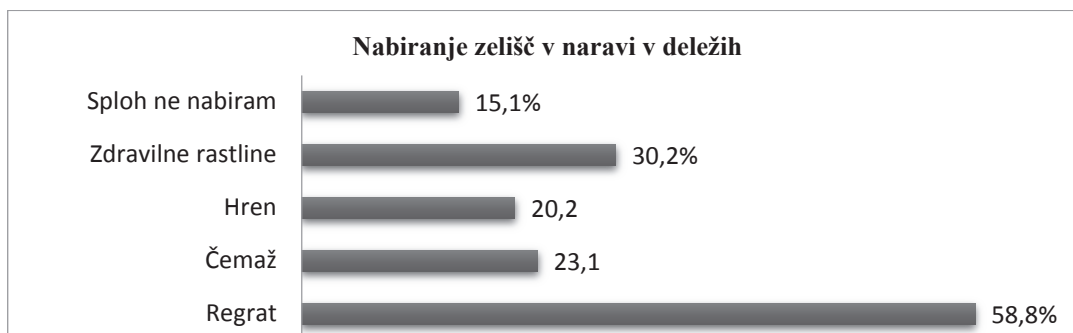
S shranjevanjem in konzerviranjem živil ugotovimo, da 77,1 odstotka anketiranih pridobljeno zelenjavo ali sadje shranjuje oziroma konzervira za ozimnico kot del samooskrbe. 22,9 odstotkov anketiranih ne shranjuje in konzervira živil za ozimnico.



Slika 5: Načini shranjevanja in konzerviranja pridelkov

Slika 10 prikazuje, da se največ (26,3 odstotka) anketiranih odloča za kombinirano shranjevanje pridelkov v gajbice, globoko zamrzovanje in vlaganje (kompoti, marmelade, v kisu). V gajbice in z globokim zamrzovanjem shranjuje 22,4 odstotka anketiranih, samo globoko zamrzuje pridelke 19,3 odstotka, v kletnih gajbicah 12,6 odstotka anketiranih. Konzerviranje pridelkov kot način vlaganja v kisu, v obliki marmelad ali kompotov je odgovorilo 12,6 odstotka anketiranih, najmanj pa konzervirajo s sušenjem pridelkov, in sicer v 6,8 odstotka anketiranih.

S pomočjo samooskrbe iz vrta ugotovimo, da 67,5 odstotka anketiranih meni, da prihrani finančna sredstva v primerjavi z nakupom živil iz trgovine, medtem ko 32,5 odstotka anketiranih meni, da ne privarčujejo finančnih sredstev z gojenjem zelenjave ali sadja.



Slika 6: Nabiranje zelišč v naravi

Iz slike 12 ugotovimo, da anketirani nabirajo v naravi zelišča, in sicer 58,8 odstotkov anketiranih nabira regrat, zdravilne rastline 30,2 odstotkov, čemaž 23,1 odstotkov, hren 20,2 odstotka, 15,1 odstotka pa jih odgovarja, da v naravi ne nabirajo zelišč.

Višina finančnih sredstev anketiranih, ki porabijo za živila na teden pri enem nakupu, odgovarja, da do 30 evrov na teden porabi 41 anketiranih (49,4 %), sledi do 20 evrov na teden, 21 anketiranih (25,3 %), več kot 50 evrov na teden 14 anketiranih (16,9 %) in najmanj, do 10 evrov na teden pri enem nakupu, 7 anketiranih (8,4 %) starostnikov.

Tabela 9: Najpogostejši načini pridobitve osnovnih živil

| | n | % | |
|-----------|--|----|-------|
| Veljavnih | Večinoma pridelamo doma. | 11 | 13,2 |
| | Na lokalni tržnici. | 8 | 9,6 |
| | Od lokalnih pridelovalcev. | 7 | 8,4 |
| | V trgovinah, kjer je ceneje. | 28 | 33,7 |
| | Trgovskih centrih, marketih, ne izbiram znamke trgovin. | 29 | 35,1 |
| | Skupaj | 83 | 100,0 |

Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Tabela prikazuje najpogostejše načine pridobitve osnovnih živil, katerih se poslužujejo anketiranci. Rezultati pokažejo, da največ, 29 anketirancev (35,1 %), kupuje v trgovskih centrih ali marketih, kjer ne izbirajo znamke trgovin, sledi odgovor, kjer 28 anketirancev (33,7 %) odgovarja, da kupujejo živila v trgovinah, kjer je ceneje. Na lokalni tržnici kupuje živila 8 anketirancev (9,6 %) in od lokalnih pridelovalcev 7

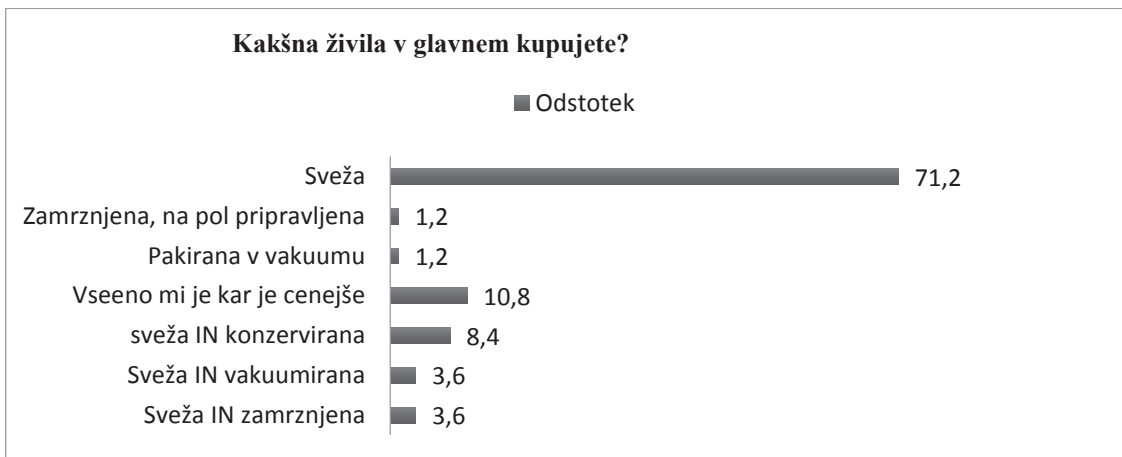
anketirancev (8,4 %). Odgovor, da večinoma pridelajo sami doma in da nimajo potrebe po pogostejših nakupih, je izbralo 11 anketirancev (13,2 %).

Tabela 10: Vpliv finančnih sredstev pri nakupu osnovnih živil

| Ali finančna sredstva vplivajo, kje boste kupili osnovno živilo? | n | % |
|---|-----------|--------------|
| Ne. | 14 | 16,9 |
| Ne, vendar vseeno spremljam cenovne akcije in ob akcijah tudi kupujem. | 19 | 22,9 |
| Da, imam premalo sredstev, zato kupujem samo tisto kar potrebujem. | 36 | 49,4 |
| Da, imam izbrano trgovsko znamko, spremljam cene in akcije ter kupujem samo v njem. | 14 | 10,8 |
| Skupaj | 83 | 100,0 |

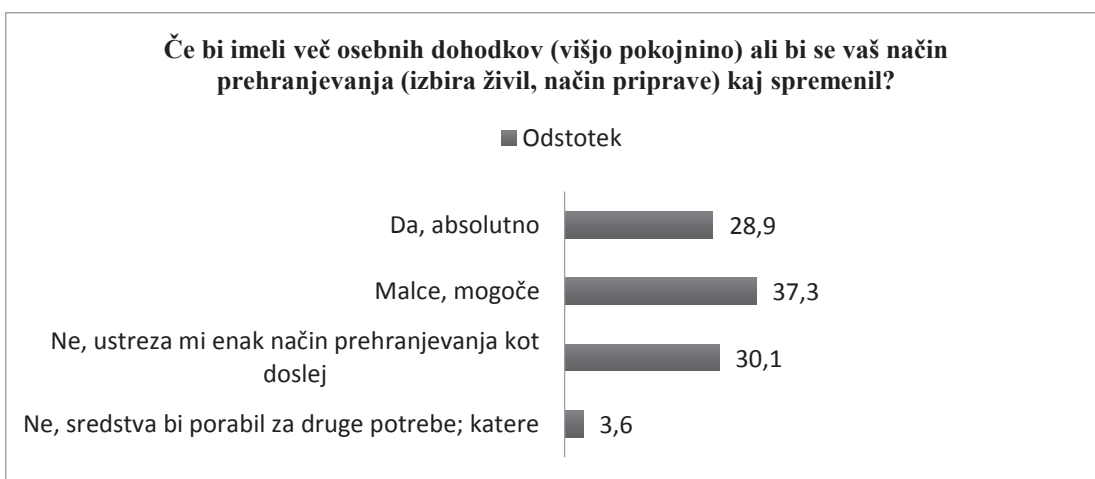
Legenda: n = število anketirancev, % = delež

Iz tabele 10 lahko razberemo odgovore anketiranih, in sicer, ali finančna sredstva vplivajo, kje in katero živilo bi kupili. 36 anketiranih (49,4 %) meni, da imajo premalo sredstev, zato kupujejo samo najbolj potrebno, 19 anketiranih (22,9 %) odgovarja, da finančna sredstva ne vplivajo, kje bodo kupili živila, vendar vseeno spremljajo cenovne akcije in tedaj tudi kupujejo živila. Izbrano trgovsko znamko oziroma spremljam cene in akcije ter kupujem samo tedaj je izbralo 14 anketirancev (10,8 %), za odgovor finančna sredstva ne vplivajo pri nakupu osnovnih živil pa se je odločilo 14 anketiranih (16,9 %).



Slika 7: Izbor živil pri nakupu

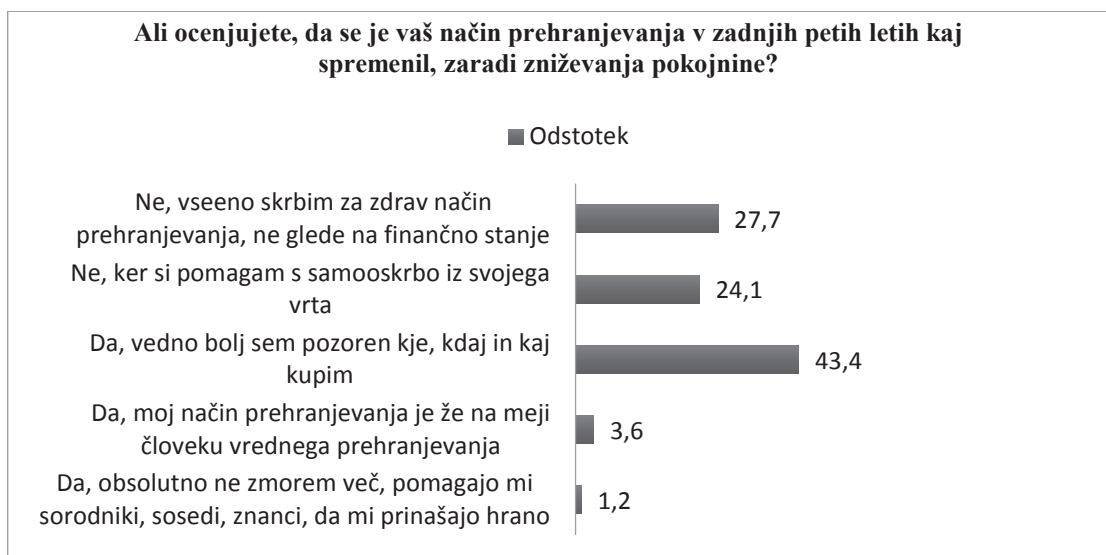
Slika 13 prikazuje podatke, kakšna živila v glavnem kupujejo anketirani. Največ, 71,2 %, se jih je opredelilo za sveža živila, 10,8 % anketiranim je vseeno (kar je ceneje), pri kombiniranem vprašanju se je opredelilo 8,4 % anketiranih, 3,6 odstotka anketiranih odgovarja, da kupuje sveža in vakuumirana ali sveža in globoko zamrznjena živila. Najmanj anketirancev, 1,2 %, kupuje samo pakirana v vakuumu ali pa samo zamrznjena na pol pripravljena živila.



Slika 8: Vpliv višje pokojnine na drugačen način prehranjevanja

Iz rezultatov v sliki 14 lahko ugotovimo, da bi 37,3 % anketiranih mogoče malo spremenilo način prehranjevanja, če bi imeli več osebnega dohodka, 30,1 % anketiranih

ne bi spreminjalo načina prehranjevanja, saj jim dosedanji način povsem ustreza. Absolutno bi spremenili dosedanji način prehranjevanja 28,9 % anketiranih, 3,6 % anketiranih pa bi večja finančna sredstva raje porabilo za druge potrebe, na primer za počitnice ali nakup športne opreme.



Slika 9: Sprememba načina prehranjevanja v zadnjih petih letih zaradi nižanja pokojnin

Rezultati v sliki 15 prikazujejo spremembo načina prehranjevanja v zadnjih petih letih zaradi nižanja pokojnin, ki je posledica ekonomskih varčevalnih ukrepov vlade Republike Slovenije. Največ anketiranih, 43,4 %, meni, da je vedno bolj pozorna, kje, kdaj in katera živila kupi. Na 27,7 % anketiranih ne vpliva nižanje pokojnin, za svoj zdrav način prehranjevanja skrbijo ne glede na finančno stanje. Nižanje pokojnin prav tako ne vpliva na 24,1 % anketiranih, ki menijo, da si pomagajo s samooskrbo živil s svojega vrta. Vpliv nižanja pokojnine pa vpliva na 3,6 % anketiranih: ti menijo, da je vpliv nižanja pokojnine že na meji človeku vrednega prehranjevanja. 1,2-odstotka anketiranih absolutno ne zmore več in jim pomagajo sorodniki, sosedi ali znanci, ko jim prinašajo hrano.

V kolikor bi anketirani imeli dovolj finančnih sredstev, bi se 73,5 % anketiranih ukvarjalo z vzgojo zelenjave in sadja še naprej na enak način kot doslej, 7,2 %

anketiranih se ne bi več ukvarjalo z vzgojo zelenjave in sadja, 6,1 % anketiranih meni, da bi se ukvarjali malo manj. 13,2 % anketiranih pa meni, da ne ve ali bi se ukvarjali z vzgojo zelenjave in sadja, če bi imeli dovolj oziroma več finančnih sredstev.

Značilne povezanosti odgovorov anketiranih starostnikov smo z demografskimi značilnostmi preverjali še s Pearsonovim koeficientom korelacije (p) in standardnim odklonom (SD). Strukture tabel so razdeljene na sklope raziskave.

Tabela 11: Zdravstveno stanje in prehranjevalne navade anketiranih starostnikov

| | Spol | Starost | Status | Izobrazba | Družbeni razred | Tip naselja |
|---------------------------|---------|---------|--------|-----------|-----------------|-------------|
| Zdravstveno stanje | 0,369* | -0,386* | | 0,264* | | |
| Skrb za zdravje | | | | | | |
| Razvade | -0,205* | | | | 0,270* | |
| Priprava obroka | -0,486* | 0,425* | | | | |

Legenda: * = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj ($p \leq 0,05$)

Tabela 15 kaže statistično značilne zveze med socialno demografskimi značilnostmi in zdravstvenim stanjem ter prehranjevalne navade anketiranih. Najpomembnejši dejavnik ohranjanja zdravja je spol. Ženske večinoma pripravljajo zdrave glavne obroke. Spolu po pomembnosti sledi starost: višja, kot je starost, bolj so anketirani odvisni od drugih (partnerja, svojcev) pri pripravi obroka in s tem povezanega zdravstvenega stanja. Statistično pomembno povezana sta tudi pokojnina in zdravstveno stanje: višja, kot je pokojnina, boljše je zdravstveno stanje anketiranih. Socialno demografske značilnosti kot so status, izobrazba, družbeni razred, in tip naselja so statistično manj pomembni pri zdravstvenem stanju in prehranjevalnih navadah anketiranih starostnikov.

Tabela 12: Samooskrba

| | Spol | Starost | Status | Izobrazba | Družbeni razred | Tip naselja |
|-----------------------------------|--------|---------|---------|-----------|-----------------|-------------|
| Zelenjavni vrt | | | | | -0,209* | 0,228* |
| Sadni vrt | | | -0,284* | | | |
| Razlog za ukvarjanje z vrtom | | | | | | |
| Shranjevanje živil kot samooskrba | 0,235* | | | | | 0,235* |
| Načini shranjevanja živil | 0,248* | | -0,222 | | | 0,239* |
| Privarčujem z samooskrbo | 0,256* | | -0,333* | | | 0,312* |
| Nabiranje v naravi | | -0,229* | | | | |

Legenda: * = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj ($p \leq 0,05$)

Tabela 16 prikazuje statistično značilne povezave med socialno demografskimi značilnostmi in samooskrbo kot način zmanjšati finančne stroške pri nabavi živil. Značilnosti povezanosti med spolom in shranjevanjem živil, način shranjevanja ter varčevalnosti je, da vsa opravila v glavnem izvajajo ženske kot glavne osebe v gospodinjstvu. Naslednja značilna statistična povezava je med tipom naselja in shranjevanjem živil, načinom shranjevanja ter varčevanja: anketirani, ki živijo na podeželju ali primestju, so bolj dejavni pri omenjenih spremenljivkah kot ostali živeči v mestu. Statistično značilna povezava med izobrazbo in med načinom shranjevanja ter privarčevalnosti s samooskrbo je, da manjša, ko je izobrazba, bolj so anketirani dejavni pri shranjevanju in konzerviranju živil, saj s tem prihranijo finančna sredstva. Socialno demografske značilnosti, kot so starost, status in pokojnina, so statistično manj pomembni pri samooskrbi anketiranih.

Tabela 13: Ekonomsko-socialno stanje

| | Spol | Starost | Status | Izobrazba | Družbeni razred | Tip naselja |
|--|---------|---------|---------|-----------|-----------------|-------------|
| Kje kupujete živila? | | | | 0,227* | | |
| Poraba za živila | | | | 0,345* | | |
| Vpliv finančnih sredstev na izbor živil | | | | | | |
| Kakšna živila kupujete? | | | | | | |
| Sprememba prehranjevanja ob višjih finančnih sredstvih | -0,228* | | | | 0,248* | |
| Sprememba prehranjevanja v zadnjih 5. letih | 0,228* | | | | -0,224* | |
| Ukvarjanje z vrtom v prihodnje | -0,209* | | 0,214* | | | |
| Odnos politike do upokojencev | | | -0,216* | | | |
| Pokojnina | -0,289* | -0,240* | | 0,726* | 0,377* | -0,400* |

Legenda: * = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj ($p \leq 0,05$)

Iz tabele 17 lahko razberemo statistično značilne zveze med socialno demografskimi značilnostmi in ekonomskim socialnim stanjem anketiranih. Pomembna statistično značilna zveza je med izobrazbo in izbiro trgovine ter višino sredstev za nakup živil, saj višja izobrazba predstavlja višja finančna sredstva za nakup živil in izbiro kvalitetnejših trgovin z izbranimi živili. Naslednja statistično značilna zveza je med pokojnino in sredstvi za nakup živil in spremembi prehranjevanja ob višjih finančnih sredstvih, kar pomeni, da je želja ob trenutnem stanju starostnikov želja po spremembi pri prehranjevanju, vendar za to potrebujejo višjo pokojnino. Statistično značilna zveza

med spolom in sprememba prehranjevanja v zadnjih petih letih ter sprememba prehranjevanja ob višjih finančnih sredstvih pove, da si ženske želijo sprememb v prehranjevanju, in sicer kot osebe, ki najpogosteje pripravljajo obroke. Naslednja značilno statistična zveza je med statusom in željo z ukvarjanjem z vrtom v prihodnje, kar pojasnjuje, da se zakonski pari anketiranih skupaj ukvarjajo z vrtom in si to želijo tudi v prihodnje. Socialno demografski značilnosti, kot sta starost in tip naselja, sta statistično manj pomembna pri ekonomsko socialnem stanju.

3.5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bili ugotoviti, kako ekonomski položaj starostnikov vpliva na prehranjevalne navade in kako skrbijo za lastno prehrambeno samooskrbo v občini Kamnik. Uporabili smo prilagojen vprašalnik po CINDI. Osredotočili smo se na lokalni Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, kjer smo s pomočjo patronažne službe, ambulant družinske medicine, referenčnih ambulant ter CINDI delavnic izvedli raziskavo. Želeli smo ugotoviti odnos starostnikov do zdravega prehranjevanja ter na kakšne načine, kljub pomanjkanju finančnih sredstev, vseeno obdržijo dokaj kakovostni režim prehrane.

V prvem sklopu smo preverjali demografske podatke anketiranih starostnikov v občini Kamnik. Dobljeni podatki so v povprečju primerljivi s strukturo prebivalcev, starejših od 65 let s Statističnim uradom Republike Slovenije, večjih izstopanj ni bilo. Po spolu prevladuje ženski spol, delež starejših od 65 let pa je v povprečju s podatki SURSA. Spolu po pomembnosti sledi izobrazba, družbeni razred je v povezavi z višino pokojnine, saj na pripadnost družbeni skupini vpliva višina pokojnine.

V drugem sklopu, ki se nanaša na zdravstveno stanje anketiranih, je naša raziskava pokazala višji odstotek obolenj obtočil, kar vključuje povišan krvni tlak, srčno-žilna obolenja (možganska kap in srčni infarkt), obolenja lokomotornega aparata (okvara hrbtenice in sklepov), večji odstotek pa predstavljata tudi sladkorna bolezen, povišan holesterol v krvi in depresija. Navedene bolezni in okvare se primerjajo s podatki Nacionalnega inštituta za zdravje (NIJZ), kjer so navedena obolenja in okvare v ospredju težav starostnikov z zdravjem. Zdravstveno stanje pa je povezano z spolom,

starostjo ter izobrazbo anketiranih, saj višja, kot je izobrazba, večje je zavedanje o zdravem načinu prehranjevanja in preprečevanju zdravstvenih težav. Tako se pojavljajo neenakosti v zdravju kot posledice razlik v socialno-ekonomskih izidih med družbenimi skupinami z različnimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki se lahko preprečijo. Neenakost se v zdravju pojavlja kot posledica slabih prehranjevalnih navad, nezadostne telesne dejavnosti, uživanje alkohola, kajenja in čezmerne telesne teže (Ministrstvo za zdravje, 2015).

V tretjem sklopu smo ugotavljali, kako se pripravljajo obroki kot osnova zdravega prehranjevanja, kjer prav tako vplivata spol in starost anketiranih. Obroke večinoma pripravljajo žene, stare od 65. do 70. leta starosti, ko imajo še dovolj znanja o zdravem načinu priprave obrokov in želje po zdravem prehranjevanju, kar pokaže tudi raziskava, saj ima večina anketiranih redne glavne obroke. Razvade anketiranih so pokazale, da pomembno vplivajo pri spolu in družbenemu razredu: nižji, kot je starostnik na družbeni lestvici, bolj pogosto se poslužuje nezdravih razvad.

V četrtem sklopu, kjer je bil poudarek na prehrambeni samooskrbi, smo ugotovili, da največji delež anketiranih živi na podeželju ali primestju, kjer so možnosti za ukvarjanje z zelenjavnim ali sadnim vrtom večje. Prav tako je raziskava pokazala statistično povezavo, da tip naselja prebivanja anketiranih vpliva tudi na shranjevanje živil kot način samooskrbe ter pridobitve bolj zdravih živil. Najbolj pogoste vrste zelenjave pri anketiranih so solatnice, korenje, peteršilj, fižol, česen, čebula, krompir, zelje, repa in začimbe. Sadno drevje predstavlja tipično slovensko izbiro: jabolka, hruške, češnje, slive, orehe in robidovje. Raziskava je pokazala statistično povezavo, da anketirani s samooskrbo (pridelovanjem zelenjave in sadja) privarčujejo finančna sredstva, kar predstavlja dodaten motiv za ukvarjanjem z gojenjem zelenjave in sadja. Za shranjevanje vrtnih pridelkov anketirani največkrat uporabljajo globoko zamrzovanje, vlaganje v kisu ali v gajbice v kleti kot želja bolj zdravega shranjevanja živil in tudi prihranka finančnih sredstev. Samooskrba starostnikov s podatki Nacionalnega inštituta za zdravje RS (Gregorič, et al., 2009) s pridobljenimi rezultati v naši raziskavi, primerjajo z zelo majhnimi odkloni pri preskrbi zelenjave in sadja v povprečju v Sloveniji. Prav tako v Resoluciji o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti ugotavljajo, da lokalno trajnostne oskrbe lahko pomembno vplivajo na

socialno ekonomski položaj prebivalcev, s čimer posredno znižujejo breme bolezni tako za posameznika kot za celotno družbo. Lokalno pridelana zelenjava in sadje pa imata pomembno višjo biološko vrednost zaradi neizpostavljenosti shranjevanju in transportu živil (Ministrstvo za zdravje, 2015).

V petem sklopu, kjer je pomemben ekonomsko-socialni položaj anketiranih starostnikov, smo ugotovili pomembnost finančnih sredstev, ko gre za izbiro nakupa osnovnih živil, višino sredstev za nakup živil ter kje bodo živila kupili. Čeprav se večina anketiranih starostnikov odloča za nakup osnovnih živil bolj previdno, jih večina redno spremlja cenovne akcije in kupuje samo tisto, kar potrebujejo; v višini okrog 30 evrov na teden se vendarle velika večina odloča za sveža živila. Pomembna statistična povezava med pokojnino, kot pomemben element finančnih sredstev in želji po spremembi načina prehranjevanja (izbira živil, način priprave) ob večjih finančnih sredstvih, bi anketirani zagotovo poskrbeli za boljše prehranjevanje in izbiro živil, s pridelavo zelenjave in sadja pa bi se velik delež anketiranih ukvarjal še naprej zaradi veselja in kot del telesne aktivnosti. Prav tako pokojnina statistično pomembno vpliva na anketirane zadnjih pet let, saj so vse bolj previdni pri izbiri in nakupu živil. Zaradi spremenjene višine pokojnine v zadnjih petih letih se vse več anketiranih starostnikov odloča za pridelavo zelenjave in sadja kot pomemben del samooskrbe, saj pri tem ocenjujejo, da privarčujejo finančna sredstva. Primerjava raziskave Nacionalnega inštituta za zdravje RS (Gregorič, et al., 2009) prav tako dokazuje povezavo med visoko stopnjo samooskrbe gospodinjstev v Sloveniji z zelenjavo in s sadjem kot zdravim načinom pridelave živil ter prihrankom finančnih sredstev.

Naša raziskava je pokazala, da je ekonomski pogled starostnikov na zdravje in prehranjevalne navade zaradi ekonomske krize in zmanjševanja pokojnine zelo odvisen od finančnih sredstev kot edinim virom dohodka. Finančna sredstva tako vplivajo na izbiro živil pri nakupovanju in povezanost z zdravjem anketiranih starostnikov. Rezultati raziskave pokažejo, da več kot tretjina anketiranih svoje zdravstveno stanje ocenjuje kot srednje, takoj za njimi pa tretjina kot slabo. Prav tako se več kot polovica anketiranih ne zna opredeliti kako skrbi za svoje zdravje. Lastna pridelava zelenjave in sadja kot del samooskrbe ima tako večslojni pomen. Najpomembnejši je prihranek finančnih sredstev za živila ob dejstvu, da je živilo sveže in vzgojeno brez zaščitnih

sredstev z vzgojo avtohtonih slovenskih sort zelenjave in sadja. Nakupovanje osnovnih živil v trgovinah se je v zadnjih petih letih spremenilo v tem, da precenijo, katero živilo bodo kupili in koliko bodo zanj zapravili. Kljub temu anketirani starostniki dajejo prednost nakupu svežih živil pred industrijsko konzerviranimi živili, ko kupujejo v trgovinah. Izbira trgovskih znamk in sledenje akcijam živil v trgovinah prav tako pripomore k zmanjšanju porabe finančnih sredstev za živila. Raziskava je pokazala, da v zadnjih petih letih spremenjeno ekonomsko stanje najbolj občutijo starostniki v nižjem, delavskem družbenem razredu, kar pa je tudi največja populacija anketiranih starostnikov v občini Kamnik.

Raziskava je bila omejena lokalno na občino Kamnik in Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, kjer se je pojavljala populacija starostnikov. Zanimivo bi bilo pridobiti in primerjati rezultate tudi z drugimi občinami po Sloveniji, kjer so drugačni socialni, ekonomski, demografski in zdravstveni podatki starostnikov, predvsem pa izvajati več raziskav o zdravstvenem, ekonomskem in socialnem stanju starejših v občini Kamnik. Raziskava je bila izvedena na vzorcu 83 starostnikov v občini Kamnik: tako dobljenih podatkov ne moremo posploševati na ostale občine in pokrajine Republike Slovenije.

4 ZAKLJUČEK

Z raziskavo v diplomskem delu smo s pomočjo prirejenega vprašalnika po CINDI Slovenije, last Nacionalnega inštituta za zdravje Republike Slovenije, Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, prišli do zaključka, kakšna je povezava ekonomsko-socialnega stanja starostnikov in prehranjevanja ter domače samooskrbe z živili v občini Kamnik. Rezultati raziskave so pokazali, da ekonomsko finančni vidik vpliva na izbiro in nakup osnovnih živil, saj v glavnem zajema nižji delavski družbeni razred, ki je socialno-ekonomsko najbolj občutljiv. Kupovanje svežih in kakovostnih živil je za številne starostnike, s povprečno pokojnino okrog petsto evrov, prevelik zalogaj in si jih težko privoščijo. S spremljanjem akcij živil in kupovanje v trgovinah, kjer so cene osnovnih živil nižje, je kakovost živil nezanesljiva. Z raziskavo smo tudi ugotovili, da finančna sredstva posredno vplivajo na zdravstveno stanje starostnikov, ko si vedno težje privoščijo pri nakupu bolj kvalitetna živila, saj predstavljajo višje finančno breme. Starostniki so namreč v obdobju življenja, ko se začnejo pojavljati degenerativne spremembe v telesu in potrebujejo bolj kvalitetna prehranska živila, prehranske dodatke in zdravila, katera so tudi doplačljiva, kar za starostnike predstavlja dodatno finančno breme. Starostniki z gojenjem zelenjave in sadja v domačem vrtu in shranjevanjem pridelanih živil, samooskrbo, privarčujejo precejšen znesek denarja. Čeprav ukvarjanje z zelenjavno-sadnim vrtom prav tako predstavlja določen strošek, na primer nakup semen, sadik, gnojila, orodja in navsezadnje tudi vode za zalivanje, se starostniki vseeno odločajo za lastno pridelavo živil, saj jim predstavlja še gibanje na zraku, komunikacijo s sovrstniki in hobi za sprostitev. Stroške z gojenjem zelenjave in sadja pa si starostniki zmanjšujejo z lastno vzgojo semen, uporabo komposta za gnojenje, zbiranjem deževnice za zalivanje ter sodelovanjem in izmenjavo semen in informacij.

Večji del anketiranih starostnikov bi potrebovalo več finančnih sredstev: tako bi si lahko izboljšali socialni standard, privoščili bolj zdravo hrano in boljše zdravstvene storitve.

5 LITERATURA

Brložnik, J., 2009. *Ekonomsko ogledalo. Umar XV (12)*. [online] Available at: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/eo/2009/eo1209.pdf [Accessed at 10 Marec 2016].

Cerović, O., Rotovnik Kozjek, N., & eds., 2008. *Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

European Commission, 2011. *The social dimension of the Europe 2020 strategy - A report of the Social Protection Committee*.

Gregorič, M., Gabrijelčič Mlekuš, M., & Rozman, U., 2009. *Prehrambene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Hlastan Ribič, C., 2014. *Pomen zelenjave v prehrani*. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Hlebec, V. et al., 2010. Socialna izključenost v številkah. In: M. Jogan & A. Kramberger, eds. *Samo da bo denar in zdravje: življenje starih revnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, p.p 27-30.

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: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 77-78.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012. *Z Zdravjem povezan vedenjski slog 2012-Vprašalnik*. Ljubljana: IVZ.

Ivanuša, M., 2012. Več zdravja za bolj polno življenje. *Za aktivno in bolj zdravo starost - Zbornik predavanj ob svetovnem dnevu zdravja*, pp: 5-8.

Laslett, P. 1987. The emergence of the third age. *Aging and society*, 7, pp. 133-160.

Lipar, T. 2011. Prehrana starejših ljudi. *Kakovostna starost*, 14(4), pp. 13-16.

Lis, K., 2009. *Health pro elderly : Na dokazih utemeljene smernice za promocijo zdravja starostnikov*. [online] Available at: http://www.healthproeldery.com/pdf/Smernice_za_promocijo_zdravja_pri_starostnikih_TISKOR_Predogled.pdf [Accessed 24 Marec 2015].

Mauk, K., 2006. *Gerontological nursing: competence for care*. Boston: Jones and Bartlett.

Ministrstvo za zdravje, 2013. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/uploads/media/Kriteriji_MZ_CPVO-2013.pdf [Accessed 10 Marec 2016].

Ministrstvo za zdravje, 2015. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2015/Resolucija_o_nac_programu_prehrane_in_tel_dejavnosti_jan_2015.pdf [Accessed 12 April 2015].

Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004. *OECD*. [online] Available at: <http://stats.oecd.org> [Accessed 10 April 2015].

Pandel Mikuš, R., & Poljšak, B., 2005. Funkcionalna hranila v zdravi prehrani. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(2), pp, 201-207.

Požar, B., 1996. Rehabilitacija v starejših letih. *Obzornik zdravstvene nege*, 30, pp. 33–36.

Ramovš, J., 2008. Sožitje z bližnjimi - odločilni okoljski dejavnik kakovostnega staranja. In: M. Bilban, eds. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2008, Zbornik prispevkov*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, pp, 188-197.

Ramovš, J., 2003. Strah pred starostjo in poti za njegovo premagovanje. *Kakovostna starost*, 6(1), pp, 35-40.

Reed, J., Stanley, D., & Clarke, C., 2004. *Health, well-being and old people*. London: The policy press.

Saražin Klemenčič, K., 2013. Premožensko stanje. In: J. Ramovš, ed. *Staranje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, p. 152.

Stanga, Z., 2009. Basic in clinical nutrition: Nutrition in the Elderly. *The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 4(6), pp, 289-299.

Statistični urad Republike Slovenije - SURS, 2012. [online]. Available at: <http://www.stat.si/obcinevstevilkah/Vsebina.aspx?leto=2012/id=60> [Accessed 28 Marec 2015].

Survey of Health, Aging and Retirement in Europe - SHARE, 2005. *Mannheim research institute of the economics of ageing* [online]. Available at: http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/SHARE_FirstResultsBookWave1.pdf [Accessed 10 Marec 2016].

Taylor, F., 2008. Eating disorders are not just a problem for the young. *Community Care Policy & Practice*, 12(3), pp. 31-33.

Tan, P., 2007. *Elderly concerns in the ICU*. [online] Available at: <http://www.thestar.com.my/health/story.asp?file=/2007/8/19/health/18592041&sec=health> [Accessed 28 Marec 2015].

Tanaka, H., 2006. Health Promotion in Elderly People. *International Journal of Sport and Health Science*, 4(2), pp. 303.

Trbanc, M., 1996. Socialna izključenost: koncept, obseg in značilnost. In: I. Svetlik, ed. *Kakovost življenja v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Ljubljana, pp. 287-310.

Turner, D., 1998. *The macroeconomic implications of aging in the global context*. Paris: OECD.

Voljč, B., 2012. Starost in izzivi dolgoživosti. In: D. Saje, ed. *Zbornik predavanj ob svetovnem dnevu zdravja*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, pp. 21-23.

World Health Organization (WHO), 2012. *World Health Day - Toolkit for event organizers* [online]. Available at: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/en/index.html> [Accessed 22 Marec 2015].

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, 2015. *ZPIZ*. [online] Available at: <http://www.zpiz.si/cms/?id=2&inf=481> [Accessed 10 April 2015].

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije, št. 96/2012.

Zurc, J., & Skela Savič, B., 2012. Razlike v življenjskem slogu starostnikov z vidika socialno-demografskih dejavnikov: presečna anketna raziskava v gorenjski regiji. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & I. Avberšek Lužnik, eds. *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv - 3. simpozij Katedre za temeljne vede: zbornik prispevkov z recenzijo, Begunje, 17. oktober 2012*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 94-96.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovana, spoštovani!

Sem Roman Dacar, študent Fakultete za zdravstvo Jesenice, kjer končujem izredni študij – smer Zdravstvena nega. Zaposlen sem v patronažni službi Zdravstvenega doma Kamnik. V okviru svojega diplomskega dela želim izvesti raziskavo Povezave med ekonomskim stanjem pri prehranjevanju in prehrambeni samooskrbi starostnikov v občini Kamnik pod mentorstvom prof. dr. Cirila Hlastan Ribič.

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kako ekonomsko stanje vpliva na prehranjevanje pri starostnikih in ali si lahko s samooskrbo prihranijo finančna sredstva. Vprašanja v vprašalniku se tako nanašajo na Vaš odnos do prehranjevanja in samooskrbe glede na Vaše ekonomsko stanje. Prosim Vas za iskrene odgovore na vprašanja, ki so pred Vami, saj bodo le tako pokazali verodostojnost rezultatov raziskave. Vprašalnik je anonimen, podatki bodo uporabljeni izključno samo za raziskovalne namene v okviru priprave diplomskega dela.

Za sodelovanje in pomoč se Vam že vnaprej zahvaljujem!

I. SKLOP (demografski podatki)

1. Spol:

- moški
- ženska

2. Leto rojstva:

19__ __

2.a V kateri občini živite?

- Občini Kamnik
- Občini Komenda

3. Ali ste trenutno:

- samski
- poročeni
- ovdoveli
- ločeni
- v zunajzakonski zvezi

4. Katera je vaša najvišja dosežena stopnja izobrazbe?

- nepopolna osnovnošolska izobrazba
- osnovnošolska izobrazba
- nižja ali srednja poklicna izobrazba
- srednja strokovna, splošna izobrazba
- višja strokovna izobrazba
- visokošolska univerzitetna izobrazba

5. Kateri družbeni skupini (sloj razreda) pripadate po svojem mnenju?

- čisto spodaj
- delavski
- srednji
- višji srednji

- zgornji
- ne vem

6. Kakšen je vaš mesečni dohodek – pokojnina?

- manj kot 250 eur
- več kot 300 eur
- okoli 500 eur
- okoli 700 eur
- več kot 900 eur

II. SKLOP (zdravstveno stanje)

7. Ali imate katero od navedenih bolezni ali stanj, ki jih je ugotovil zdravnik in za omenjeno bolezen imate predpisano zdravilo?

| | | | |
|---|---------|----------|---------------------|
| zvišan krvni tlak (več kot 140/90 mmHg) | DA imam | NE nimam | DA jemljem zdravila |
| zvišan holesterol (več kot 5mmol/l) | | | |
| sladkorno bolezen, diabetes | | | |
| prebolelo srčno kap, miokardni infar. | | | |
| srčno popuščanje | | | |
| možgansko kap | | | |
| bolezni in okvare hrbtenice | | | |
| bolezni sklepov (artritis, artroze) | | | |
| kronični bronhitis (KOPB) | | | |
| bronhialno astmo | | | |
| jetrno cirozo | | | |
| razjedo (ulkus) na želodcu ali dvanajstniku | | | |
| depresijo | | | |
| kakršnokoli kancerogeno obolenje (rak) | | | |
| | | | |

8. Kako ocenjujete svoje trenutno zdravstveno stanje?

- zelo dobro
- dobro
- srednje
- slabo
- zelo slabo

9. Kako skrbite za svoje zdravje?

- zelo dobro
- kar dobro
- bolj malo, premalo
- skoraj nič
- ne vem, kaj bi rekel
- menim, da ni potrebno

10. Ali imate katero od naštetih razvad?

- kajenje
- pitje alkohola
- drugo: _____

III. PREHRANJEVALNE NAVADDE

11. Kako pogosto uživate dnevne obroke – dnevno?

| | DA | NE | Približna ura obroka |
|---|----|----|----------------------|
| zajtrk | | | |
| dopoldanska malica | | | |
| kosilo | | | |
| popoldanska malica | | | |
| večerja | | | |
| priložnostni obrok (npr. pred televizorjem) | | | |

12. Ali si sami pripravljate glavne obroke (zajtrk, kosilo, večerjo) ?

- da

- ne; kdo: _____
- hodim sam v restavracijo, menzo, gostilno, zavod,....
- naročeno oziroma pripeljejo mi jo iz zavoda, restavracije, gostilne,...

13. Ali imate poseben režim prehranjevanja?

- ne
- da – dieto: _____ (kakšno)
- da: drugo: _____

IV. SKLOP (prehrambena samooskrba)

14. Kje stanujete?

- mesto
- primestje
- podeželje

15. Ali imate zelenjavni ali sadni vrt, za katerega skrbite in pridelujete zelenjavo, sadje?

- ne
- da ; velikost vrta _____ m² (približna ocena)

15.a. Zaradi česa se ukvarjate z vrtnikanjem? (možno več odgovorov)

- zaradi veselja kot hobi in kot del telesne aktivnosti
- zaradi pridobitve bolj zdravih živil – svežine, domača vzgoja rastlin
- zaradi samooskrbe kot del nujne potrebe

16. Katero zelenjavo po večini vzgajate na vašem vrtu? (možno več odgovorov)

- solatnice
- paradižnik, papriko
- krompir
- fižol

- zelje, repo
- korenje, peteršilj
- kolerabo
- brtstični ohrovt
- rdečo peso
- čebulo, česen
- začimbe
- drugo: _____

17. Ali imate sadni vrt?

- da
- ne

18. Katero sadno drevje vzgajate v vašem vrtu? (možno več odgovorov)

- jabolka
- hruške
- češnje
- slive
- orehe
- robidovje
- drugo: _____

19. Ali pridobljeno zelenjavo ali sadje shranjujete oziroma konzervirate kot del samooskrbe – ozimnica?

- ne
- da

20. Na katere načine konzervirate oziroma shranjujete vaše pridelke? (možno je več odgovorov)

- v gajbicah v kleti
- vlaganje (v kisu, kompot, marmelade)

- s sušenjem
- globoko zamrzovanje

21. Ali ocenjujete, da privarčujete, ko skrbite za samooskrbo iz svojega vrta?

- ne
- da
-

22. Ali nabirate v naravi:

- regrat
- čemaž
- hren
- zdravilne rastline
- drugo: _____

V. SKLOP (ekonomsko–socialni vpogled)

23. Kje kupujete osnovna živila (kruh, mleko, meso ...)? (možno več odgovorov)

- večinoma pridelamo doma
- na lokalni tržnici
- od lokalnih pridelovalcev
- v trgovinah, kjer je ceneje
- trgovskih centrih, marketih, ne izbiram znamke trgovin

24. Koliko sredstev približno porabite samo za živila pri enem nakupu, ki jih porabite v enem tednu

- do 10 eur
- do 20 eur
- do 30 eur
- več kot 50 eur

25. Ali menite, da vaše finančno stanje vpliva, kje in katero prehrambeno živilo boste kupili? (možno več odgovorov)

- ne
- ne, vendar vseeno spremljam cenovne akcije in ob akcijah tudi kupujem
- da, imam premalo sredstev, zato kupujem samo tisto kar potrebujem
- da, imam izbrano trgovsko znamko, spremljam cene in akcije ter kupujem samo v njem

26. Kakšna živila v glavnem kupujete?

- sveža
- zamrznjena, na pol pripravljena
- konzervirana v pločevinkah
- pakirana v vakuumu
- vseeno mi je, kar je cenejše

27. Če bi imeli več osebnih dohodkov (višjo pokojnino), ali bi se vaš način prehranjevanja (izbira živil, način priprave) kaj spremenil?

- da, absolutno
- malce, mogoče
- ne, ustreza mi enak način prehranjevanja kot doslej
- ne, sredstva bi porabil za druge potrebe; katere: _____

28. Ali ocenjujete, da se je vaš način prehranjevanja v zadnjih petih letih kaj spremenil zaradi zniževanja pokojnine?

- ne, vseeno skrbim za zdrav način prehranjevanja, ne glede na finančno stanje
- ne, ker si pomagam s samooskrbo iz svojega vrta
- da, vedno bolj sem pozoren kje, kdaj in kaj kupim
- da, moj način prehranjevanja je že na meji človeku vrednega prehranjevanja
- da, absolutno ne zmorem več, pomagajo mi sorodniki, sosedi, znanci, da mi prinašajo hrano

29. Kakšen se vam zdi odnos slovenske politike do ekonomskega stanja upokoјencev?

- izredno slab
- slab
- dober
- zelo dober

30. Ali bi se, če imeli dovolj finančnih sredstev, še naprej ukvarjali z vrtilkanjem in sadjarjenjem enako intenzivno kot doslej?

- da
- malo manj
- ne
- ne vem

V kolikor Vas rezultati raziskave, pri kateri ste ravnokar sodelovali zanimali, bomo po opravljeni raziskavi poslali vpogled njene rezultate in njihovo interpretacijo.