

**Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo**

Katarina Cesar

ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG IN STARANJE

Magistrsko delo

Ljubljana, 2020

**Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo**

Katarina Cesar

ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG IN STARANJE

Magistrsko delo

**Mentor: doc. dr. Liljana Rihter
Somentor: doc. dr. Branko Gabrovec**

Ljubljana, 2020

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici doc. dr. Liljani Rihter in somentorju doc. dr. Branku Gabrovcu za vso strokovno pomoč, potrpežljivost in podporo.

Posebej se želim zahvaliti družini, ki verjame vame in mi nenehno pomaga pri uresničevanju ciljev.

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Tako v literaturi, v vsakodnevnem življenju kot tudi med intervjuvanjem starih ljudi v sklopu sodelovanja pri raziskavi Model za staranje starejših v domačem bivalnem okolju v Sloveniji, ki je potekala na Fakulteti za družbene vede (Univerza v Ljubljani) v sodelovanju z Urbanističnim inštitutom Republike Slovenije, sem zaznala, da zdravstvene težave oziroma posledice preteklih zdravstvenih težav (npr. neustrezno zaceljen zlomljen kolk) pomembno vplivajo na življenje starih ljudi. Namen mojega magistrskega dela je ugotoviti, kako na temo skrbi za svoje zdravje gledajo stari ljudje, ali imajo možnosti za zdrav življenjski slog, ali si ga lahko privoščijo, ali je njihovo okolje temu naklonjeno in temu prilagojeno, ali imajo interes posvečati pozornost svojemu zdravju in na kakšen način mogoče to že počno. Ugotoviti želim posameznikovo oceno zdravja, prisotnost bolezni in zdravstvenih težav, oceno dejavnikov, ki po mnenju anketiranih najbolj vplivajo na njihovo zdravje, zanima me ali posvečajo kakšno posebno pozornost svojemu zdravju oziroma ali s svojim življenjskim slogom vplivajo na pomembne dejavnike zdravja, ali si želijo ukrepov na področju zdravja, kako ocenjujejo potrebo po ukrepih ipd. Rezultati raziskave lahko pripomorejo k sistematičnim ukrepom za preprečevanja zdravstvenih stanj, ki povzročajo odvisnost posameznika od drugih oseb. Prispevajo lahko k ustrežnejšemu, na podlagi interesa ljudi utemeljenem promoviranju zdravega življenja. Pripomorejo lahko k oblikovanju aktivnosti in podpornih služb, ki bi skrbele za učinkovitejšo preventivno skrb za zdravje, k oblikovanju zakona o dolgotrajni oskrbi, kjer bi posebno skrb namenili temu, da bi s pomočjo preventivne skrbi za zdravje zmanjšali število posameznikov, ki bi storitve dolgotrajne oskrbe sploh potrebovali. Raziskava, ki sem jo izvedla, je empirična, kvantitativna in deskriptivna. Uporabljen merski instrument za zbiranje empiričnih podatkov, je strukturiran anketni vprašalnik. Populacijo raziskovanja predstavljajo osebe stare 65 ali več let, ki živijo v Sloveniji v obdobju med 15.4.2019 in 15.1.2020. Enoto raziskovanja sem izbrala na podlagi neslučajnostnega vzorčenja, vzorec je priložnostni, metoda vzorčenja pa metoda snežne kepe. Pridobila sem 209 izpolnjenih anketnih vprašalnikov, prišlo pa je do 20,61 % osipa. Empirične podatke sem zbirala z anketiranjem. Zbrane podatke sem obdelala kvantitativno, s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel in s statističnim programom IBM SPSS v. 21,0. s $p < 0,05$ stopnjo značilnosti. Analizirani pa so bili z opisno statistiko, korelacijo in testi za testiranje hipotez s hi-kvadrat preizkusom. Anketirani v največji meri ocenjujejo svoje zdravje kot zadovoljivo, najpogosteje so mnenja, da na njihovo zdravje vpliva starost. V povprečju ima vsak izmed anketiranih 4,23 bolezni/zdravstvenih težav, sicer pa so večinskega mnenja, da s svojim ravnanjem lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje. Izkazalo se je, da ima velika večina anketiranih »zdrav življenjski slog«. Ocenjujejo, da so jim zdravstvene storitve lahko dostopne. Najbolj pogosto se anketirani v povprečju ukvarjajo z gibalno aktivnostjo 2x na teden, to najpogosteje počno sami do 10 ali do 30 minut. Največ anketiranih ima na voljo 1-2 osebi, na kateri se lahko v vsakem trenutku obrne po pomoč. Najpogosteje so izrazili, da so s svojim življenjem »zadovoljni«. Med anketiranimi je bilo največ takih, ki spadajo v kategorijo starih 65-74 let, po večini so srednje izobraženi, s svojimi sedanjimi prihodki pa ravno še shajajo. Ocenjujejo, da bi za bolj zdrav način življenja potrebovali več finančnih sredstev. Bolj zdravega načina življenja in dejavnosti povezanih s tem si želijo v povprečju v srednji meri. Na podlagi rezultatov predlagam več brezplačnih ali vsaj cenejših aktivnosti namenjenih ohranjanju zdravja za stare ljudi, širjenje informiranosti o možnosti izvajanja raznih aktivnosti in ukrepov v domačem okolju, posredovanje novih idej, spodbujanje k udeležanju zdravega življenjskega sloga, informiranje o načinih preprečevanja tveganj za pojav nenalezljivih bolezni značilnih predvsem za stare ljudi oziroma za zmanjševanje njihovih simptomov, vključitev medijev za širjenje pozitivnega vrednotenja starosti, letno izdelava brošure za posamezna območja s pregledom aktivnosti, ki so na voljo starim ljudem v njihovi okolici, osebno načrtovanje, medvrstniška pomoč, nadaljnje raziskovanje.

Ključne besede: demografske spremembe, staranje prebivalstva, zdravje, zdrav življenjski slog, socialno delo s starimi ljudmi

SUMMARY AND KEYWORDS

Both in literature, in everyday life and during interviews of elderly people as part of the research Model for the aging of the elderly in the home environment in Slovenia, which took place at the Faculty of Social Sciences (University of Ljubljana) in cooperation with the Urban Institute of the Republic of Slovenia, I have noticed that health problems or the consequences of past health problems (e.g. an „older people view the issue of caring for their health, whether they have opportunities for a healthy lifestyle, whether they can afford it, whether their environment is favourable and adapted to it, whether they are interested in paying attention to their health and in what way they might already be doing it. I want to find out an individual's assessment of health, the presence of diseases and health problems, assessment of factors that, in the respondents' opinion, most affect their health. I am interested in whether they pay special attention to their health or whether their lifestyle influences important health factors; whether they expect some measures to be taken in the field of health or how they assess the need for measures, etc. The results of the research can contribute to systematic measures to prevent health conditions that cause an individual to become dependent on other people. They can contribute to a more appropriate, interest-based promotion of healthy living. They can help to create activities and support services that would take care of more effective preventive health care, to form a law on long-term care, where special care would be taken to reduce the number of individuals who would need long-term care services at all. The research I conducted is empirical, quantitative and descriptive. The measurement instrument used to collect empirical data is a structured survey questionnaire. The research population consists of persons aged 65 or more living in Slovenia in the period between 15 April 2019 and 15 January 2020. I selected the research units on the basis of non-random , convenience sampling and the sampling method is the snowball method. I obtained 209 completed questionnaires and 20.61% dropped out. I collected empirical data through surveys. I processed the collected data quantitatively, using the computer program Microsoft Excel and the statistical program IBM SPSS v. 21.0. with $p < 0.05$ degree of characteristics. However, they were analysed by descriptive statistics, correlation and tests to test hypotheses with a hi-square test.

Respondents assess their health mostly as satisfactory, most often they are of the opinion that their health is affected by age. Respondents generally agree that their actions can affect their health condition. It turned out that the vast majority of respondents have a "healthy lifestyle". They estimate that health services are easily accessible to them. Most often, respondents engage in physical activity twice a week on average, most often they do activities alone for up to 10 or 30 minutes. Most respondents have 1 or 2 people available who they can turn to for help at any time. They most often expressed that they were "satisfied" with their lives. Among the respondents, most of them belong to the category of 65-74 years of age, most of them are middle-educated, and they are still struggling with their current income. They estimate that more financial resources would be needed for a healthier lifestyle. They want a healthier lifestyle and related activities to a certain extent.

Based on the results, I suggest several free or at least cheaper activities that would help to maintain health for the elderly. I also recommend other ideas such as spreading information about the possibility of implementing various activities and measures in the home environment, providing new ideas, promoting a healthy lifestyle, informing about ways to prevent risks of non-contagious diseases which are common mainly for older people or for reducing their symptoms, the involvement of media to spread positive evaluation of age, annual publication of brochures for individual areas with an overview of activities available to elderly people in their surroundings, personal planning, peer support, further research.

Key words: demographic change, population aging, health, healthy lifestyle, social work with older people

VSEBINA

1. TEORETIČNI DEL.....	1
1.1 Demografske spremembe.....	1
1.2 Opredelitev starosti	3
1.3 Demografske spremembe in dolgotrajna oskrba	4
1.4 Zdravje.....	6
1.5 Zdrav življenjski slog.....	10
1.5.1 Gibalna aktivnost.....	11
1.5.2 Prehrana	14
1.5.3 Uživanje alkoholnih pijač	19
1.5.4 Kajenje.....	20
1.6 Starostna krhkost.....	21
1.7 Aktivno staranje	23
1.8 Socialno delo s starimi ljudmi.....	24
1.8.1 Usmeritev delovanja socialnega dela s starimi ljudmi	26
1.8.2 Načela socialnega dela s starimi ljudmi.....	27
1.8.3 Metode socialnega dela s starimi ljudmi.....	28
2. PROBLEM.....	32
2.1 Formulacija problema	32
2.2 Hipoteze	33
3. METODOLOGIJA	34
3.1 Vrsta raziskave	34
3.2 Merski instrument	35
3.3 Populacija	36
3.4 Zbiranje empiričnega gradiva	37
3.5 Obdelava in analiza podatkov	39
4. REZULTATI	40
5. RAZPRAVA IN SKLEPI.....	56
6. PREDLOGI	70
7. SEZNAM VIROV	76
8. PRILOGE.....	89
8.1 Anketni vprašalnik.....	89
8.2 Točkovanje indeksa zdravega življenjskega sloga	84
8.3 Statistična obdelava kvantitativnih podatkov	85

KAZALO GRAFOV

Graf 4.1: Samoocena zdravstvenega stanja anketiranih	40
Graf 4. 2: Ocena anketiranih o vplivu nekaterih dejavnikov na zdravje.....	40
Graf 4.3: Zdravstvene težave anketiranih	41
Graf 4.4: Mnenje anketiranih o možnosti samovplivanja na svoje zdravstveno stanje	42
Graf 4.5: Odgovori na posamezen sklop indeksa zdravega življenjskega sloga	42
Graf 4.6: Indeks zdravega življenjskega sloga	43
Graf 4.7: Viri anketiranih za pridobivanje nasvetov o izboljšanju/ohranjanju zdravja	44
Graf 4.8: Upoštevanje nasvetov za ohranjanje/izboljšanje zdravstvenega stanja, ki jih anketirani prejmejo	44
Graf 4. 9: Dostop anketiranih do zdravstvenih storitev.....	45
Graf 4.10: Pogostost ukvarjanja z gibalno aktivnostjo, ki jo anketirani izvajajo	45
Graf 4.11: Trajanje izvajanja gibalne aktivnosti, ki jo anketirani izvajajo	46
Graf 4.12: Način dostopanja h gibalni aktivnosti, ki jo anketirani izvajajo	46
Graf 4.13: Način dostopanja h gibalni aktivnosti, ki jo anketirani izvajajo (anketirani, ki so podali dva odgovora).....	47
Graf 4.14: Število ur, ki jih anketirani dnevno presedijo	47
Graf 4.15: Število oseb, ki so anketiranim v vsakem trenutku na voljo za pomoč	48
Graf 4.16: Pogostost druženja anketiranih z drugimi osebami	48
Graf 4.17: Zadovoljstvo anketiranih z njihovim življenjem.....	50
Graf 4.18: Spol anketiranih	50
Graf 4.19: Starost anketiranih	51
Graf 4.20: Izobrazba anketiranih.....	51
Graf 4.21: Finančno stanje anketiranih	52
Graf 8.3.1: Ocena zdravstvenega stanja, glede na finančno stanje	109

KAZALO TABEL

Tabela 3.1: Spremenljivke, indikatorji, modalitete	34
Tabela 4.1: Želje, potrebe in predlogi	49
Tabela 4.2: Hipoteze in rezultati testiranja hipotez	52
Tabela 8.2.1: Točkovanje indeksa zdravega življenjskega sloga	84
Tabela 8.3.1: Število manjkajoči odgovorov pri posameznemu vprašanju	95
Tabela 8.3.2: Kontingentna tabela povezanosti spremenljivk ocena zdravstvenega stanja (V1) in finančno stanje (V27)	96
Tabela 8.3.3: Hi kvadrat ocene zdravstvenega stanja glede na finančno stanje	96
Tabela 8.3.4: Korelacije med spremenljivkama »ocena zdravstvenega stanja« in »na koliko poznanih oseb se lahko v vsakem trenutku obrnete po pomoč«	97
Tabela 8.3.5: Kontingenčna tabela povezanosti spremenljivk »ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje« in »zaključena izobrazba«	98
Tabela 8.3.6: Hi kvadrat test spremenljivk »ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje« in »dosežena stopnja izobrazbe«	98
Tabela 8.3.7: Preverjanje normalne porazdeljenosti z uporabo Kolmogorov-Smirnovskega testa	99
Tabela 8.3.8: Skupinske statistike ocene »zadovoljstvo s svojim življenjem« in »ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje«	99
Tabela 8.3.9: Povprečni rangi ocene »zadovoljstvo s svojim življenjem«, glede na »ali menite, da s svojim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje«	100
Tabela 8.3.10: Testne statistike pri preverjanju hipoteze 4	100
Tabela 8.3.11: Komlogorov Smirnov test normalne porazdeljenosti števila bolezni glede na pogostost izvajanja gibalnih aktivnosti	101
Tabela 8.3.12: Opisne statistike skupnega števila bolezni/zdravstvenih težav glede na gibalne aktivnosti	101
Tabela 8.3.13: Komlogorov Smirnov test normalne porazdeljenosti števila bolezni glede na spremenljivke zdravega življenjskega sloga in Mann-Whitneyev test	102
Tabela 8.3.14: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na količino kajenja in Mann-Whitneyev test	102
Tabela 8.3.15: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na količino uživanja alkohola in Mann-Whitneyev test	103
Tabela 8.3.16: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na količino izvajanja gibalnih aktivnosti in Mann-Whitneyev test	103
Tabela 8.3.17: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na količino dnevno zaužitih obrokov	104
Tabela 8.3.18: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na ustreznost telesne teže	104
Tabela 8.3.19: Kontingenčna tabela povezanosti kajenja, uživanja alkoholnih pijač, izvajanja in trajanja gibalnih aktivnosti, števila zaužitih dnevnih obrokov in samoocene telesne teže, glede na spol	105
Tabela 8.3.20: Korelacija med spremenljivkama »seznanjenost s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja v moji bližini« in »starost«	107
Tabela 8.3.21: Kontingenčna tabela povezanosti ocene zdravstvenega stanja, glede na to kako pogosto se anketirani družijo z drugimi osebami	107
Tabela 8.3.22: Hi kvadrat test pri preverjanju hipoteze 6	108
Tabela 8.3.23: Izvorna tabela več hkratnih odgovorov 1	109

Tabela 8.3.24: Izvorna tabela več hkratnih odgovorov 2	111
Tabela 8.3.25: Izvorna tabela več hkratnih odgovorov 3	112
Tabela 8.3.26: Izvorna tabela več hkratnih odgovorov 4	113
Tabela 8.3.27: Izvorna tabela več hkratnih odgovorov 5	115

1. TEORETIČNI DEL

1.1 Demografske spremembe

Po celem svetu, predvsem pa v razvitih državah sveta, se pričakovana življenjska doba podaljšuje (Toth, 2009, str. 9), pravimo, da »družba postaja dolgoživa« (Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, 2017b). Leta 2012 je v Sloveniji veljalo, da je pričakovana življenjska doba za ženske 83,3 leta, za moške pa 77,1 leto. Od 35 evropskih držav se je leta 2012 Slovenija glede na pričakovano življenjsko dobo žensk uvrščala na 16. mesto skupaj z Nemčijo. Glede na pričakovano življenjsko dobo moških pa se je uvrstila na 21. mesto, (na prvem mestu je bila Islandija z 81,6 pričakovanih let, Litva pa na zadnjem s povprečno pričakovano življenjsko dobo moških 68,4 leta) (Filipovič Hrast, 2018). Povprečna pričakovana življenjska doba se v času dveh do štirih let podaljša za eno leto (Toth, 2009, str. 9). Tako Filipovič Hrast in Hlebec (2015), Toth (2009) kot Urad za makroekonomske analize in razvoj (b.d.) ter še mnogi drugi (Mali in Ovčar, 2010; Mali, 2013; Mali, 2014; Mali, 2017, str. 233) ugotavljajo, da je vedno daljša življenjska doba ljudi posledica napredka in razvoja v družbi in gospodarstvu. Bolj kot je država gospodarsko razvita, izrazitejši je trend podaljševanja življenjske dobe (Toth, 2009). Filipovič Hrast in Hlebec (2015) pa se ne osredotočita zgolj na gospodarstvo kot tako, ampak poudarita predvsem pomen napredka v zdravstvu in kakovosti življenja. Vertot (2010) posebej poudari še pomen izboljšanja socialnih razmer. To so pomembni dejavniki, ki so v veliki meri odgovorni za zmanjševanje umrljivosti in podaljševanje življenjske dobe.

Tisto kar je ključno, da se neka družba ohrani, je njena rodnost. Velik porast rodnosti v Sloveniji je bil značilen za obdobje po koncu druge svetovne vojne. Takrat se je rodilo približno 30.000 otrok letno. Začetek osemdesetih let pa je pomenil začetek upadanja rodnosti, ki je svoj višek dosegel med letoma 1998 in 2004, ko se je letno rodilo le okoli 17.000 otrok. Od leta 2004 pa se število rojenih otrok letno giba malo nad 20.000. To pomeni, da se na eno žensko rodi povprečno 1,5 otroka. Če bi želeli, da se bi prebivalstvo v Sloveniji obnavljalo, pa bi ženska morala v povprečju roditi 2,1 otroka (Novak, b.d.).

Podaljševanje življenjske dobe oziroma zmanjšanje smrtnosti in zmanjševanje stopnje rodnosti so dejavniki, ki pomembno vplivajo na starostno strukturo prebivalstva in s tem posledično na staranje prebivalstva. Proces za katerega je značilno spreminjanje starostne sestave prebivalstva na način višanja deleža starih ljudi, se imenuje staranje prebivalstva oziroma demografsko staranje (Filipovič Hrast, 2018; Vertot, 2010).

Evropa je kontinent, za katerega velja, da na njem živeče družbe najhitreje starajo. Slovenija spada v sam vrh hitro starajočih se družb (Voljč, 2017). Tako demografske spremembe za Slovenijo niso nekaj ne poznane, nekaj oddaljenega in nekaj iz prihodnosti, ampak se naraščanje deleža starejšega prebivalstva že dogaja (Ministrstvo za zdravje, b.d.). Ne narašča samo število 65 – letnikov, ampak tudi tistih, ki so stari 80 ali več let (Ministrstvo za zdravje, b.d.; Toth, 2009). Delež oseb, ki so stare 65 ali več let, se v zadnjih letih postopno zvišuje. Leta 1997 je ta skupina ljudi predstavljala 12,9 %, v letu 2007 15,9 %, leta 2013 pa že 17,1 %. V šestnajstih letih je torej ta delež narastel za 4,2 % (Filipovič Hrast in Hlebec, 2015). V Sloveniji je trenutno približno 95,000 ljudi, ki so dopolnili 80 ali več let. Napovedi kažejo, da se bo leta 2060 to število zvišalo za 155,000 (B.M., 2018), kar pomeni, da bo kar 30 odstotkov prebivalcev v tem času starih več kot 65 let (Jacović, 2017). Tudi številni drugi avtorji (Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji, 2008; Filipovič Hrast in Hlebec, 2015; Kajzer in Fajić, 2016) opozarjajo na to, da se bo delež starega prebivalstva v prihodnjih letih še okrepil, proces staranja prebivalstva pa bo še intenzivnejši.

Demografskega staranja ne smemo razumeti kot težavo sodobne družbe, ampak kot dosežek, ki je posledica uspešnega družbenega razvoja (Drole idr., 2015; Toth, 2009). Prinaša pa staranje prebivalstva posledice in izzive, ki vplivajo na individualno raven, na raven države in na raven družine ter skupnosti. Ker na posledice staranja prebivalstva trenutno nismo pripravljeni, o tem pogosto govorimo z negativnim prizvokom (Filipovič Hrast in Hlebec, 2015). Zanimivo je, da je vrhunec uspeha človekovega razvoja v zadnjem stoletju hkrati tudi glavni izziv tega stoletja (Kerbler, 2015b). Težava je predvsem v nepripravljenosti družbenih okolij na zagotavljanje pomoči osebam, ki zaradi starosti določenih opravil ne morejo več opravljati same (Toth, 2009). To bo prišlo še posebej do izraza, ko bo vedno manj sposobnih za izvajanje neformalne oskrbe, hkrati pa bo naraščalo število tistih, ki bodo odvisni od pomoči druge osebe (Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji, 2008). Demografske spremembe tako takoj zahtevajo odzive politik na različnih področjih, kot je na primer socialnovarstveno področje, predvsem pa ukrepe glede prilagoditve okolja in storitev, ki so namenjene starim ljudem (Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, 2017a). Vlada Republike Slovenije je z namenom lažjega spopadanja z demografskimi spremembami, 20. 7. 2017 sprejela Strategijo dolgožive družbe (Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, 2017b). Vizija Strategije dolgožive družbe je v tem, da je potrebno vzpostaviti družbo in sisteme, v katerih bo vsem zagotovljena blaginja in kakovost življenja. Strateški cilji, ki naj bi vodili k uresničitvi vizije, so trije. Podlaga zanje so stanja in spremembe demografske strukture prebivalstva. Prvi cilj je namenjen zagotovitvi blaginje vsem generacijam. Poudarek je na zagotovitvi možnosti dostojnega in varnega bivanja v domačem okolju. Drugi cilj poudarja možnost izbire. Vse generacije

naj bi v skladu s svojimi željami bile vključene v ekonomsko, družbeno, socialno in kulturno življenje. Poudarjeno je medgeneracijsko sobivanje.

Tretji cilj pa določa prizadevanje ohranjanja in izboljšanja telesnega ter duševnega zdravja vseh generacij (Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, 2017b).

1.2 Opredelitev starosti

Slovar slovenskega knjižnega jezika pojem »starost« opredeli kot »dobo v človeškem življenju od zrelih let do smrti«. Pojem »star« pa se nanaša na nekoga, »ki je v zadnjem obdobju življenja« oziroma nekoga, »ki ima razmeroma veliko let« (Fran, slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, b.d.).

Glede tega kdo je star, nimamo enotne oziroma univerzalne definicije. Definicija med državami ni poenotena, pogosto tudi znotraj same države uporabljamo različne definicije v različnih situacijah (Vertot, 2010). Filipovič Hrast (2018) poudarja, da je meja, ki opredeljuje nekoga kot starega, družbeno konstruirana in odvisna od konteksta.

Tako ločimo 3 vrste starosti (Mali, 2002):

1. kronološka starost – njena definiranost velikokrat bolj služi družbi kot pa posameznikom. S postavitvijo meje glede na kronološko starost se predpisujejo določena pravila, na primer višina upokojitvene starosti, pogoj ki mora biti izpolnjen na podlagi starosti za sprejetje v katero izmed institucij ipd. Kronološka starost ni osebna;
2. funkcionalna starost – sestavljajo jo biološka, psihična in socialna starost. Funkcionalna starost je tista, ki poudarja, da je starost človeka pogojena z njegovim počutjem. Zaradi tega je ta starost odločilna v posameznikovem življenju. Funkcionalna starost je objektivno ocenjeno stanje posameznika z neko določeno kronološko starostjo;
3. doživljajska starost – je pogojena z osebnim doživljanjem svoje starosti.

Na podlagi družbenega predpisovanja primerne čustvovanja in izražanja čustev mnogokrat stari ljudje svojo starost doživljajo slabše, kot pa se počutijo v resnici (se počutijo starejše). Tako pogosto med sabo trčijo pričakovane vloge in čustva predpisana s strani družbe in z individualnim občutenjem starosti starih ljudi, ki mnogokrat ni enako družbeno pogojeni starosti. Navzven lahko človek »zgleda« kot star človek, njegova čustva pa niso skladna s pričakovanji družbe. Če ima nekdo sive lase, se počasneje giba, in je starejši od 60 let, to še ne pomeni, da se dojema kot star in da ga

zaradi tega pesti osamljenost, depresija in nostalgija (kar je pogosto pričakovanje vezano na življenje starih ljudi) (Mali, 2002).

Starost se meri z leti, glede na to pa družba postavi mejo, ki nekoga opredeljuje kot starega (Filipovič Hrast in Hlebec, 2015). Starostna meja, ki človeka opredeljuje kot starega, je pogosto določena na podlagi starosti, pri kateri se lahko upokojimo oziroma postanemo po prepričanju mnogih pasivni (Vertot, 2010). Ko govorimo o demografskih spremembah se v Sloveniji za mejo, ki označuje človeka kot starega, uporablja meja 65 let (Filipovič Hrast in Hlebec, 2015; Maličič, 2006, kot navedeno v Kerbler, 2015a).

1.3 Demografske spremembe in dolgotrajna oskrba

Demografske spremembe, posledične težave vezane na vzdržnost zdravstvenega in oskrbovalnega sistema ter želja ljudi, da bi kar se da dolgo živeli neodvisno v domačem okolju, so ključni razlogi za to, da premislimo in poiščemo možne rešitve, ki bi vplivale na boljšo kakovost življenja starih ljudi (Mali, 2019). Pomembno je torej vprašanje, kako se izogniti prezgodnjemu institucionalnemu varstvu ter starejšim omogočiti zdravo in aktivno staranje.

Države po večini svojo pozornost strategiji za dolgotrajno oskrbo posvečajo šele v zadnjih letih. Eden izmed glavnih fokusov je na pospeševanju oskrbe v domačem okolju in na razvoju institucionalne oskrbe (Pahor, Domanjko in Hlebec, 2011, str. 145, 146). Želja mnogih je, da bi starost preživel v domačem bivalnem okolju. Pogostokrat pa se zgodi, da potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih opravil, saj jih sami ne zmorejo več opraviti. Ker so bližnji velikokrat prezaposleni in ustrezne pomoči ne zmorejo nuditi, ne preostane drugega kot, da se obrnejo na institucionalno oskrbo ali oskrbo, ki je dostopna na domu (Vilčnik, b.d.). Rafaelič in Nagode (2012) ugotavljata, da je oskrba v skupnosti še vedno pomanjkljiva. Dolgotrajna oskrba trenutno ogromno uporabnikom ne daje možnosti, da bi ostali doma, kolikor dolgo bi si to želeli. Zaradi pomanjkljive skupnostne oskrbe so običajno tisti, ki potrebujejo 3 ali več ur dnevne pomoči in pomoč pri koordinaciji storitev, prisiljeni v uporabo institucionalnega varstva. V letu 2004 so se ljudje, ki so se vselili v dom za stare ljudi, za selitev odločili iz zdravstvenih razlogov, tako je bilo v kar 76 % odločitev. V 16, 7 % so na odločitev vplivali socialni ali osebni razlogi in v 7,3 % starostni (Turk, 2004, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010).

Drole idr. (2015) se strinjajo, da več kot je starih ljudi, več je v družbi takšnih, ki morajo biti za opravljanje osnovnih dnevnih opravil deležni tuje pomoči. Takšnih je 3,5 % med tistimi, ki so stari okoli 65 let, približno 20 % pa med tistimi, ki so stari 85 ali več let.

Izhajajoč iz naslednjih podatkov Nagode, Zver, Marn, Jacović in Dominkuš (2014) ocenjujejo, da je v Sloveniji storitve dolgotrajne oskrbe konec leta 2011 prejelo 60,795 uporabnikov. V omenjenem času je bilo 21,039 uporabnikov institucionalnega varstva. Od teh kar 82,4 % uporabnikov domov za stare ljudi. Uporabnice so pogostejše kot uporabniki (70 % uporabnikov predstavljajo ženske). Od 21,039 uporabnikov institucionalnega varstva 81 % predstavljajo tisti, ki so stari 65 ali več let, kar 55 % pa predstavljajo uporabniki stari 80 let in starejši. Samo 377 jih je bilo uporabnikov »vmesne strukture« oziroma v dnevnih oblik varstva. Od tega je bilo največ (60,7 %) tistih, ki so obiskovali dnevni center v domovih za stare ljudi. Uporabnikov dolgotrajne oskrbe na domu je bilo 20,991. 18,334 pa je bilo takih, ki so prejeli samo dodatek za pomoč in postrežbo (Nagode, Zver, Marn, Jacović in Dominkuš, 2014). Leta 2015 se razmerje v številu prejemnikov institucionalne oskrbe, oskrbe na domu, dnevnih oblik varstva in prejemnikov denarnih dodatkov za dolgotrajno oskrbo ni bistveno spremenilo. Povsod (razen število prejemnikov dodatka za pomoč in postrežbo se je iz števila 18,334 znižalo na 16,570) je število naraslo, iz števila 21,039 uporabnikov institucionalnega varstva je število naraslo na 22,415, iz števila 377 uporabnikov dnevnih oblik varstva je število naraslo na 487 in iz 20,991 uporabnikov oskrbe na domu je število naraslo na 21,612 (Statistični urad Republike Slovenije, 2017).

Tako Flaker, Nagode, Rafaelič in Udovič (2011) kot Rafaelič in Nagode (2012) prepoznajo, da so storitve, ki se izvajajo v Sloveniji na področju dolgotrajne oskrbe, zagotovljene v povezavi:

1. z institucionalnim varstvom (bivanje v instituciji, kot je na primer institucija dom za stare ljudi, varstveno delovni center, socialnovarstveni zavod);
2. s skupnostno oskrbo oziroma oskrbo na domu (na primer storitev pomoč na domu, ki je še najbolj razvita in razširjena skupnostna storitev);
3. z vmesnimi strukturami oziroma dnevnimi oblikami varstva (na primer dnevni center, varovanje na daljavo, družinski pomočnik);
4. z denarnimi prejemki (edini, ki je dostopen pri nas in tudi edini, ki je izplačan neposredno uporabniku, je dodatek za pomoč in postrežbo).

Storitve dolgotrajne oskrbe so tako socialno in zdravstveno varstvene (Nagode, Zver, Marn, Jacović in Dominkuš, 2014).

1.4 Zdravje

Celovitemu in dinamičnemu procesu, ki nam omogoča imeti sposobnost, da se prilagodimo delovanju zunanjega okolja, da smo zmožni izvrševati svojo biološko, socialno in poklicno funkcijo ter onemogočati bolezen, onemoglost in prehitro smrt, pravimo zdravje (Zdrav življenjski slog – trajnostni razvoj, b.d.). Reed, Stanley in Clark (2004, kot navedeno v Hlebec, Lah in Pahor, 2008) poročajo o medicinski definiciji zdravja, ki je zdravje sprva opredeljevala kot neprisotnost bolezni, avtor vira Zdrav življenjski slog – trajnostni razvoj (b.d.) pa k omenjeni definiciji dodaja še neprisotnost onemoglosti. S širjenjem znanja o zdravju in vplivih na zdravje, je takšna definicija zdravja postala presplošna in pomanjkljiva. Danes najpogosteje zasledimo opredelitev zdravja s strani Svetovne zdravstvene organizacije, ki se glasi: »Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali nemoči« (World health organisation, b.d.). Dogovor o veljavnosti omenjene opredelitve so sklenili predstavniki enainšestdesetih držav leta 1946, veljati pa je začela dve leti kasneje (Celostno zdravje – strokovna obravnava zdravja posameznika, b.d.; World health organisation, b.d.). Ker zdravje torej ni odvisno zgolj od odsotnosti bolezni, ampak tudi od mnogih drugih dejavnikov, Gradišnik (1991, kot navedeno v Povše, 2010) poudari vpliv okolja na zdravje in definicijo preoblikuje, tako da se glasi: »Zdravje ne pomeni samo odsotnosti bolezni in nemoči, temveč pomeni stanje čim boljše telesne in duševne kondicije ter socialno blaginjo, dosegljivo v danem okolju«. Definicijam zdravja pa kritiki pogosto ponašajo zagovarjanje idealnega stanja, ki ga je nemogoče osvojiti (Celostno zdravje – strokovna obravnava zdravja posameznika, b.d.). WHO na primer idealno zdravstveno stanje starih ljudi opredeljuje kot stanje, v katerem je posameznik funkcionalno neodvisen. Glede na to lahko 5 % starih ljudi uvrstimo med »nezmožne«, 20 % med »ranljive« in 75 % med »neodvisne« (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

Opazimo lahko, da je zdravje zelo širok pojem, ki si ga ljudje pogosto razlagamo in ga razumemo različno. Mnoge raznolike in dopolnjujoče se definicije so odraz naše različnosti. Blaxter (1990, kot navedeno v Hlebec, Lah in Pahor, 2008) je s pomočjo raziskovanja celo identificiral, raznolike predstave »laikov« o tem, kaj zdravje je. Identificirane predstave se nanašajo na neprisotnost bolezenskega stanja, zdravo življenje, fizično pripravljenost, čilost, socialne vezi ipd. Bond (2004, kot navedeno v Hlebec, Lah in Pahor, 2008) podkrepi trditev o našem raznolikem razumevanjem zdravja z ugotovitvijo, da je samoocena posameznikovega zdravstvenega stanja pogosto drugačna od presoje njegovih bližnjih ali zdravstvenega delavca. Hkrati poudari, da naši raznoliki pogledi na zdravje nikakor niso napačni ali slabi, saj je samoocena zdravja pomemben del kvalitete življenja posameznika.

Ne glede na definicije zdravja pa zdravje v današnjem času velja za eno najpomembnejših in cenjenih vrednot. Lahko bi rekli, da je zdravje že splošna vrednota. Tako pomembno mesto med vrednotami si je zagotovo pridobilo zaradi vpliva na kvaliteto posameznikovega življenja in prav tako celotne skupnosti (Karpljuk in Videmšek, 2010; Povše, 2010; Zdrav življenjski slog – trajnostni razvoj, b.d.). Kar 81 % anketiranih v raziskavi EQLS 2007 je dobremu zdravju pripisalo »zelo pomemben« pomen. Anketirani so tako odgovarjali ne glede na njihov dohodek ali spol, kar pomeni, da zdravju pripisujejo univerzalen pomen (Pahor, Domajnko in Hlebec, 2011, str. 140). Povše (2010) izpostavlja, da je zdravje vrednota, ki jo jemljemo za samoumevno in se je nemalokrat zavedamo, ko je le to že prepozno, najpogosteje šele v primerih, ko nastopi bolezen.

Posameznik se lahko zaradi slabega zdravstvenega stanja sreča z različnimi izgubami. Povezavo med zdravstvenimi težavami in izgubami še posebej pogosto opazimo pri starih ljudeh. Ljudje pogosto izgubijo neodvisnost, avtonomijo, mobilnost, socialno interakcijo in participacijo v družbenem življenju, s tem pa tudi samospoštovanje in dostojanstvo, kar vpliva na omejevanje posameznikovega življenja (Office of Population Censuses and Surveys, OPCS, 1993, kot navedeno v Hlebec, Lah in Pahor, 2008). Pogosto je prisotno tudi trpljenje (v obliki bolečine) in spremembe na socialnem področju, kar lahko za posameznika pomeni izoliranje na socialnem področju in posledično osamljenost (Bond, 2004, kot navedeno v Hlebec, Lah in Pahor, 2008).

Skozi proces staranja se ljudje srečajo z mnogimi situacijami, ki predstavljajo tveganje za zdravstveno stanje. Tveganje najpogosteje predstavljajo spremembe v fizičnem in mentalnem zdravju, slabšanje finančnega položaja, manjšanje socialnih omrežij in s tem izguba socialne opore, kar vpliva na zmanjševanje samostojnosti in kakovosti življenja (Domanjko in Pahor, 2007; Grebenc in Flaker, 2007; Wenger, 1994, kot navedeno v Kavčič, 2011, str. 161). Tveganje je koncept, katerega glavni fokus je na identificiranju negativnih vidikov oziroma na identificiranju kritičnih elementov, do katerih lahko pride v vsakodnevem življenju (Kavčič, 2011, str. 162). Kavčič (2011, str. 180) izpostavlja 4 večje kategorije najbolj tipičnih tveganj v starosti:

1. tveganja vezana na zdravje - padci, nesreče, poškodbe, bolezni, neustrezno jemanje zdravil, podhladitev, gibalne težave, pozabljivost, preobremenitev, podhranjenost, dehidracija;
2. finančna tveganja - prenizke pokojnine, višanje finančne obremenitve zaradi zdravstvenega stanja, nezmožnost nadzorovanja in upravljanja svojih financ, revno omrežje, kreditna nesposobnost;
3. socialna tveganja - konflikti, nasilje, izguba partnerja, razpad omrežja, osamljenost, selitev v novo okolje, nepripravljenost na starost;

4. strukturna tveganja - pomanjkljiv javni promet, pomanjkljiv zdravstveni sistem, nedostopnost storitev, družbene in tehnološke spremembe.

S staranjem pride do upada fizičnega in mentalnega zdravja in pojavijo se različna bolezenska stanja. Med drugim ključno tveganje v starosti predstavljajo težave pri gibanju. V najslabšem primeru te težave pripeljejo celo do tega, da oseba postane popolnoma nemobilna oziroma nepomična (Kavčič, 2011, str. 181-187). Starejši kot so ljudje, več imajo akutnih (nesreče, poškodbe) in kroničnih bolezni. 75 % tistih, ki so stari 75 ali več let, naj bi imelo dolgotrajno kronično bolezen (Office of Population Censuses and Surveys, OPCS, 1993, kot navedeno v Hlebec, Lah in Pahor, 2008). Pri 55 % starejših od 65 let se kaže pojav degenerativnih sprememb na sklepih. Med 35 in 40 % jih je takšnih, ki živijo z srčno-žilnimi boleznimi, 45 % z povišanim krvnim pritiskom, z okvaro vida jih živi okoli 40 % in 25 % z motnjami sluha. Več kot 1/3 starih ljudi živi z vsaj eno izmed prej naštetih kroničnih bolezni (spremembe v sklepih, srčni-žilne bolezni, visok krvni pritisk) (Tang, Chen in Krewski, 2003, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010, str. 28). Raziskava EQLS 2009 je pokazala, da so osebe z dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami zaradi teh velikokrat ovirane pri vsakodnevem življenju. Kar 26 % je takih, ki so zaradi dolgotrajnih zdravstvenih težav zelo ovirani in 54 % takih, ki so ovirani do neke mere. Samo 20 % pa je takih, ki jih zdravstvene težave pri vsakodnevem življenju ne ovirajo (Pahor, Domajnko in Hlebec, 2011, str. 140, 141).

Kot so poročali že Tang, Chen in Krewski (2003, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010, str. 28), s starostjo pogosto začne upadati sposobnost sluha. Kar 20-60 % starih ljudi je naglušnih. Prav tako se s starostjo pogosteje pojavi okvara vida, kar lahko v veliki meri vpliva na kakovost posameznikovega življenja, saj mnogi izgubijo voziško dovoljenje in zmožnost branja, kar pa je pomemben dejavnik, ki vpliva na možnost samostojnega življenja. Pri večini starih ljudi naj bi se pojavila siva ali zelena mrena. Tisti, ki so stari 50 ali več let, najpogosteje postanejo slabovidni zaradi starostne degeneracije rumene pege. Vid se s tem postopno slabša, običajno pa človek ne oslepi. Na starostno degeneracijo rumene pege lahko imajo pomemben vpliv kajenje, genetika, visok krvni pritisk, prekomerno izpostavljanje sončnim žarkom in uživanje prehrane, ki ni bogata z vitamini, minerali ter antioksidanti. Prej kot se bolezen odkrije, bolj uspešno bo njeno zdravljenje, zato so za stare ljudi priporočljivi preventivni pregledi, ki se izvedejo 1x letno (Vilčnik, b.d.).

Poleg tega so v starosti pogoste težave v duševnem zdravju. 5 % 65 letnikov zbolijo za demenco ali depresijo. Ta odstotek se med 80 letniki zviša na 20 % (RIS, 1999, kot navedeno v Hlebec, Lah in Pahor, 2008). Duševnega zdravja pa ne merimo nujno s prisotnostjo oziroma odsotnostjo duševne

bolezni. Duševno zdravje se navezuje še na vsaj tri merila. Pomembno se je posvetiti posameznikovemu notranjemu psihičnemu stanju (sreči, dobremu počutju, samozadovoljstvu). Prav tako posameznikovim medsebojnim odnosom in njegovemu delovanju (njegovi dobri odnosi, uspešnost na različnih življenjskih področjih, soočanje z drugačnostjo ipd.). Poleg tega pa ima za duševno zdravje velik pomen posameznikova zmožnost obvladovanja njegovega življenja in nadzora nad njim, ter njegovo soočanje s težavami, s katerimi se v življenju srečuje (Tacol in Goličnik, 2014). Magajna in Krampač (2014) ločita med pozitivnim duševnim zdravjem (dobro počutje, pozitivna samopodoba, občutek moči) in negativnim (duševne bolezni). Opredelitev duševnega zdravja se po njunem mnenju nanaša tako na posameznikovo zunanost, vedenje, mišljenje, govor, razpoloženje kot tudi na čustvovanje. Vse to pa je pomembno v odnosu, ki ga imamo do samega sebe in v medsebojnih odnosih z drugimi.

V starosti je naraščajoč delež tudi tistih, ki se spopadajo z invalidnostjo (Hlebec, Lah in Pahor, 2008). Polovica tistih, ki so stari 85 let, se spopada z težavami pri gibanju in ravnotežju. Na pojav motenj v ravnotežju in gibanju lahko vpliva več dejavnikov. Ti so povezani z mišičnimi, skeletnimi, nevrološkimi (pride lahko do možganske kapi, parkinsonove bolezni, nehotnih gibov, degenerativnih sprememb hrbtenice oziroma hrbtenjače) in ortopedskimi spremembami (pride lahko do degenerativnih sprememb sklepov, osteoporoze). Približno 30 % prebivalcev Slovenije, ki so stare 50 ali več let, ima osteoporozo. Pri moških je odstotek nižji in sicer med tistimi, ki so stari 60 ali več let, je takih 15 %. Starejši kot je človek, slabše njegovo telo absorbira kalcij in pretvarja vitamin D v aktivno obliko. S tem pa je večje tveganje za pojav osteoporoze, katere značilnost je, da je gostota kosti nižja od običajne. Posledično so kosti hitreje lomljive. Ob slabši koordinaciji starih ljudi in posledičnimi pogostimi padci tako mnogokrat pride do zlomov kosti (Vilčnik, b.d.). Tudi Ražman (2014, str. 45) in Kavčič (2011, str. 181-187) opozarjata, da poleg kroničnih bolezni veliko težavo predstavljajo poškodbe, ki so nemalokrat razlog za to, da posameznik postane (trajno) odvisen od pomoči drugih. Padci nemalokrat povzročijo resne poškodbe, ki zahtevajo posege medicine, po tem so pogosti drugi zapleti in mnogi stari ljudje le težka okrevajo in se rehabilitirajo tako dobro, da se posledice poškodbe ne poznajo v nadaljnjem življenju. Padce preprečimo z odstranitvijo ovir ki predstavljajo tveganje (preproge, neprimerna obuvala...). Pogosto se padec zgodi zaradi pomanjkanja moči, ker nimamo ustreznih prijemališč, zaradi pomanjkanja koordinacije (Kavčič, 2011, str. 181-187). Preprečevanju poškodb tako ne smemo pripisovati nič manj pomembne vloge kot preprečevanju bolezni, saj se tudi poškodbe da v neki meri predvideti in preprečiti (Ražman, 2014, str. 45).

1.5 Zdrav življenjski slog

Zdravstveno stanje je vsekakor nekaj, na kar lahko vsaj deloma oziroma celo v veliki meri vplivamo sami. Načinu življenja, ki je značilen za nekega posameznika, pravimo življenjski slog. Življenjski slog je v glavnem stvar oziroma izbira posameznika, s katero vpliva na kakovost svojega življenja. Določajo ga izrazita obnašanja oziroma aktivnosti, ki so za posameznika značilna v nekem časovnem obdobju. Učinek na zdravje lahko imajo tako škodljiv, kot tudi neškodljiv oziroma celo izboljšujoč (Novak, 2010; Povše, 2010; Petrovec, Bizjak, Rednak Robič, Kopasić in Kramar, b.d.). Življenjski slog je pomemben dejavnik našega zdravja (Lesnik, 2016). Ko govorimo o zdravem življenjskem slogu, imamo v mislih življenjski slog, katerega prevladujoča dejanja vplivajo na zdravje pozitivno (v čim večji meri skušamo upoštevati zdrave/koristne navade med tem, ko se hkrati poskušamo izogniti čim več škodljivim). Med navade s pozitivnim vplivom uvrščamo: skrb za telesno kondicijo s pomočjo gibalnih aktivnosti oziroma z ukvarjanjem s športom, skrb za zadostno količino spanca, skrb za uravnoteženo prehrano in za ustrezno količino le te, skrb za osebno higieno, odrekanje uživanju alkoholnih pijač in kajenju tobaknih izdelkov idr. (Petrovec, Bizjak, Rednak Robič, Kopasić in Kramar, b.d.). Lesnik (2016) pa posebej izpostavi še, da ima pomemben vpliv na naše zdravje prav tako način našega razmišljanja in način, s katerim se spopadamo s stresom. Povzamemo lahko torej, da je zdrav življenjski slog proces, ki poteka dinamično in je pogojen z vsestranskim pristopom. Vsestranski pristop se nanaša na vse aspekte naših dejavnosti. Ti zajemajo tako telesno, čustveno, razumsko, duhovno kot tudi socialno delovanje. Uravnoteženost vseh teh aspektov velja za osnovo zdravja (Berčič, 1999, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010; Povše, 2010).

Glede na to, da smo v času intenzivnih demografskih sprememb in s tem v času staranja prebivalstva, moramo delati na tem, da ustvarimo čim več možnosti, da bi lahko bilo naše življenje v tretjem življenjskem obdobju kakovostno (Berčič, 2002, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010). Postavljeni smo pred izziv, kako pri ljudeh spodbuditi skrb za zdravo in aktivno staranje (Zveza društev upokojencev Slovenije, 2013), kajti ne glede na številna opozorila, da zdrav življenjski slog vpliva na zmanjšanje ali celo preprečevanje obolenosti in ne glede na številna priporočila za udejanjanje zdravega življenjskega sloga, mnogi napotkov ne vzamejo resno (Povše, 2010). Poleg tega pa svoje zdravstveno stanje marsikdo še zmeraj doživlja kot stanje, ki je pogojeno z usodo (Kamin in Ule, 2012). Česen (2006, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010) nam pomembnost življenjskega sloga predstavi s posredovanjem statističnih podatkov, ki kažejo na to, da ima na zdravstveno stanje posameznika od vseh dejavnikov v največji vpliv življenjski slog, delež njegovega vpliva je kar 40 %. S 30 % sledijo dedni in biološki dejavniki, z 20 % sledi vpliv naravnega, ekonomskega, bivalnega in družbenega okolja, z 10 % pa vpliv javne zdravstvene službe.

Zdrav življenjski slog prispeva k boljši kakovosti življenja, večji neodvisnosti od pomoči drugih in daljši aktivnosti ljudi v starosti (Zveza društev upokojencev Slovenije, 2013). Spremembe v življenjskem slogu lahko pomagajo tudi pri populaciji »zelo starih« (Pahor, Domanjko in Hlebec, 2011, str. 143). A zdravje je nekaj, kar od nas zahteva trud, torej nikakor ni nekaj samoumevnega (Povše, 2010). Peternel Pečauer (2018) celo trdi, da je vsakdo v kar 70 % za njegovo zdravstveno stanje odgovoren sam, v 30 % pa lahko pomaga zdravnik. Hkrati pa opozori, da je v današnjem času miselnost glede tega obratna. Ljudje so pripravljeni prispevati svojemu zdravju 30 % truda, 70 % prispevka k zdravju, pa pričakujejo od zdravnika. Tudi Filej (1999) se strinja, da je zdravstveno stanje v veliki večini odgovornosti in celo obveznost posameznika, ne pa zgolj njegov privilegij oziroma pravica. S tem se strinjam tudi sama, kajti skrb za zdravje nima vpliva zgolj na posameznika, temveč tudi na družbo kot celoto, saj več kot je zdravih ljudi, dlje kot so samostojni in aktivni, manj sta obremenjena zdravstveni in socialni sistem (Zveza društev upokojencev Slovenije, 2013).

Če želimo, da bo naše zdravstveno stanje čim dlje in čim bolj zdravo, se pomenu zdravega zdravstvenega stanja ne smemo posvetiti, ko je to že prepozno, torej ko je bolezen ali poškodba že prisotna, ampak že veliko prej (Gradišek, 1999, kot navedeno v Povše, 2010). Sklenemo lahko, da je življenjski slog zelo pomemben in bi zavedanju le tega morali posvetiti več pozornosti, tako v mlajših generacijah (saj njihov življenjski slog že v veliki meri vpliva na življenje v starosti), kot tudi starejšim generacijam, ki še vedno lahko z zdravim življenjskim slogom vplivajo na potek obstoječih bolezni, če le teh že ne morejo preprečiti. Še posebej veliko pozornosti moramo nameniti spremljanju, informiranju in omogočanju zdravega življenjskega sloga starim ljudem, saj imajo ti največ zdravstvenih težav in so izrazito ranljivi (Hlebec in Pahor, 2006). Povše (2010, str. 3) nas motivira, z mislijo, da je za ohranjanje in izboljševanje našega zdravja potrebno le nekaj prizadevanja, pa bo učinek nemalokrat veliko večji od vloženih prizadevanj. Če v naš vsakdan uvrstimo raznoliko (ustrezno) in količinsko primerno prehrano, zmerno gibalno aktivnost, ki traja vsaj 30 minut in če se odrečemo kajenju tobačnih izdelkov (hkrati pa se izogibamo tudi pasivnemu kajenju), ter uživanju alkoholnih pijač in drog smo že ogromno prispevali k zdravemu življenjskemu slogu in s tem h kakovostnejšemu življenju v tem trenutku kot tudi kasneje v starosti (Povše, 2010).

1.5.1 Gibalna aktivnost

Eden izmed pomembnejših elementov zdravega življenjskega sloga je ukvarjanje z rekreacijsko dejavnostjo. Posledica nezadostnega gibanja je lahko degenerativno obolenje, slabitev temeljnih življenjskih funkcij in prezgodnja smrt (Pečjak, 1998, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010).

Pomanjkanje telesne aktivnosti je eden izmed glavnih dejavnikov tveganja za smrtnost. Tisti, ki niso dovolj aktivni, imajo 20 – 30 % več možnosti za zgodnejšo smrt kot tisti, ki so dovolj aktivni (World health organization, 2018b). Z zadostno telesno aktivnostjo bi najverjetneje letno lahko preprečili 1,9 milijona prezgodnjih smrti po svetu. Za 60 % smrti (kar predstavlja 35 milijonov ljudi) v letu 2005 pa so krive kronične nenalezljive bolezni (World health organization, b.d., kot navedeno v Povše, 2010).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) opredeli telesno aktivnost kot vsako telesno dejavnost, ki jo povzročijo skeletne mišice, posledica pa je poraba energije, ki je višja od tiste, ki se porablja v mirovanju. Ta definicija vključuje tako dejavnosti kot so delo, igranje, opravljanje gospodinjskih opravil kot tudi rekreacijske dejavnosti.

WHO posebej poudari, da telesne aktivnosti ne bi smeli zamenjevati z »vadbo«. Ta je podkategorija telesne dejavnosti. Vadba je načrtovana, strukturirana, ponavljajoča se dejavnost, njen namen pa je izboljšati ali ohraniti telesno pripravljenost. Poleg rekreacijske dejavnosti oziroma vadbe imajo tudi druge telesne dejavnosti, kot je na primer prevoz s kolesom v trgovino, pomembne učinke na zdravje (World health organization, 2018b).

Različni avtorji telesno aktivnost naslavljajo različno, zato v nadaljevanju izraze, kot so: telesna aktivnost, telesna dejavnost, telesna vadba, rekreacijska dejavnost, vadba, gibanje in športna dejavnost, enačim.

Fizično zdravje pomembno vpliva na duševno počutje starih ljudi. Tisti, ki so gibalno aktivni, tudi mnogo duševnih obremenitev prenesejo lažje in se na njih primerno odzovejo (Accetto, 1987, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010). Pomen gibanja v starosti je predvsem v tem, da pomembno in varovalno vpliva na ohranjanje telesih zmožnosti in spretnosti (psihofizičnih ter funkcionalnih), ki jih človek potrebuje za opravljanje vsakodnevnih opravil in dejavnosti (Drev, 2010; Vilčnik, b.d.).

Rezultati različnih raziskav so pokazali, da z redno telesno dejavnostjo varujemo telo pred večjim delom kroničnih bolezni, ki so nenalezljive (Drev, 2010). Redna zmerna telesna aktivnost pripomore h krepitvi mišic in kosti, izboljša funkcionalno zdravje, zmanjšuje tveganje hipertenzije (visokega krvnega pritiska), osteoporoze, srčno-žilnih obolenj, možganske kapi, diabetesa (tip 2), različnih vrst raka in depresije, zmanjša tveganje za padce s tem pa pogosto povezane poškodbe (pri starih ljudeh je zelo pogost zlom kolka ali vretenc). Poleg tega telesna aktivnost pripomore k energijskemu ravnovesju v telesu in uravnavanju telesne teže (World health organization, 2018b). Drev (2010) in

Povše (2010) dodajata pozitiven vpliv telesne aktivnosti na splošno počutje, na izboljšanje družabnih spretnosti, samospoštovanja in samozvesti, na odpornejši imunski sistem in kvalitetnejši spanec. Rezultat pozitivnih vplivov telesne dejavnosti se tako kaže v večjih kvaliteti posameznikovega življenja (Drev, 2010).

Ker gibalna aktivnost povzroča telesu napor, je le ta lahko vir stresa. Zato je potrebno intenzivnost aktivnosti prilagoditi vsakemu posamezniku posebej, tako da posamezniku nudi vir zadoščenja in zadovoljstva (Tomori, 2000, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010). Vadbe, katerih intenzivnost lahko najlažje prilagodimo tempu posameznika, so: hoja, planinarjenje, kolesarjenje in splošna vadba (Doupona, 2000, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010).

World health organization (2018) za ljudi stare 65 in več let priporoča izvajanje zmerne telesne aktivnosti vsaj 150 minut tedensko. Zmerni telesni dejavnosti pripisujemo naslednje lastnosti: povišan utrip srca, povišano občutenje toplote, rahla zadihanost. Zmerna telesna aktivnost pripomore k povečanju telesne presnove (ta je lahko kar 3 do 6 krat bolj intenzivna kot v stanju mirovanja) (Drev, 2010). Če je telesna aktivnost intenzivna, je dovolj, da se le to izvaja vsaj 75 minut tedensko (World health organization, 2018). Značilno za intenzivno telesno dejavnost je, da se oseba ob njenem izvajanju začne znojiti in je zasopla. Pri tem je raven telesne presnove običajno vsaj 6x višja od tiste, ki jo ima oseba v stanju mirovanja (Drev, 2010).

V primeru, da bi s telesno aktivnostjo želeli pridobiti dodatne zdravstvene koristi, bi njen čas trajanja morali podaljšati na vsaj 300 minut tedensko. Tisti, ki so slabše mobilni bi po priporočilih WHO morali biti telesno aktivni vsaj 3 dni na teden. Za vsakega pa je priporočljivo, da v svojo telesno aktivnost vključi tudi vaje za moč oziroma za krepitev mišic. Izvajali naj bi jih vsaj 2x na teden. Za to, da telesna aktivnost pozitivno vpliva na zdravje, jo je treba izvajati vsaj 10 minut strnjeno (World health organization, 2018b). Za stare ljudi je priporočljivo predvsem izvajanje aerobnih vaj, vaj za krepitev mišične moči, za ohranjanje gibljivosti in ravnotežja (Vilčnik, b.d.).

Da redna telesna aktivnost ugodno pripomore k preprečevanju in lajšanju kroničnih bolezni, je bilo že velikokrat dokazano, kar pa ne pomeni, da telesna aktivnost za tiste, ki že imajo nenalezljivo kronično bolezen, ni primerna. Velja prav nasprotno, saj lahko telesna aktivnost pripomore k omilitvi zdravstvenega stanja oziroma k ohranitvi le tega (preprečuje se poslabšanje). Izjema so tisti, katerim bi telesna aktivnost glede na njihovo zdravstveno stanje pomenila preveliko obremenitev in s tem nevarnost (Povše, 2010).

Med ljudmi so prevladujoče tiste dejavnosti, ki so lahko dostopne, ugodne, za katere ni potrebno imeti veliko opreme in časa (Doupona, 2000, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010). Dejavniki, ki otežujejo zadostno telesno aktivnost, so lahko na primer strah pred nasiljem in zločinom na prostem, promet, nizka kakovost zraka, onesnaženost, pomanjkanje parkov, pločnikov in športnih/rekreacijskih objektov (World health organization, 2018b).

1.5.2 Prehrana

Navade prehranjevanja predstavljajo enega izmed bistvenih vplivov na zdravstveno stanje posameznika (Mesarič, Toth, in Verban Buzeti, 2014). Z zdravim in uravnoveženim prehranjevanjem lahko pozitivno prispevamo našemu zdravju in dobri prehranjenosti. Določeni prehranski vzorci lahko predstavljajo dejavnike tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni in prehranskih primanjkljajev, ki lahko ogrozijo zdravstveno stanje posameznika, sprožajo pogostejšo obolevnost, vplivajo na kvaliteto življenja ali celo povzročijo prezgodnjo smrt. 41 % bolezni (nekatera rakava obolenja, diabetes 2. tipa, situacije povezane s prehranskim primanjkljajem, bolezni srca in ožilja), ki jih definira Mednarodna klasifikacija bolezni, poškodb in vzrokov smrti, prehranski dejavniki predstavljajo pomembno determinanto. V manjši vlogi (38 %) ima prehranjevanje vpliv na nastanek preostalih bolezni, na 21 % bolezni pa prehranske navade nimajo vpliva (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

Pri starih ljudeh so z njihovimi prehranjevalnimi navadami še posebej povezana naslednja bolezenska stanja:

1. neustrezna oziroma previsoka telesna teža – najučinkovitejša ukrepa oziroma preventivni dejavnosti, ki takšno stane preprečita sta redno izvajanje telesne aktivnosti in visok vnos hrane, ki je bogata s hranili (s hkratnim izogibanjem hrani z visoko vsebnostjo sladkorjev);
2. bolezni srca in ožilja – tveganju zanje se izognemo z rednim izvajanjem telesne aktivnosti, z zadostnim prehranskim vnosom linolne kisline in drugih hranil, ki jih vsebujejo ribe, ribje olje, zelenjava, sadje in oreščki brez soli (nenasičene maščobne kisline). Pomembno je tudi, da ne presežemo nizkega vnosa alkohola in soli,
3. diabetes (tip 2) – velik vpliv na preprečevanje njegovega pojava je ustrezna telesna teža, redna telesna aktivnost;
4. nekatera rakava obolenja – predvsem varovalno pred rakom na debelem črevesju, požiralniku, želodcu, dojkah in rakom ustne votline deluje redno izvajanje telesne aktivnosti in uživanje priporočene dnevne količine sadja in zelenjave. Varovalno pred nekaterimi vrstami raka deluje še ne uživanje alkohola, prekajenega mesa, konzerviranih živil z veliko

soli in zelo vročih živil. Okoli 30 % rakavih obolenj je odvisnih od prehranskih faktorjev, neustrezna telesna teža pa je kriva za približno 1/5 do 1/3 rakavih obolenj;

5. osteoporoza – veliko tveganje zanjo predstavlja nezadostno uživanje vitamina D in kalcija, uživanje alkohola in nezadostno izvajanje telesne aktivnosti (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

Prehranjevalne navede so pogosto povezane z socialno-ekonomskim položajem posameznikov. V eni izmed raziskav so revnejše družine bolj pogosto poročale o dietnih prehranjevalnih navadah kot premožnejše družine (Jeriček Klanšček idr., 2011, kot navedeno v Magajna in Krampač, 2014). Glede na rezultate (slovenske) nacionalne raziskave Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention 2004 (kot pridobljeno v World health organization, 2004), se 23 % vključenih v raziskavo prehranjuje »zdravo« ali »pretežno zdravo«. Med posebej ogrožene spadajo tisti, ki pripadajo nižjim družbenim slojem, ki imajo nižjo izobrazbo, tisti ki so aktivno zaposleni in tisti, ki živijo na podeželju (World health organization, 2004). Socialno-ekonomski in osebni dejavniki vključujejo dohodek posameznika, cene hrane, individualne preference in prepričanja, kulturne tradicije ter geografske in okoljske vidike. Zato je za spodbujanje zdravega prehranskega okolja (vključno s prehranskimi sistemi, ki spodbujajo raznoliko, uravnoteženo in zdravo prehrano) potrebno vključiti več sektorjev in zainteresiranih strani, vključno z vlado ter javnim in zasebnim sektorjem (World health organization, 2018a).

Natančna sestava raznovrstne, uravnotežene in zdrave prehrane se sicer razlikuje glede na značilnosti posameznika (starost, spol, življenjski slog in stopnjo telesne aktivnosti), kulturni kontekst, lokalno razpoložljivo hrano in prehranske navade, a osnovna načela zdrave prehrane ostajajo enaka (World health organization, 2018a).

Priporočljivo je, da na dan zaužijemo 4-5 manjših obrokov. Rednemu uživanju teh pripisujemo osnovno podlago zdravega prehranjevanja. S pogostimi a manjšimi obroki lahko vplivamo na znižanje vsebnosti maščob v krvi, znižanje tveganja nastanka srčno-žilnih obolenj, uravnavanje krvnega sladkorja in zmanjševanje tveganja debelosti (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010). Mnogi strokovnjaki zajtrku pripisujejo pomen najpomembnejšega dnevnega obroka, saj z uživanjem zajtrka in dopoldanske malice damo telesu energijo za začetek dneva, kar se pozna na posameznikovi delovni zmogljivosti in sposobnosti zbranosti. Dokazano pa je tudi, da se posamezniki, ki jedo zajtrk, običajno rednejše in bolj zdravo prehranjujejo. Za evropske države velja, da redno zajtrkuje približno 30 % ljudi. Tisti, ki ne zajtrkujejo, so vzroke za to pripisali neustrezni razporeditvi časa (npr. prepozno bujenje in vstajanje), nemotiviranosti za pripravo zajtrka, hujšanju,

pomanjkanju apetita ob jutranjih urah, utrujenosti ali kajenju (Hlastan Ribič in Kranjc, 2014b). Za zajtrk in dopoldansko malico je priporočljivo zaužiti živila, ki vsebujejo ogljikove hidrate, saj postopoma dvigujejo raven glukoze v krvi. Najbolje je, da k temu dodamo nekaj beljakovin, te ugodno pripomorejo k soočanju s kompleksnimi mentalnimi nalogami, vplivajo pa tudi na boljše počutje. Kosilo naj bi predstavljalo glavni obrok dneva. Priporočljivo je, da so v njem zajete vse skupine živil, še posebej pomembno pa je, da vsebuje sadje in zelenjavo. Zadnji dnevni obrok je priporočljivo zaužiti vsaj 2 uri pred spanjem in naj bi bil lažji od preostalih obrokov (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010). Večerjo morajo torej sestavljati živila, ki jih z lahkoto prebavimo (Mesarič, Toth, in Verban Buzeti, 2014).

S povečano proizvodnjo predelane hrane, hitro urbanizacijo in spreminjanjem življenjskega sloga je prišlo do sprememb prehranskih vzorcev. Ljudje zdaj uživajo več hrane z veliko maščob, sladkorjev in soli, ob tem pa jih veliko ne uživa dovolj sadja, zelenjave in drugih prehranskih vlaknin, kot so polnozrnat žitarice (World health organization, 2018a). Za Slovence je značilno, da povprečni dnevni obrok oziroma njegova energijska vrednost temelji na maščobah (35 %) in beljakovinah (14 %). Poleg tega sadje in zelenjava, ki vsebuje veliko zaščitnih snovi, ne sestavljata dnevnega obroka pri kar več kot 45 % Slovencev. 44 % pa se jih prehranjuje zgolj z belim kruhom. Rezultati nekaterih raziskav so pokazali tudi prevelik delež rabe soli v prehranjevanju (Mesarič, Toth, in Verban Buzeti, 2014). Prehrano, ki vsebuje veliko maščob, sladkorja in soli, uvrščamo med dejavnike, ki pospešujejo razvoj kroničnih bolezni (srčno-žilnih, rak na debelem črevesju) (Buzeti idr., 2011, str. 36, kot navedeno v Magajna in Krampač, 2014).

Na splošno zdrava prehrana vključuje naslednje (World health organization, 2018a):

1. dnevno uživanje sadja, zelenjave, stročnic (npr. leča in fižol), oreščkov in polnoznatih žit (npr. nepredelana koruza, proso, oves, pšenica, rjavi riž);
2. dnevno naj bi zaužili vsaj 400 g (pet porcij/sadežev/zelenjave) sadja in zelenjave (razen krompirja);
3. dnevno uživanje manj (v idealnem primeru za polovico manj) kot 50 g sladkorja, kar ustreza približno 12 čajnim žličkam. Med omenjeni sladkor štejemo ves sladkor, ki ga hrani ali pijačam dodaja proizvajalec, kuhar ali potrošnik, pa tudi sladkorji, ki so naravno prisotni v medu, sirupih, sadnih sokovih in koncentratih sadnih sokov. Prekomerno uživanje sladkorja poveča tveganje za nastanek zobnega kariesa, nezdrave prekomerne telesne teže, vpliva na krvni pritisk, poveča pa se tudi tveganje za srčno-žilne bolezni;

4. dnevno uživanje manj kot 30 % dnevnega vnosa energije iz maščob, kar lahko pomembno prispeva k preprečevanju pridobivanja odvečne, nezdrave telesne teže. Nenasičene maščobe, ki jih najdemo v ribah, avokadu in oreščkih ter v sončničnem, sojinem, in oljčnem olju, so prednostne nasičenim maščobam (najdemo jih v maščobnem mesu, maslu, palmovem in kokosovem olju, smetani, siru in svinjski masti). Najbolj škodljive so trans maščobe vseh vrst, vključno z industrijsko proizvedenimi maščobami (ki jih najdemo v pečeni in ocvrti hrani, ter predpakiranih prigrizkih in živilih, kot so zamrznjena pica, pite, piškoti, rezine, kuhanje olj in namazov). Priporočeno je, da se vnos nasičenih maščob zmanjša na manj kot 10 % celotnega vnosa energije, transmaščob pa na manj kot 1% celotnega vnosa energije. Še posebej industrijsko proizvedene transmaščobe niso del zdrave prehrane in se jim je treba izogibati;
5. dnevno uživanje manj kot 5 g soli (kar ustreza približno eni čajni žlički), kar bi letno lahko vplivalo na 1,7 milijonov manj smrti po svetu.

Nekatere potrebe in značilnosti, ki se vežejo na prehrano oziroma prehranjevalne navade, so pri starih ljudeh pomembno različne od drugih starostnih skupin, saj so v starosti pogostejše fiziološke in druge spremembe ter bolezenska stanja, ki zahtevajo drugačno sestavo prehrane (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

Kar se tiče vsebnosti makrohranil v prehrani starih ljudi velja, da so za ogljikove hidrate, maščobe in holesterol vrednosti prehranskih ciljev enake kot za preostalo populacijo, kar pa ne pomeni, da zadostnemu vnosu posameznih hranil ni potrebno posvečati posebne pozornosti. Če v telo vnesemo premalo beljakovin, hitreje izgubljammo mišično maso, imunski sistem se slabša, daljši pa je čas potreben za celjenje ran. S količinsko neustreznim vnosom maščob tvegamo posledice, ki se bi poznale na zdravju. V primeru previsokega vnosa lahko pride do prekomerne telesne teže in bolezni srca in ožilja. Z zadostnim vnosom pa zagotovimo pogoje delovanja celičnim membranam in imunskemu sistemu pri prenosu in skladiščenju vitaminov, ki so topni v maščobi (A, D, E, K), zagotovimo tudi izolacijo in zaščito notranjih organov. Zaradi manjšanja odstotka vode v telesu in zaradi starosti oslavljenim občutkom za žejo, se hitro lahko zgodi, da je oseba dehidrirana. Zaradi dehidracije pri starih ljudeh pogosto pride do infekcij urinarnega trakta, razvije se lahko pljučnica, pride lahko do zmedenosti, dezorientacije in preležanin. Za stare ljudi je priporočljivo zaužiti vsaj 1,5 litra tekočine dnevno (navadne vode ali zeliščnih čajev) (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

Kar se tiče vnosa mikrohranil s prehrano starih ljudi velja, da morajo stari ljudje s prehrano pridobiti več vitamina D kot preostala populacija, saj se zaradi presnovnih starostnih sprememb s časovno enako izpostavljenostjo sončnim žarkom v koži starih ljudi tvori manj vitamina D kot pri ostalih. Vitamin D ima pomembno vlogo pri absorpciji kalcija v črevesje. Zadostna količina vitamina D in kalcija preprečuje razvoj osteoporoze. Med starimi ljudmi je kar 15 % takšnih, pri katerih pride do pomanjkanja vitamina B12. Vsebujejo ga živila živalskega izvora ali pa ga zaužijemo v obliki prehranskih dopolnil. Nezadosten vnos vitamina B12 lahko vodi v motnje delovanja perifernega živčnega sistema (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

Dejavniki, ki lahko imajo vpliv za razvoj prehranskih težav starih ljudi (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010):

1. fiziološki dejavniki - s starostjo običajno pride do zmanjšanja energijske potrebe, kar je v največji meri posledica treh dejavnikov, in sicer telesne funkcije se zmanjšajo, znižata se mišična masa in presnova, stari ljudje so manj telesno dejavni. Skozi proces staranja pa pride tudi do zmanjšanja vseh funkcij prebavnega sistema. Prihajati začne do slabšega žvečenja (kar je pogosto posledica težav z zobovjem), do težav s požiranjem, zmanjša se pretok sline, upočasni se črevesna peristaltika, prebavni sokovi se vedno manj izločajo, kar ima mnogokrat za posledico zaprtje, zmanjša pa se tudi absorpcijska (metabolna in presnovna) telesna kapaciteta;
2. patofiziološki dejavniki - na zmanjšanje apetita v starosti lahko imajo vpliv kronične bolezni, saj imajo mnoga zdravila stranske učinke (povzročitev slabosti, spremeni se okus), ki na posameznika delujejo odvrčajoče do prehranjevanja, kar lahko vodi v podhranjenost. Ta se v kar 30 do 40 % pojavi pri starih ljudeh, ki bivajo v instituciji;
3. socialni in psihološki dejavniki - za zmanjšano zanimanje za uživanje hrane in njene priprave lahko vzrok v osamljenosti, depresiji in socialni izolaciji z občutkom prikrajšanosti. K neustreznemu prehranjevanju v starosti lahko pripomorejo tudi motnje v spominu, zmanjšane kognitivne funkcije in podrejenost oziroma odvisnost od tuje pomoči;
4. socialno-ekonomski dejavniki - zaradi nizkih dohodkov in revščine si mnogo starih ljudi ne more zagotoviti prehrane, ki bi bila hranilno ustrezna. Poleg tega mnogo starih ljudi nima primernih razmer za pripravo hrane (primanjkljaj opreme, neprilagojena oprema posameznikovim nezmožnostim), mnogi ne znajo kuhati (še posebej je ta težava izrazita pri moških v primeru smrti njihove partnerice), mnogo jih nima znanja o zdravi prehrani, prav tako pa prihaja do težav pri nakupovanju raznovrstne hrane, saj mnogo starih ljudi s težavo

dostopa do velikih nakupovalnih centrov in so tako omejeni na nakupe v majhnih lokalnih trgovinah.

1.5.3 Uživanje alkoholnih pijač

V današnji družbi je uživanje alkoholnih pijač pojav, ki velja za precej normalnega in družbeno sprejemljivega (Povše, 2010). Leta 2005 je za Republiko Slovenijo veljalo, da je bilo v povprečju 10,39 litra registrirane porabe čistega alkohola na odraslega prebivalca. Vino je med alkoholnimi pijačami med Slovenci najpogostejše zaužito (v skoraj 50 %), sledi pivo (40 %) in nazadnje žgane pijače (IVZ, 2006, kot navedeno v Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013, 2008). Potrebno pa je ločiti med občasnim uživanjem alkohola in dolgotrajnim, kontinuiranim ter čezmernim, čemur pravimo alkoholizem. Uživanje alkohola je lahko razlog za razvoj rakavih obolenj v ustni votlini, na grlu, v požiralniku, na dojkah, jetrih, danki in črevesju. Veliko tveganje predstavlja tudi za to, da se razvije jetrna ciroza, da se poviša krvni pritisk, da pride do kroničnega vnetja trebušne slinavke, kožnih težav in različnih poškodb. Več kot se zaužije alkoholnih pijač, večje je tveganje (Povše, 2010).

Zaužit alkohol skozi želodčno steno in črevesje prodre direktno v krvni obtok, kar omogoča njegovo potovanje po celotnem telesu tako pa ima dostop do vsakega tkiva in organa. Možgani so tisti, ki kažejo največjo dovzetnost učinkom alkohola. To se pogosto pokaže v obliki motenj razmišljanja, odločanja, v obliki motenj v ravnotežju, govoru, vidu, ohranjanju budnosti, pogosto se podaljša posameznikov reakcijski čas. Kadar oseba popije večjo količino alkohola, pride do motenj občutenja odgovornosti, kar pa vpliva na posameznikovo vedenje in ravnanje. Pomembno je zavedanje, da z vsako opitostjo škodimo možganom, saj z opitostjo povzročimo uničenje milijonov malih živčnih celic. Posledice tega se najprej začnejo kazati na spominu, ki začne pešati, pešati začnejo koncentracijske zmožnosti, zmožnosti presojanja, kritičnega mišljenja, ne nazadnje pa vpliva tudi na zmanjšanje inteligence. Zaradi uživanja alkoholnih pijač lahko pride do 15 odstotnega skrčenja možganov (Kašnik, idr., 2014).

Alkohol je torej ena izmed snovi, ki vplivajo na upočasnitev delovanja možganov, s tem pa lahko pride do številnih odzivov: čustvena labilnost, koma, smrt. Posamezniki so prav tako pogosto izpostavljeni motnjam v medosebnih odnosih, nasilju, delovni nezmožnosti in pojavu duševnih motenj, postanejo na primer pretirano razdražljivi, agresivni, slabše se koncentrirajo, zanemarjajo svojo zunanost ipd. (Povše, 2010).

Uživanje alkohola ne vpliva zgolj neposredno na razvoj nekaterih bolezni in stanj, ampak lahko ima vpliv tudi na posameznikovo prehrano. Alkohol štejemo med energijska hranila, ki se v telesu ne shranjujejo, ampak se ob zaužitju takoj razgrajujejo in porabijo za telesno energijsko porabo. Na ta način lahko nadomestimo energijske vire, ki imajo pomembno višjo hranilno vrednost, kar lahko vodi v prehranske deficite. Hkrati pa zaužit alkohol moteče vpliva na procese presnove in telesnim tekočinam viša kislost (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

1.5.4 Kajenje

Tobak oziroma njegovo uživanje je eden izmed vodilnih vzrokov smrti v svetovnem merilu. Ocenjuje se, da letno zaradi posledic kajenja umre vsaj 5 milijonov ljudi (3 tisoč v Sloveniji) (Povše, 2010). V Sloveniji posledice uživanja tobaka predstavljajo najpogostejši vzrok smrti (19,7 % smrti) (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013, 2008). Strokovnjaki ocenjujejo, da je vzrok smrti za neke polovico tistih, ki redno kadijo v s kajenjem povezanih boleznih (Povše, 2010). Za Slovenijo velja, da so tisti, ki so umrli zaradi posledic uživanja tobaka, umrli povprečno 16 let prej, kot tisti, ki tobaka niso uživali. Kljub velikemu številu z uživanjem tobaka povezanih smrtih, pa si velja zapomniti, da kar 3/4 prebivalcev Slovenije ni kadičev. V eni izmed raziskav se je pokazalo, da moški kadijo pogosteje kot ženske (za 7 %) (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013, 2008).

Kašnik idr. (2014) izpostavljajo nekaj kratkoročnih vplivov, ki jih ima kajenje na organe. Na ušesa vpliva z vplivom na živce in krvne žile, kar se kot posledica lahko pokaže v obliki slabšega sluha. Vpliva lahko na oči, in sicer na način, da so oči vzdražene oziroma vnete (znaki tega so očesa rdečica, pekoč občutek v predelu oči in solzenje oči). Vezano na usta lahko zaradi kajenja pride do slabega zadaha, vnetij ustne votline, rumenih zob, spremenjenega okušanja hrane. Posamezniku se lahko zmanjša tudi sposobnost vonjanja. Običajno se na koži hitreje pojavijo mozolji, koža izgubi elastičnost, hitro pa se naredijo tudi gube. Kajenje ima velik vpliv tudi na dihala, saj s kajenjem vzdražimo sluznico, kar vodi v kašelj, sluz se izloča v večjih količinah, pljuča imajo manjšo kapaciteto. Kot posledica kajenja so tudi hitreje mašeče se žile, kar povzroča večje tveganje za možgansko ali srčno kap. Kajenje pa ne povzroča zgolj kratkoročnih vplivov, ampak tudi številne bolezni. Te so: različne vrste rakavih obolenj (rak na pljučih, glasilkah, žrelu, jetrih, želodcu, materničnem vratu, ledvicah, trebušni slinavki, prostati, v ustni votlini ...), bolezni dihal (kronični bronhitis, astma), srčno-žilne bolezni (velika možnost za možgansko ali srčno kap), bolezni reproduktivnih organov (zmanjšana plodnost, razne posledice na rojenemu otroku) (Kašnik, idr., 2014). Povše (2010) izpostavi še veliko tveganje, ki je posledica kajenja, za nastanek levkemije,

srčnih napadov, težav s cirkuliranjem krvi, raznih pljučnih bolezni, osteoporoze, impotence in bolezni dlesni. Za tveganje pojava omenjenih bolezni oziroma velja, da več kot posameznik pokadi cigaret tobaka in dlje kot kajenje traja, več je možnosti, da se razvijejo naštetе bolezni in težave (Kašnik, idr., 2014).

V tobačnem dimu je vsaj 4000 kemičnih sestavin, ki nastajajo ob tobačnem izgorevanju. Od tega jih je več kot 250 strupenih in vsaj 50 jih spodbuja nastajanje raka. Tobačni dim je v 95 % iz plinske komponente, 5 % pa je zmes trdnih in tekočih delcev (Povše, 2010). Zato ne smemo pozabiti, da so enakim nevarnostim kot kadilci izpostavljeni prav tako tisti, ki sami ne kadijo cigaret ali drugih tobačnih izdelkov, ampak so zgolj »pasivni kadilci«. To pomeni, da vdihujejo cigaretni dim, dim pipe ali cigare oziroma vdihujejo izdihani tobačni dim neposredno od kadilca (Kašnik, idr., 2014).

1.6 Starostna krhkost

Pri tem kako bomo izkoristili oziroma kako bomo zmogli izkoristiti priložnosti, ki nam jih ponudi vedno daljša življenjska doba, ima ključno vlogo naše zdravje. Z vedno daljšo življenjsko dobo se žal ne podaljšuje nujno tudi obdobje, v katerem nimamo zdravstvenih težav. Ne obstajajo dokazi, ki bi dokazovali, da so stari ljudje danes v primerjavi z njihovimi starši v enakih letih, bolj zdravi in z boljšimi sposobnostmi. Starost pogosto zaznamuje upadanje fizičnih in duševnih zmožnosti, kar pogosto obremenjuje stare ljudi hkrati pa tudi skupnosti (Gabrovec in Eržen, 2016). Stari ljudje se pogosto soočijo s starostno krhkostjo in oslabiljenostjo, ki sta dejavnika tveganja za povzročitev padcev, izgube mobilnosti, odvisnosti od drugih, potrebo po institucionalizaciji ali celo za povzročitev smrti (Gabrovec in Jelenc, 2015). Starostna krhkost se glede na podatke raziskav pojavlja pri četrtini tistih, ki so stari 80 ali več let (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017).

Krhkost je situacija, v kateri je nekdo visoko izpostavljen tveganju za slabe zdravstvene izide. Ena izmed mnogih definicij krhkost opredeli kot: »zdravstveno stanje, ko so zaradi številnih vzrokov in dejavnikov zmanjšani mišična moč, vzdržljivost in fiziološke funkcije, posledično pa je zvečano tveganje za razvoj oz. povečanje nezmožnosti ali za smrt« (Morley idr., 2013, kot navedeno v Veninšek in Gabrovec, 2017). Obstaja povezava med krhkostjo in staranjem, kar pa ne pomeni, da je to posledica staranja, kateri se ne bi mogli izogniti. Starostno krhkost in oslabiljenost oziroma proces, ki v takšno stanje vodi, je možno preprečiti, ali pa vsaj prestaviti v prihodnost (Veninšek in Gabrovec, 2017). Gabrovec in Eržen (2016) poročata, da so zdravstvene težave starih ljudi običajno povezane s kroničnimi boleznimi, od katerih pa je ne malo takih, ki jih imamo možnost preprečiti, omiliti ali odložiti z zdravim življenjskim slogom. Nekaterih se lahko učinkovito lotimo, v primeru da jih

dovolj zgodaj identificiramo. Pri tistih s slabšimi sposobnostmi ima podporno okolje veliko vlogo pri zagotavljanju okoliščin za dostojno življenje in osebno rast.

Izziv družbe ob pospešenem staranju družbe tako ne sme biti osredotočen zgolj na skrb za vedno daljšo pričakovano življenjsko dobo, ampak tudi skrb za to, da se bomo zmogli starati zdravo in samostojno. Iz teh razlogov moramo podpreti aktivno in zdravo staranje, saj je le to pomembno za izboljšanje kvalitete življenja in zmanjševanje pritiska tako na zdravstvene kot tudi na socialne sisteme. Hkrati pa moramo spodbujati čim hitrejši razvoj in izvajanje trajnostnih zdravstvenih ter socialnih storitev namenjenih učinkovitemu soočanju s širjenjem pojavov, kot so: starostna krhkost, oslabiljenost, kronične bolezni, kognitiven upad sposobnosti in druge posledice, ki sledijo iz tega, saj so to vodilni razlogi za pristopanje k zdravstvenim in socialnim storitvam (npr. odvisnost od drugih) (Gabrovec in Jelenc, 2015).

Z namenom preprečevanja starostne krhkosti moramo posameznika obravnavati celostno. To pomeni, da nas zanimajo tako njegove socialne kot psihološke značilnosti, obravnavati moramo njegov življenjski slog, pomembno pa je tudi, da zgodaj odkrijemo in učinkovito zdravimo bolezenska stanja. Glede na potrebo po posameznikovi celostni obravnavi le te ne moremo izvesti hitro in enostavno. To je proces, ki se ne konča, ampak se v njem vedno znova iščejo potenciali za ukrepanje, ki ustrezajo pričakovanjem, vrednotam, prioritetam, željam, psihosocialnim in telesnim zmožnostim posameznika, hkrati pa tudi z upoštevanjem lastnosti morebitne bolezni ter trajanja in učinkovitosti zdravljenja (Veninšek in Gabrovec, 2017).

Države Evropske unije so s tem, da se z javnozdravstvenim in socialnim izzivom, ki ga predstavljata starostna krhkost in oslabiljenost z ustreznimi ukrepi zmoremo soočiti, seznanjene. Evropska komisija je leta 2015 v prizadevanju za preventivno ukrepanje držav na tem področju, celo predlagala program »Joint Action-JA on Frailty Prevention«, ki bi s skupnim evropskim sodelovanjem in ukrepanjem starostno krhkost in oslabiljenost preprečevalo ter nudilo napredek omenjenega področja (Gabrovec in Jelenc, 2015). Udeleženi v projektu in z njim povezanimi delavnicami so prepoznali nujno po oblikovanju navodil in ukrepov na ravni posameznikov, družbe, zdravstvenega in socialnega sistema, političnih odločevalcev ter oskrbovalcev starih ljudi in šibkih. Po njihovem mnenju bi bilo potrebno krepiti moč državljanov, dvigniti osveščenost in zanimanje za učinkovito in kvalitetno preventivno obvladovanje starostne krhkosti, izobraziti družbo o zdravem življenjskem slogu in ne nazadnje pomagati pri načrtovanju in koordiniranju oskrbe (Gabrovec in Jelenc, 2015).

1.7 Aktivno staranje

Da se v življenju srečujemo z razno raznimi težavami, je normalno. Načini spoprijemanja z njimi pa se od posameznika do posameznika zelo razlikujejo, ima pa pri tem običajno veliko vlogo njihovo zdravje (Domajnko in Pahor, 2011).

Procesu, ki je naravnan na optimalno uresničevanje priložnosti in potencialov zdravstvenega stanja posameznika, družbene udeležnosti in varnosti s ciljem doseganja večje kvalitete življenja starih ljudi, pravimo »aktivno staranje«. Z besedo »aktivno« se torej ne nanašamo in omejujemo zgolj na fizično aktivnost, ampak tudi na aktivno in trajno udeleževanje socialnega, gospodarskega, kulturnega, duhovnega in civilnega življenja (Domajnko in Pahor, 2011; Hvalič Touzery, b.d.; Pavliha, 2009).

Besedna zveza »aktivno staranje« je bila s strani Svetovne zdravstvene organizacije sprejeta v drugi polovici 90-ih let 20. stoletja, namen tega pa je bil, da bi vizijo o aktivnem staranju začeli realizirati. Človekove pravice starih ljudi in načela, ki se navezujejo na neodvisnost, udeležbo, dostojanstvo, skrb in samouresničevanje, predstavljajo temelj koncepta aktivnega staranja (Hvalič Touzery, b.d.). Doseči moramo miselni in akcijski premik od tega, da stare ljudi pojmujeemo kot pasivne uporabnike, ki imajo velike potrebe, k temu da poudarimo njihove pravice in pomen vključenosti (Domajnko in Pahor, 2011). Pristop omenjenega koncepta torej temelji na pravicah, kar pomeni, da ciljne skupine ne obravnavamo kot pasivne, da je prepoznana pravica do enakih možnosti za vse in ne glede na področje življenja, ter da nudi podporo pri odgovornosti ciljne skupine za udeleževanje vseh vidikov življenja v skupnosti. Svetovna zdravstvena organizacija predpostavlja, da odgovornost omogočanja in dajanja priložnosti za aktivno staranje, nosi družba kot celota (Hvalič Touzery, b.d.), saj aktivno staranje ni odvisno zgolj od karakternih lastnosti posameznika, ampak prav tako od okolja, ki je ali ni stimulatívno. Delati je torej potrebno na omogočanju/ponujanju vsem dostopnih priložnosti, na podlagi katerih si bodo posamezniki lahko oblikovali aktivne socialne vloge, priložnosti druženja, in zadovoljevali druge interese (Domajnko in Pahor, 2011).

S pomočjo aktivnega staranja ljudje pridobijo možnosti za uresničevanje svojih potencialov za omogočanje dobrega telesnega, socialnega in duševnega počutja v celotnem življenjskem procesu, omogočanje udeleževanja v skupnosti (vodilo česar so potrebe, želje in zmožnosti posameznikov), zagotavljanje zaščite, varnosti in oskrbe, v primeru da to potrebujejo (Hvalič Touzery, b.d.). Pavliha (2009) opozarja na to, da se na aktivno staranje nanaša tudi participacija pri odločanju v družbi, saj

so ob odsotnosti sodelovanja starih ljudi odločitve in rešitve enostranske in delne. Po mnenju Pavlihe (2009) mora sodobna družba doseči, da bo družbena moč v enaki meri dodeljena vsem generacijam.

Pristop proaktivnega spoprijemanja z življenjem v starosti se osredotoča na predvidevanje in pripravo na negativne spremembe, s katerimi se srečamo v času življenjskega poteka. S tem ne trdimo, da negativne učinke staranja lahko v celoti obidemo, temveč pomeni to, da s pomočjo proaktivnega spoprijemanja (ki ni prirojeno, ampak se ga lahko naučimo) zmoremo zmanjšati negativne rezultate dejavnikov, ki povzročajo stres, zmoremo okrepiti razpoložljive vire, ki so nam v pomoč pri spoprijemanju s težavami in zmoremo odložiti izključenost iz družbe (Ouwehand, De Ridder DTD in Bensing, 2007, kot navedeno v Domajnko in Pahor, 2011). K proaktivnim strategijam štejemo zdrave življenjske navade (ne uživanje tobaknih izdelkov, uživanje uravnotežene prehrane, ukvarjanje z gibalnimi aktivnostmi ...) (Kahana idr., 2002 kot navedeno v Domajnko in Pahor, 2011). Domajnko in Pahor (2011) dodajata še pomen krepitve druženja, ki predstavlja socialno proaktivno strategijo, s katero se pripravimo na življenje v starosti.

1.8 Socialno delo s starimi ljudmi

Pred 20. stoletjem in še kasneje v njegovem začetku, socialno delo s starimi ljudmi ni bilo področje dela, ki bi med ljudmi bilo zaželeno ali spoštovano. Prevladujočo odgovornost za to nosi takratno razmišljanje o starih ljudeh, ki je temeljilo predvsem na stereotipih. Ti (pogosto tudi v današnjem času) stare ljudi opredeljujejo kot nepomembne, nekoristne in kot breme družbe. Stari ljudje naj bi bili revni, odvisni od drugih in od njihove dobroteljske. Obravnavani so bili kot izrazito homogena populacija, delo z njimi pa naj bi bila potratna časa. Večjo naklonjenost starim ljudem lahko začnemo zaznavati v drugi polovici 20. stoletja, ko se je število starih ljudi povečalo, razvijala se je politika vezana na upokojevanje, razvijale so se socialne in zdravstvene službe, gerontologija ter druge vede (Mali, 2013).

Socialno delo odlikuje sposobnost pozitivnega vrednotenja starosti. V tem vidi priložnost napredka na specializiranem področju socialnega dela s starimi ljudmi. Omenjeno področje naj bi v prihodnje bilo bistveno za zagotavljanje stabilnosti v družbi (Mali, 2012a; Mali, 2013). V socialnem delu s starimi ljudmi se kaže vedno večje razumevanje raznovrstnosti in heterogenosti omenjenega področja. Prepoznava se raznolikost življenjskega sveta starih ljudi, njihovega vsakdana in težav, ki so rezultat specifičnosti življenja v starosti ter družbenega obravnavanja le te. A socialno delo gre dlje od same identifikacije težav. V središče zanimanja postavi starega človeka z njegovimi sposobnostmi in zmoglostmi. S tem pomoč in podpora temeljita na osebnih izkušnjah, iz katerih človek jemlje moč, ki

mu služi pri premagovanju težavne sedanjosti. Socialni delavci vlagajo veliko napora v to, da poiščejo in mobilizirajo moč in vire, ki jih imajo stari ljudje. Socialno delo se ne osredotoča le na krhkost starih ljudi, kar je ključno za to, da jih razumemo in lahko z njimi delamo. To je tisto kar dela socialno delo tako posebno in ga razlikuje od dela, ki je značilno za druge stroke. Za to da je lahko prišlo do premika v razumevanju staranja in s tem do specifičnosti socialnega dela s starimi ljudmi, je odgovorno predvsem razumevanje, da je proces staranja odvisen od več prepletajočih se procesov (biološkega, psihološkega, družbenega), ki vodijo v potrebo po posebni pomoči. Strokovnjaki s pomočjo opredelitve težav starih ljudi organizirajo programe in različna dejanja, ki pripomorejo k zmanjševanju teh težav (Mali, 2013).

Socialno delo s starimi ljudmi najpogosteje najdemo v socialnovarstvenih službah, pri delu s posameznikom, z družino, s katero izmed družbenih skupin, v skupnostnem socialnem delu in v povezovanju z državo (Mali, 2013).

Področje socialnega dela s starimi ljudmi zajema tri ravni:

1. mikro raven, ki je raven posameznika. Na tej ravni raziskujemo v sodelovanju s starim človekom, katera tveganja lahko predvidimo. Na mikro ravni je pomembno razumevanje ljudi, da je življenje v skupnosti njihova pravica, da je njihova pravica vključenost v družbeno odločanje in da lahko sami sprejemajo odločitve o poteku svojega življenja (kar velja za nekako nov pogled na stare ljudi) (Mali, 2013; Mali, 2018d);
2. mezo raven, ki zajema skupnostno in institucionalno raven. Na tej ravni raziskujemo vire v skupnosti, družini in institucijah. Socialno delo zanima predvsem, kaj je tisto, s čimer bi okrepili povezavo med generacijami, kako lahko k temu pripomorejo različne organizacije in na kakšne načine vse se še lahko aktivira skupnost. Na mezo ravni je pomembno zavedanje, da je veliko ljudi v starosti deležnih neformalne ali formalne oskrbe, premalo pa je novih oblik oskrbe, ki bi učinkovito odgovarjale na njihove potrebe. Socialni delavec nudi pomoč pri pridobivanju pomoči, ki jo nudijo razne službe in storitve usklajuje ter povezuje (Mali, 2008; Mali, 2013; Mali, 2018d);
3. makro raven, ki je družbena, državna raven. Nanaša se na ukrepe, ki jih narekuje država ti pa so povezani z mikro in makro ravno. Socialni delavci imajo pomembno vlogo pri pomoči oblikovanja političnih sistemov, katerih temelj bodo predstavljale potrebe starih ljudi, s tem pa bodo dajale priložnost za krepitev njihove moči in družbenih vlog. Na makro ravni je pomembno, da se nove oblike oskrbe podpre z zakonodajo (Mali, 2008; Mali, 2013; Mali, 2018d).

Socialnega dela ni mogoče izvajati samo na eni izmed ravni. Ravni se med seboj prepletajo in s tem vplivajo ena na drugo. Vsaka sprememba na eni ravni se kaže na drugi (Mali, 2013).

1.8.1 Usmeritev delovanja socialnega dela s starimi ljudmi

Stroka socialnega dela je usmerjena v ravnanje in deluje v konkretnem svetu ljudi (Flaker, 2003). Glede na to da se po starosti sestava prebivalstva spreminja, je potrebno iskati nove metode dela in načine spoprijemanja z novimi težavami, ki so posledica staranja. Pri tem je izrednega pomena povezovanje tistih strok, ki so usmerjene v izboljšanje kakovosti staranja in k spodbujanju tega, da stari ljudje izrazijo svoje potrebe. Povezovanje temelji na multidisciplinarnosti (Ambrožič in Mohar, 2015). Socialno delo se za svoje delovanje opira na znanja nekaterih drugih ved. Podlago socialnemu delu za njegovo ravnanje predstavljajo vse vede, ki se ukvarjajo z razvojem znanja in razumevanja življenja v starosti (Mali, 2013). Te so med drugim: medicina, ekonomija, pravo, psihologija in sociologija (McDonald, 2010, str. 42-46, kot navedeno v Mali, 2013). Mali (2019) je mnenja, da: »Prispevki različnih znanosti in strok lahko olajšajo življenje starih ljudi in njihovih oskrbovalcev, na drugi strani pa se spreminja tudi pogled in položaj do starih ljudi v strokovni obravnavi«.

Socialni delavci smo tako postavljeni pred izziv, da svojo pozornost preusmerimo od institucij k posameznikom. Pomembno je, da spremljamo in proučujemo ves čas spreminjajoče se potrebe starih ljudi in se nanje aktivno odzivamo. Na ta način se odpremo skupnosti in prispevamo k dojetju socialnega dela kot nekaj pozitivnega, ki ne izvaja zgolj »nadzora« vezanega na institucije (Mali in Leskošek, 2015).

Pri socialnem delu odnosi med strokovnjaki in uporabniki niso v naprej določeni, ampak se jezik in odnos vsakokrat prilagajata (Flaker, 2003). Uporabnike in njihove potrebe se razumeva holistično, kar pomeni, da se jih dojema kot partnerje, s tem pa se v ospredje postavi njihove pravice in možnost izbire vrste pomoči (Mali, 2018c). To pomeni, da svojih uporabnikov ne obravnava kot pasivnih prejemnikov pomoči, ampak kot sooblikovalce in soustvarjalce življenja, ki je tudi v starosti lahko kakovostno (Mali, 2012a; Mali, 2013). Gradivo za konkretne akcije socialno delo pridobiva iz uporabnikovih življenjskih zgodb, poročil in opisov, saj le tako dobi vpogled v posameznikovo realno situacijo (Mali in Ovčar, 2010; Mali, 2013). Vsaka potreba je posledica oziroma odraz specifične življenjske situacije posameznika in njegovih prioritet (Mali in Leskošek, 2015). Strinjam se z Mali in Žitek (2016, str. 239), ki navajata, da so zgodbe uporabnikov socialnega dela osnova za oblikovanje konkretne socialno delovne pomoči, saj to tezo utemeljita s tem, da če se z uporabniki ne

pogovarjamo, z njimi ne moremo sodelovati, soustvarjati in posledično izvesti ukrepov, s katerimi bi izboljšali njihovo življenjsko situacijo. Bolj kot bomo vključevali stare ljudi v socialno delo in bolj kot bomo iskali odgovore, ki bodo odgovarjali njihovim potrebam, bolj se bodo metode in spretnosti socialnega dela razvijale v smeri odgovarjanja dejanskim potrebam starih ljudi (Mali, 2018d). Večina zaznanih inovacij v zadnjem času se odraža ravno v raziskovanju potreb uporabnikov in na podlagi tega iskanju učinkovite, potrebam odgovarjajoče pomoči. Torej bistvo je v premiku od načrtovanja pomoči brez vključitve uporabnikov v samo načrtovanje, k temu da so uporabniki sodelavci pri načrtovanju (Mali, 2018b). S takim pristopom dajemo starim ljudem moč in vplivamo na predsodke o starih ljudeh, ki nagovarjajo k temu, da so stari ljudje paraziti družbe (Mali, 2013).

1.8.2 Načela socialnega dela s starimi ljudmi

Najpomembnejša načela, oziroma kot jih poimenuje Mali (b.d.) koncepti, ki so značilni za socialno delo s starimi ljudmi so:

1. partnerstvo – za partnerski odnos velja, da so strokovnjaki oziroma socialni delavci in uporabniki socialnega dela enakopravni. Pomembno vlogo pri tem nosi dialog, kar pomeni, da v procesu pomoči sodelujejo, sodelujejo pri definiciji problema in prav tako želene rešitve. Da je odnos res partnerski, mora socialni delavec verjeti, da uporabnikove sposobnosti in zmožnosti lahko pomembno oziroma bistveno pripomorejo in vplivajo na razrešitev težav in da je uporabnik zmožen biti odgovoren nosilec nadzora nad svojim življenjem. Socialni delavec in uporabnik v sodelovanju zastavita več ciljev, ki se ujemajo z razmerami v uporabnikovem življenju in ki mu nudijo motivacijo za aktivno prizadevanje za doseganje končnega cilja;
2. perspektiva moči – za socialnodelovno ravnanje velja, da je usmerjeno v iskanje virov in moči uporabnika. Kar je še posebej pomembno pri socialnem delu s starimi ljudmi. Pozornost socialnega dela na podlagi upoštevanja tega načela ni usmerjena na težavo, ki jo uporabnik ima, ampak na iskanje rešitev in možnosti (Mali, 2008; Mali, 2009b, kot navedeno v Mali in Ovčar, 2010; Mali, 2013; Mali, 2018d). Moč posameznika je odvisna od njegovega formalnega statusa, statusa povezanega s financami, z ugledom in spoštovanjem, ki ga uživa v družbi, od stikov, ki jih gojijo z drugimi (glede na to ali so stiki zaupanja vredni, vplivne zveze in poznanstva), od družbenih vlog (cenjene/necenjene, število vlog, stigma). Pri delu nas zanima predvsem kako bi moč uporabnika pridobili oziroma ohranili (Mali, 2018c). Da se stari ljudje lahko soočajo s težavami in le te rešujejo, je potrebno povečati njihove zmožnosti, kar velja za socialnodelovno poslanstvo (Koskinsen, 1997, kot navedeno v Mali, 2012a; Mali, 2018c);

3. antidiskriminacijska usmeritev – za socialno delovno ravnanje velja, da je usmerjeno v razbijanje predsodkov, negativnega odnosa in neustreznih obravnavanj ljudi v povezavi z njihovimi značilnostmi (na primer rasa, verska usmerjenost, pripadnost etnični manjšini, starost). To načelo je pri delu s starimi ljudmi predvsem opozorilo, da je dostojanstvo starih ljudi tisto, ki ga je potrebno spoštovati in ohranjati, saj je to edini način, s katerim njihove pravice ne bodo ostale spregledane;
4. socialne mreže – za socialno delovno ravnanje na podlagi upoštevanja tega načela velja, da je v stalni interakciji z uporabniki in njihovim življenjskim okoljem, ki predstavlja potencial ogromno možnih virov moči in rešitev. Kar je še posebej pomembno pri delu s starimi ljudmi, saj je zanje pomoč drugega oziroma pomoč, ki izvira iz njihovega socialnega okolja nemalokrat nujna. Njihovo življenje je v veliko primerih odvisno prav od nje. S tem mislimo tako na formalno pomoč (ki jo nudijo strokovnjaki, institucije, organizacije), kot tudi neformalna pomoč (ki jo nudijo družina, prijatelji, svojci, znanci). Za socialno delo s starimi ljudmi je značilno, da ob upoštevanju njihovih potreb in želja usklajuje različne sisteme, s katerimi je povezan (Mali, 2008; Mali, 2009b, kot navedeno v Mali in Ovčar, 2010; Mali, 2013; Mali, 2018d). Socialni delavec je pogosto posrednik med različnimi službami in viri pomoči. Starim ljudem in njihovim svojcem pogosto pomaga pridobiti podporo pri različnih službah, hkrati pa je v vlogi koordinatorja storitev, ki jih je star človek deležen. S tem ko spoznava potrebe starih ljudi, lahko prispeva k razvoju storitvenih dejavnosti (Mali 2008, kot navedeno v Mali, 2013);
5. skupnostna skrb – njen cilj je izboljšanje kvalitete življenja v skupnosti in razvijanje ter vzpostavitev različnih virov pomoči, ki bi odgovarjale potrebam različnih uporabnikov in pomagale pri ohranjanju njihove samostojnosti in s tem tudi posameznikove identitete, saj ima vsakdo pravico do samostojnega življenja v skupnosti. Pri delu s starim človekom je pomembna ocena vpliva biološkega, sociološkega, psihološkega, kulturnega in organizacijskega vpliva na njegovo življenje, na podlagi tega pa nadaljnje mobiliziranje različnih virov moči tako v uporabniku (starem človeku) samem kot tudi v njegovem socialnem omrežju ter skupnosti, v kateri biva. Tako za socialnega delavca niso bistvene samo posameznikove izgube, ampak ves življenjski kontekst, kjer prihaja do izgub (Mali, 2008; Mali, 2009b, kot navedeno v Mali in Ovčar, 2010; Mali, 2013; Mali, 2018d).

1.8.3 Metode socialnega dela s starimi ljudmi

Metod, ki se uporabljajo pri socialnem delu s starimi ljudmi, je več (Ambrožič in Mohar, 2015). Socialni delavec nima predhodno določeno, katero bo uporabil v katerem primeru, ampak jih

prilagodi in vzpostavi glede na vsako konkretno situacijo posebej (Flaker, 2003). Socialnodelovne metode dela temeljijo na poudarku človekovih potreb in na zavedanju, da se bo pomoč s pomočjo določene metode izkazala za učinkovito le v primeru, da bo prilagojena vsakemu uporabniku posebej, njegovim pričakovanjem in nujam (Ambrožič in Mohar, 2015; Mali, 2018c).

Izpostavljam pa nekaj metod, ki se še posebej pogosto uporabljajo pri delu s starimi ljudmi:

1. individualno načrtovanje/osebno izvajanje storitev/osebno načrtovanje - je metoda, ki se pogosto uporablja na področju dela s starimi ljudmi, zlasti pri koordinirani obravnavi v skupnosti. Uporabnikova zgodba oziroma njegov življenjski svet je tisto kar je podlaga za nadaljnje oblikovanje ciljev ter načrtovanje uporabe sredstev, ki so uporabniku na voljo ter načrtovanje pridobivanja novih sredstev (Flaker, Mali, Rafaelič in Ratajc, 2013). Iz načrta izvemo kdo je uporabnik, kaj želi in na kakšen način (Mali, 2018c). S tem premaknemo moč od strokovnjakov k uporabniku. Proces, ki ga sestavljata načrtovanje in izvajanje načrta, nudi uporabniku možnost nadzora procesa pomoči, prav tako pa tudi možnost nadzora načrtovanja in izvajanja storitev, ki so uporabnikom na voljo oziroma ki bi jih še potrebovali. Osebni načrt vsebuje le tisto, kar želi uporabnik in zapisan je v uporabniku razumljivem jeziku. Z uporabo te metode se uporabnike spodbudi k samostojnemu razmisleku o načrtovanju svojega življenja ter njegovem vplivu nanj (temu pravimo tudi uporabniška perspektiva) (Videmšek 2004, kot navedeno v Ambrožič in Mohar, 2015). Osebni načrt sestavljajo trije deli: zgodba s cilji, načrt izvedbe in evalvacija (Mali, 2018c);
2. skupine za samopomoč - njihov namen je reševanje osamljenosti starih ljudi, zmanjševanje njihove izoliranosti in krepitev medgeneracijske povezanosti. Pobudo za ustanovitev takšne skupine, praviloma pri nas poda stroka in ne sami uporabniki. Pri nas najpogostejše skupine za samopomoč so skupine za stare ljudi (Mali, b.d.). Članom omogočijo srečanje in možnost pogovora s tistimi, ki imajo sicer različne življenjske zgodbe, a podobne izkušnje in težave, z namenom, da se jim zagotovi različna podpora in da se člane opogumi (Bogataj, 2004). Kot nam beseda »samopomoč« že sama po sebi pove, je to pomoč, ki si jo nudi človek sam. Z vključenostjo v skupino pa bi naj človek pridobil občutek kontrole nad dogodki v svojem življenju, širil svojo socialno mrežo, dobil čustveno oporo, našel sogovornike, postal naj bi bolj informiran in pridobil možnost podeliti svoje izkušnje (Lamovec 2006, kot navedeno v Ambrožič in Mohar, 2015). Omenjene skupine lahko prispevajo k temu, da je človek bolj zadovoljen, zdrav in da ima bolj kakovostno življenje na splošno, saj uporabnikom ponudijo možnost neposrednega in celostnega načina zadovoljevanja svojih potreb in s tem reševanja stisk, v katerih so se znašli (Ramovš, 1992, kot navedeno v Ambrožič in Mohar, 2015). Poleg

tega se vključenost vanje lahko kaže na večjem aktivnem vključevanju v skupnost, na doživljanju samega procesa staranja in drugih vidikih, ki pridejo s starostjo (Ambrožič in Mohar, 2015);

3. zagovorništvo - pomeni »govoriti za drugega« oziroma »govoriti v korist drugega«. Do izraza pride zlasti, kadar pravicam in potrebam uporabnika nihče ne prisluhne in tako te niso upoštevane. Zagovorniška vloga je bistvena v okolju, ki ni pravično oziroma je neodzivno na pravice uporabnikov (Zaviršek, Zorn in Videmšek, 2002). Zagovornik je tisti, katerega delovanje in govor sta namenjena zagotavljanju koristi drugi osebi. Zagovornik uči spretnosti, informira, nudi spremstvo, išče nove možnosti in izbire, pomaga uresničevati socialnovarstvene pravice, zavzema se za cilje uporabnika, izdelava načrt samostojnega življenja in še kaj. Socialni delavci se tako nemalokrat znajdejo v položaju zagovornika. Zagovorništvo prispeva predvsem k odpravljanju diskriminatornega pogleda na starost in stare ljudi. Pripomore k zmanjševanju izključenosti, prikrajšanosti in zmanjševanju občutka izgub. Hkrati naj bi zagovorništvo sprožalo večje uporabnikovo samozaupanje in večanje občutka njegove moči, kar vpliva na njegovo odločnost, več izbir ki so mu v življenju na voljo in na izboljšanje kakovosti življenja (Ambrožič in Mohar, 2015);
4. analiza tveganja – je postopek, ki pride prav predvsem v situacijah, ki od nas zahtevajo pomembne odločitve oziroma ko ima rezultat naših odločitev lahko za nas resne posledice. Tveganje je koncept, katerega glavni fokus je na identificiranju negativnih vidikov oziroma na identificiranju kritičnih elementov, do katerih lahko pride v vsakodnevnem življenju (Kavčič, 2011, str. 162). Besedo tveganje uporabljamo kot sinonim za možnost, da nekaj izgubimo. Drugače pa je to koncept, s katerim označujemo možen slab učinek nekih situacij, trenutkov, dogodkov ali procesov na pomembno enoto. Tveganje je tem večje, čim večja je možnost, da do takega dogodka pride in čim večji so negativni učinki dogodka (Kavčič, 2011, str. 167). Takrat je nujna ocena dejanskega konkretnega tveganja, da se bo oseba znašla v situaciji, ki je nevarna. Omenjeni postopek sicer vsak izmed nas opravi mnogokrat v vsakodnevnih situacijah (npr. preden prečkamo cesto). Pogosto nas zanima, kako bi tveganja zmanjšali brez, da bi pri tem omejili posameznika (Flaker, 1994). Ko raziskujemo tveganje, je pomembno, da si odgovorimo na nekaj vprašanj: kje je izvor tveganja, ali je tveganje odvisno od širše družbe, ali od individualnega delovanja. Poleg tega je važno tudi, da ugotovimo način zaznavanja tveganja pri posamezniku. Ali je tveganje s strani posameznika prepoznano, ali posameznik tveganje zaznava kot resen problem, ali se mu tveganje ne zdi resno (Kavčič, 2011, str. 176, 177). Za tveganje je značilna družbena konstrukcija tveganja oziroma njegova subjektivnost. Konstruirajo ga ogroženi ljudje, zato ga moramo vedno

opazovati skupaj ogroženimi posamezniki, skupaj z njihovimi značilnostmi in vrednotami. Če tudi nekomu nek dogodek predstavlja izredno malo tveganja, je možno, da enak dogodek za nekoga drugega pomeni usoden vpliv na potek njegovega življenja (Kavčič, 2011, str. 170). V socialnem delu se uporablja predvsem za krepitev svobode ljudi. Z analizo definiramo morebitne nevarnosti in škodo ter izdelamo načrt, kako bi le te preprečili oziroma zmanjšali. Njen namen je, da tveganja, ki so običajna za stare ljudi, uravnovesimo s tveganji, ki so družbeno sprejemljivi med mlajšimi ljudmi (Grebenc in Flaker, 2011). Postopek ocene tveganja naj bi pripomogel k preseganju običajnih biografskih scenarijev vezanih na to, kakšna naj bi starost bila in kaj bi v tem obdobju naj ljudje počeli (Grebenc in Flaker, 2011). Pri dojemanju tveganj pomembno vlogo odigra govor, pogovor, komuniciranje o tveganju. Več kot se o nekem tveganju govori in bolj kot je to tveganje predstavljeno kot katastrofalno, bolj je tega tveganja ljudi strah, če tudi je vse skupaj »prenapihnjeno« (Kavčič, 2011, str. 177).

Na podlagi predstavljenih načel in nekaterih metod socialnega dela lahko vidimo, da so vloge socialnega delavca raznovrstne in segajo tako na mikro, mezo kot tudi makro raven. Zgolj načela in metode pa za delo niso zadosti, če nam poleg njih niso na voljo različne možne storitve, ki odgovarjajo potrebam starih ljudi (Milošević Arnold, 2000). Mali (2018c) zatrjuje, da: »V kolikor v skupnosti ne obstajajo oblike pomoči, ki bi učinkovito odgovarjale na potrebe starih ljudi, jih je treba razviti«.

2. PROBLEM

2.1 Formulacija problema

Tako v literaturi, v vsakodnevnom življenju kot tudi med intervjuvanjem starih ljudi v sklopu sodelovanja pri raziskavi Model za staranje starejših v domačem bivalnem okolju v Sloveniji, ki je potekala na Fakulteti za družbene vede (Univerza v Ljubljani) v sodelovanju z Urbanističnim inštitutom Republike Slovenije, sem zaznala, da zdravstvene težave oziroma posledice preteklih zdravstvenih težav (npr. neustrezno zaceljen zlomljen kolk) pomembno vplivajo na življenje starih ljudi. Srečala sem se s podatkom, ki pravi, da ima kar 75 % oseb starosti 75 ali več let, dolgotrajne zdravstvene težave (Hlebec, Lah in Pahor, 2008). S starostjo se povečuje možnost, da oseba zboli, oslabi, se poškoduje, postane osamljena in posledično se poveča možnost za to, da bo pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti potrebovala pomoč druge osebe.

Ker že zdaj prihaja do velike potrebe po urejenosti in razvoju področja dolgotrajne oskrbe, po razbremenitvi čakalnih vrst za institucionalno varstvo in ne nazadnje po razširitvi pomoči v domačem bivalnem okolju, ki je ne malokdo ne more biti deležen zaradi prevelikega števila čakajočih, me zanima, kako lahko vsak posameznik pripomore k zmanjševanju potrebe po odvisnosti od drugih in ali je starim ljudem to v interesu oziroma ali si sploh zmorejo sami zagotoviti in privoščiti dejavnike, ki jih štejemo med dejavnike življenjskega sloga, ki delujejo na posameznika varovalno. Pomembno je, da dejavniki, ki vplivajo na proces staranja, ne ostanejo prezrti, saj lahko z zavedanjem le teh, z zavedanjem, kaj posamezniki potrebujejo za njihovo zagotovitev in z lastnim vplivanjem nanje, pomembno pripomoremo k svoji boljši prihodnosti in prihodnosti drugih.

Namen raziskave je ugotoviti, kako na temo skrbi za svoje zdravje gledajo stari ljudje, ali imajo možnost zdravega življenjskega sloga, ali si ga lahko privoščijo, ali je njihovo okolje temu naklonjeno in temu prilagojeno, ali imajo interes posvečati pozornost svojemu zdravju in na kakšen način mogoče to že počno. Ugotoviti želim posameznikovo oceno zdravja, prisotnost bolezni in zdravstvenih težav, oceno dejavnikov, ki po mnenju anketiranih najbolj vplivajo na njihovo zdravje, zanima me ali posvečajo kakšno posebno pozornost svojemu zdravju oziroma ali v svojem življenjskem slogu vplivajo na pomembne dejavnike zdravja, ali si želijo ukrepov na področju zdravja, kako ocenjujejo potrebo po ukrepih ipd.

Rezultati raziskave lahko pripomorejo k sistematičnim ukrepom za preprečevanja zdravstvenih stanj, ki povzročajo odvisnost posameznika od drugih oseb. Prispevajo lahko k ustrežnejšemu, na podlagi

interesa ljudi utemeljenem promoviranju zdravega življenja. Pripomorejo lahko k oblikovanju aktivnosti in podpornih služb, ki bi skrbele za učinkovitejšo preventivno skrb za zdravje, k oblikovanju zakona o dolgotrajni oskrbi, kjer bi posebno skrb namenili temu, da bi s pomočjo preventivne skrbi za zdravje zmanjšali število posameznikov, ki bi storitve dolgotrajne oskrbe sploh potrebovali.

Podatke, ki služijo raziskavi, sem zbirala na področju celotne Slovenije. Tako med tistimi, ki živijo v domačem bivalnem okolju, kot tudi tistimi, ki živijo v institucionalnem okolju.

2.2 Hipoteze

Hipoteza 1: Tisti, ki imajo slabše finančno stanje, tudi zdravstveno stanje ocenjujejo slabše.

Hipoteza 2: Anketirani, ki imajo večje število oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč, bolje ocenjujejo svoje zdravje, kot tisti, ki imajo manj oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč.

Hipoteza 3: Anketirani, ki imajo končano višjo, visoko šolo ali več, v večji meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje kot tisti, ki imajo končano srednjo šolo ali manj.

Hipoteza 4: Anketirani, ki so manj zadovoljni s svojim življenjem, v manjši meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje.

Hipoteza 5: Anketirani, ki gibalne aktivnosti izvajajo 3x ali večkrat na teden, imajo manj bolezni oziroma zdravstvenih težav, kot tisti ki gibalno aktivnost izvajajo 2x tedensko ali manj.

Hipoteza 6: Anketirani, ki imajo zdrav življenjski slog, imajo manj bolezni kot anketirani, ki nimajo zdravega življenjskega sloga.

Hipoteza 7: Ženske imajo bolj zdrav življenjski slog kot moški.

Hipoteza 8: Starejši kot so anketirani, manj so seznanjeni z aktivnostmi in dogodki, ki se navezujejo na zdrav življenjski slog.

Hipoteza 9: Anketirani, ki se vsaj 1x tedensko družijo z drugimi osebami, ocenjujejo svoje zdravje bolje kot tisti, ki se družijo manj.

3. METODOLOGIJA

3.1 Vrsta raziskave

Raziskava, ki sem jo izvedla, je empirična, saj sem s pomočjo spraševanja zbirala novo, neposredno izkustveno gradivo, ki sem ga uporabila za preverjanje hipotez. Zbirala sem številčne podatke, zato je raziskava kvantitativna. Hkrati je raziskava deskriptivna oziroma opisna, saj je bil moj namen količinsko opredeliti osnovne značilnosti raziskovane teme in ugotoviti morebiten obstoj zveze med dvema ali več pojavi. Pri deskriptivnem raziskovanju ne skušamo pojasniti, kaj se skriva za obstojem takšne zveze, hipoteze običajno formuliramo v obliki trditev, podatke pa pridobivamo s standardiziranimi postopki zbiranja podatkov (Mesec, 2009; Rihter, 2014).

Tabela 3.1: Spremenljivke, indikatorji, modalitete

SPREMENLJIVKA	INDIKATOR	MODALITETA
Zdravstveno stanje	Subjektivna ocena trenutnega zdravstvenega stanja	Zelo dobro; dobro; zadovoljivo; slabo; zelo slabo
Finančno stanje	Subjektivna ocena trenutnega finančnega stanja	S sedanjimi prihodki se lahko brez težav preživljam; s sedanjimi prihodki ravno še shajam; s sedanjimi prihodki se težko preživljam
Razpoložljiva opora v socialni mreži	Na koliko poznanih oseb se lahko v vsakem trenutku obrnete po pomoč?	Na nobenega; na 1-2 osebi; na 3-4 osebe; na 5-7 oseb; na več kot 7 oseb
Izobrazba	Zaključena izobrazba	Osnovna šola ali manj; srednja šola; višja šola; visoka šola ali več
Mnenje o vplivu na zdravje	Ali menite, da s svojim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje?	Da; ne
Zadovoljstvo z življenjem	Prosim ocenite, kako zadovoljni ste s svojim življenjem	Zelo zadovoljen; zadovoljen; ne zadovoljen; zelo ne zadovoljne; ne morem oceniti
Pogostost izvajanja gibalne aktivnosti	V kolikor se ukvarjate s kakšno gibalno aktivnostjo, ki poveča vaš srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost, prosim obkrožite, kako pogosto se v povprečju z njo ukvarjate	1x na teden ali manj; 2x na teden; 3-5x na teden; 6x na teden ali večkrat
Prisotnost bolezni oziroma zdravstvenih težav	Ali imate katero od naslednjih bolezni/zdravstvenih težav?	Zvišan krvni pritisk; okvara hrbtenice; bolečine v sklepih; bolečina v križu; zvišan holesterol; zvišan krvni sladkor; popuščanje srca; srčna kap; možganska kap; rakava obolenja; motnje spanja; nenehna utrujenost; demenca; slabovidnost; slab sluh; težave z odvajanjem vode (uhajanje urina); zaprtje; revma; alkoholizem; išias; osteoporoza
Spol	Vaš spol	Moški; ženski
Pogostost druženja z drugimi osebami	Kako pogosto se družite z drugimi osebami?	Vsak dan; nekajkrat na teden; 1x na teden; manj kot enkrat na teden
Seznanjenost z dogajanjem v bližini	Seznanjen/a sem s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja in so mi na voljo v moji bližini	Sploh se ne strinjam; se ne strinjam; delno se strinjam; se strinjam; zelo se strinjam
Starost	Vaša starost	65-74 let; 75-81 let; 82-89 let; 90 in

		več let
Življenjski slog	Indeks zdravega življenjskega sloga (kajenje, uživanje alkoholnih pijač, fizična aktivnost, prehrana, telesna teža)	0-2 točki = ne zdrav življenjski slog; 3-5 točk = zdrav življenjski slog

3.2 Merski instrument

Raziskovalni oziroma merski instrument, ki sem ga uporabila za zbiranje empiričnih podatkov, je strukturiran anketni vprašalnik, kar pomeni, da je sestavljen iz več sklopov v naprej pripravljenih vprašanj, urejenih ter zapisanih v določen vrsti red v obliki vprašalnika. Vsem anektiranim so bila zastavljena enaka vprašanja, na enak način in v enakem vrstnem redu. Tudi odgovori anketirancev so se beležili na enoten način in sicer z obkroževanjem v naprej predvidenih odgovorov. V nekaterih primerih sem uporabila lestvico definiranih kategorij. Z njo sem merila odnos posameznika do določenega pojava. Sestavljale so jo trditve, ki izražajo stališče do določenega pojava, anketirani so pri vsaki trditvi označili, v kolikšni meri se z njo strinjajo. To so storili tako, da so obkrožili eno od števil ob trditvi (številke v uporabljenem strukturiranem anketnem vprašalniku so pomenile: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - delno se strinjam, 4 - se strinjam, 5 - zelo se strinjam). Nekatera vprašanja pa so vsebovala v naprej oblikovane možnosti odgovorov. Na takšen način sem pridobila dobro primerljive odgovore (Mesec, 2009).

V anketnem vprašalniku sem uporabila tudi indeks zdravega življenjskega sloga, ki sem ga povzela po Alexander idr. (2015). Indeks zajema 5 spremenljivk dejavnikov življenjskega sloga: kajenje, uživanje alkohola, telesna dejavnost, prehrana in telesna teža. Za vsakega od petih dejavnikov načina življenja sta na voljo po dva odgovora, ki sta ocenjena kot nezdrav (0 točk) in zdrav (1 točka). Povzet indeks zdravega življenjskega sloga temelji na petih točkah za vsakega udeleženca v razponu od 0 (najmanj zdravi) do 5 (najbolj zdravi). Tisti, ki zberejo 0-2 točki so uvrščeni v med tiste, ki živijo ne zdrav življenjski slog. Tisti, ki izberejo 3-5 točk pa so definirani kot tisti, ki živijo zdrav življenjski slog.

Strukturiran anketni vprašalnik je vseboval 27 vprašanj razdeljenih na 5 sklopov: 1. zdravstveno stanje (8 vprašanj), 2. gibanje (4 vprašanja), 3. socialne mreže (2 vprašanja), 4. želje in potrebe (9 vprašanj), 5. sociodemografski podatki (4 vprašanja).

Anketni vprašalnik je priložen v poglavju Priloge (priloga 8.1).

Da bi se pri posrednem komuniciranju v čim večji meri izognili nesporazumom, ki jih le to lahko prinaša, moramo v anketnem vprašalniku uporabljati, kar se da standardiziran jezik, vprašalnik mora

biti preprosto sestavljen in predhodno testiran. Na zmanjševanje pomanjkljivosti lahko vplivamo še pred samim oblikovanjem vprašanj in anketnega vprašalnika, kar nam poda osnovo za sestavo standardiziranega vprašalnika, s pomočjo katerega bomo lahko kvantitativno ocenili osnovne spremenljivke. Na ta način pa se lahko izognemo tudi temu, da bodo vprašanja in odgovori nanje stereotipni (Mesec, 2009).

3.3 Populacija

Populacijo raziskovanja predstavljajo osebe stare 65 ali več let, ki živijo v Sloveniji v obdobju med 15.4.2019 in 15.1.2020.

Odločila sem se za vzorčenje, saj nimam dostopa do spiska vseh, ki spadajo v proučevano populacijo. Iz istega razloga sem se odločila za neslučajnostno vzorčenje. Za takšno vrsto vzorca je značilno, da vsaka enota nima enake možnosti, da bo izbrana v vzorec. Vzorec je priložnostni, saj sem vanj vključila tiste ljudi, ki so meni oziroma mojim znancem najbolj dostopni. Metoda vzorčenja, ki sem jo uporabila, je metoda snežne kepe. Omenjena metoda se izvaja po naslednjih korakih: najprej izberemo potencialne anketirance, jih anketiramo, ti pa nam posredujejo kontakte drugih, ki ustrezajo raziskovani populaciji in tako predstavljajo nove potencialne anketirance, le te nato povabimo k sodelovanju v raziskovanju. Tako vzorčimo "v krogih". Prvi krog predstavljajo začetni anketiran, drugi krog tisti, katerih kontakte so posredovali začetni anketiranci in tako dalje. Z vzorčenjem na takšen način zaključimo, ko anketirani ne posredujejo več kontaktov novih potencialnih anketirancev. Slabost metode snežne kepe je v tem, da je precej odvisna od socialnih povezav, ki jih imajo posamezniki. Zgodi se lahko, da v vzorcu niso zajeti tisti, ki imajo šibka socialna omrežja, poleg tega pa se lahko zgodi, da zajamemo osebe, ki so pripadniki ene določene socialne mreže, kar lahko vpliva na pridobljene odgovore (Brečko, 2005). Da bi pridobila čim več anketiranih pa so anketne vprašalnike potencialnim anketirancem posredovali tudi moji znanci, ki sicer ne spadajo v populacijo raziskovanja.

V obdobju devetih mesecev (med 15.4.2019 in 15.1.2020) sem razdelila 262 anketnih vprašalnikov. Od tega sem 209 dobila vrnjenih in izpolnjenih. To pomeni, da je bilo v vzorec zajetih prav toliko anketiranih, saj nepopolno izpolnjenih anketnih vprašalnikov iz obdelave podatkov nismo izločili.

Prišlo je do 20,61 % osipa. Razlogi za odločitev neizpolnitve anketnega vprašalnika so od anketiranega do anketiranega lahko različni. Možno je, da nekateri anketnega vprašalnika niso znali izpolniti oziroma jim je ta bil nerazumljiv, ali pa ga niso izpolnili ker to na splošno ne radi počno,

morda se jim tema raziskave ne zdi pomembna, ali pa imajo občutek, da bodo zaradi sodelovanja v raziskavi, ki je sicer anonimna, nosili kakšne ne prijetne posledice. Možno je tudi, da so sicer anketni vprašalnik izpolnili, a ga niso vrnili osebi, ki je bila posrednik med njim in mano, torej med anketiranim in izvajalcem raziskave. Mnogi so z oddajo odlašali in nato nanjo pozabili ipd. Glavni vzrok osipa je po mojem mnenju ta, da sem le nekatere vprašalnice razdelila osebno sama, večino pa sem jih preko različnih posrednikov, ki se za to, da bi anketni vprašalnik dobili vrnjen, verjetno niso tako zavzeli, kot bi se sama. Poleg tega se zaradi istega razloga anketirani verjetno niso počutili osebno vpleteni in s tem dolžni odgovoriti na vprašalnik.

Tisti del populacije, ki je vrnil izpolnjen vprašalnik, se morda po kakšni značilnosti, ki je pomembna za prav to raziskavo, razlikuje od tistih, ki vprašalnika niso izpolnili. Ker ne vem, po čem se predstavniki populacije razlikujejo, ne vem, koga sem pravzaprav zajela v raziskavi. Rezultatov ankete, pri kateri je prišlo do osipa, zato ne moremo posplošiti na celotno populacijo (Mesec, 2009). Prav tako se zavedam se, da je posploševanje rezultatov raziskave na celotno populacijo vprašljivo zaradi neslučajnostnega vzorčenja, saj zaradi le tega ne vem, katero populacijo sodelujoči v raziskavi predstavljajo, torej težava je reprezentativnost vzorca (Brečko, 2005; Mesec, 2009).

3.4 Zbiranje empiričnega gradiva

Empirične podatke sem zbiral z anketiranjem v obdobju devetih mesecev (od 15.4.2019 do 15.1.2020). Anketne vprašalnice sem razdeljevala znancem, ki ustrezajo populaciji raziskave, torej tistim, ki so stari 65 ali več let in so v Sloveniji živeli v obdobju med 15.4.2019 in 15.1.2020. Le te pa sem tudi prosila, da kakšen anketni vprašalnik posredujejo svojim vrstnikom. Pri postopku zbiranja podatkov sem sodelovala še s svojimi prijatelji, sosedi, sorodniki in drugimi znanci, ki sicer niso ustrezali nujno populaciji raziskave, poznali pa so druge potencialne kandidate, ki bi za vključitev v raziskavo bili primerni, in so jim nato posredovali moj anketni vprašalnik. Primer takšnega načina zbiranja podatkov so moji sošolci na fakulteti v 1. letniku podiplomskega študija, ki sem jih prosila, da anketne vprašalnice posredujejo svojim starim staršem oziroma drugim znancem, ki ustrezajo populaciji raziskave. Vsem vključenim sem dala toliko vprašalnikov, za kolikor je posameznik ocenil, da jih lahko posreduje naprej.

Nekaj izpolnjenih anketnih vprašalnikov sem pridobila v enem izmed domov za stare ljudi, za kar sem pridobila dovoljenje od socialne delavke doma. Le ta pa mi je pri zbiranju podatkov pomagala s seznamami stanovalcev. Mnogim sem pri anketiranju pomagala z branjem vprašanj in ponujenih odgovorov, sicer so anketni vprašalnik izpolnjevali sami.

Na takšen način sem prišla do mnogo večjega števila zbranih podatkov, kot pa bi jih lahko zagotovila zgolj sama s svojim poznavanjem populacije raziskave. Med anketiranimi so tako tisti, ki bivajo v domovih za stare ljudi, kot tudi tisti, ki bivajo v domačem okolju. Tega sicer nisem preverjala z anketnim vprašalnikom, ampak vem glede na to, komu sem posredovala anketni vprašalnik.

Običajno sem jaz oziroma kdo od posrednikov anketiranim anketni vprašalnik pustila nekaj dni in ga šele nato prišla iskat, saj sem z anketiranjem anektiranega želela čim manj obremenjevati in mu pustila možnost izbire o času odgovarjanja na vprašanja. Vsak anketirani je skupaj z anketnim vprašalnikom prejel tudi kuverto, v katero je dal izpolnjen anketni vprašalnik. S tem sem želela zagotoviti anonimnost zbiranja podatkov.

Tistim, s katerimi smo precej oddaljeni in se ne vidimo pogosto, sem na kuverto dodala še zapisan svoj naslov in prilepljeno znamko, tako da so mi anketni vprašalnik posredovali po pošti.

Ob razdelitvi vprašalnikov sem vsakemu povedala namen raziskave, da je anketa anonimna in zakaj imajo kuverto. Dogovorili smo se tudi, kako in kdaj bom prišla do njihove izpolnjene ankete. V času zbiranja podatkov sem ves čas spremljala, koliko anketnih vprašalnikov sem že razdelila in koliko sem dobila vrnjenih. Pridobljene podatke pa sem sproti vnašala v računalnik. Predviden čas, v katerem naj bi zbrala podatke, je bil eno leto. Ker sem vse svoje vire izčrpala v devetih mesecih, sem z zbiranjem podatkov po devetih mesecih prekinila.

Reakcije anketiranih so si bile med seboj različne. Tisti, ki so me osebno poznali, so anketni vprašalnik sprejeli in izpolnili brez zaskrbljenosti, vprašanj, ali komentarjev. Tisti, katerim sem pomagala pri izpolnjevanju vprašalnika, pa so pogosto bili celo zelo veseli vprašanj. Reakcije tistih znancev, ki so bili posredniki med anketiranim in mano, so si bile med seboj zelo podobne. Po večini so se vsi na mojo prošnjo po pomoči odzvali pozitivno. Tisti ki me bolje poznajo, pa so mi običajno priskrbeli več potencialnih anketirancev, kot tisti, ki me poznajo manj. Nekateri so poročali o tem, da so jim potencialni anketiranci izražali strah pred izpolnitvijo ankete, saj naj bi jim po njihovem mnenju ta lahko prinesla negativne posledice.

Okoliščin, ki bi lahko vplivale na presojo o zanesljivosti podatkov, nisem zaznala. Sprašujem pa se, kakšen je razlog, da so anketirani pogosto izpustili kakšno vprašanje. Izpuščena vprašanja so sicer od anketiranega do anketiranega zelo raznolika. Z instrumentom povezana metodološka problematika se lahko kaže v posrednem načinu spraševanja. Na ta način je spraševanje togo in neprilagodljivo. Ker z anketiranimi nisem bila v osebni stiku, nisem mogla odkriti in rešiti

morebitnega nerazumevanja vprašanj, poleg tega pa vprašanja temeljijo na predvidevanju, da vsi enake besede razumemo na enak način, kar pogosto ne drži (Mesec, 2009).

3.5 Obdelava in analiza podatkov

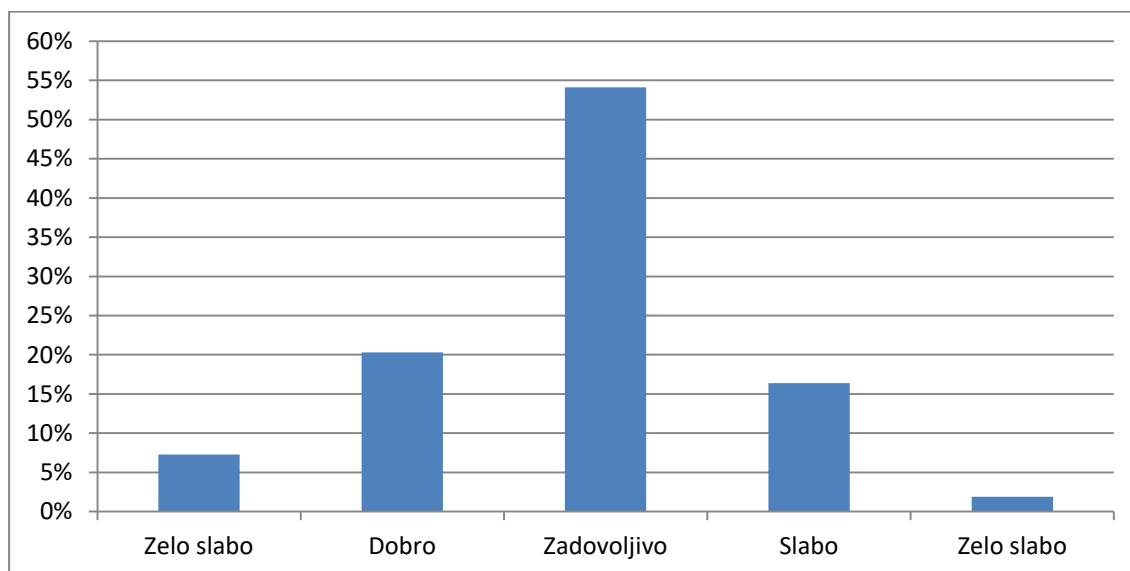
Zbrane podatke sem obdelala kvantitativno, s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel in s statističnim programom IBM SPSS v. 21,0. s $p < 0,05$ stopnjo značilnosti. Analizirani pa so bili z opisno statistiko, korelacijo in testi za testiranje hipotez s hi-kvadrat preizkusom.

Od razdeljenih 262 anketnih vprašalnikov, sem 209 dobila vrnjenih. Nekateri vprašalniki niso bili izpolnjeni v celoti, a sem jih kljub temu uporabila. Na nobeno od zastavljenih vprašanj nisem pridobila odgovora od vseh anketiranih, število manjkajočih odgovorov pri posameznem vprašanju pa je relativno nizko. Največ manjkajočih odgovorov je pri vprašanju 22, in sicer 22 odgovorov. Najmanj pa pri vprašanju 5a in 26, kjer ni odgovoril po en anketirani.

Pri rezultatih so odstotki izračunani od števila tistih, ki so odgovorili na posamezno vprašanje.

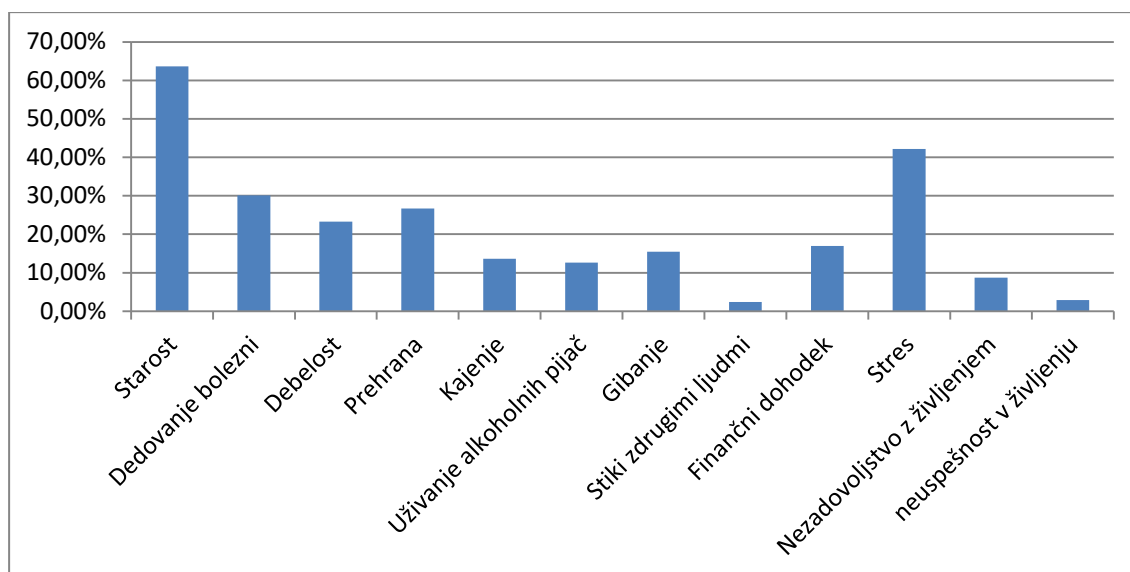
4. REZULTATI

Graf 4.1: Samoocena zdravstvenega stanja anketiranih



Na vprašanje »Kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje?«, je odgovorilo 207 anketiranih. Največ jih je svoje zdravstveno stanje ocenilo kot »zadovoljivo«. Tako je odgovorilo 112 (54,1 %) anketiranih. Kot »dobro« jih je svoje zdravstveno stanje ocenilo 42 (20,3 %), kot »slabo« 34 (16,4 %), »zelo dobro« 15 (7,3 %) in 4 (1,9 %) »zelo slabo«.

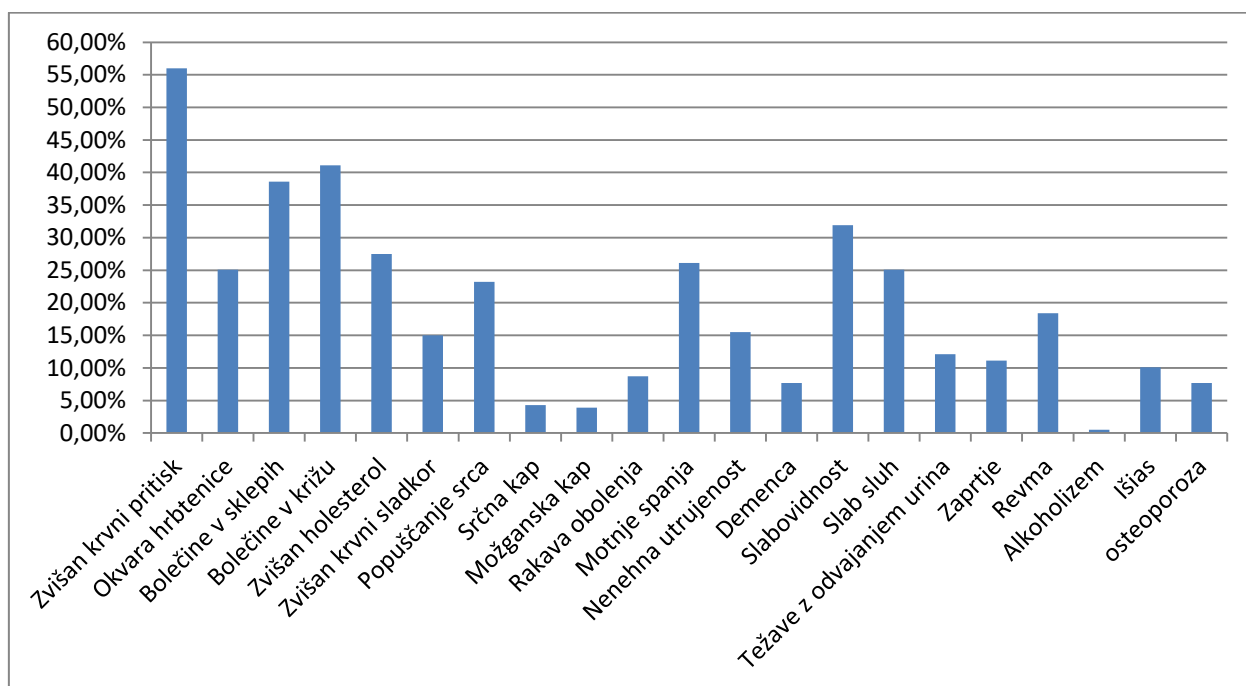
Graf 4. 2: Ocena anketiranih o vplivu nekaterih dejavnikov na zdravje



Anketirani so ocenjevali, kateri dejavniki po njihovem mnenju najbolj vplivajo na njihovo zdravje. Odgovorilo je 206 anketiranih. Možnih je bilo več odgovorov, tako so jih anketirani skupaj podali 533. Izmed 12 dejavnikov so se najpogosteje (v 131 primerih oziroma 63,6 %) odločili, da na njihovo

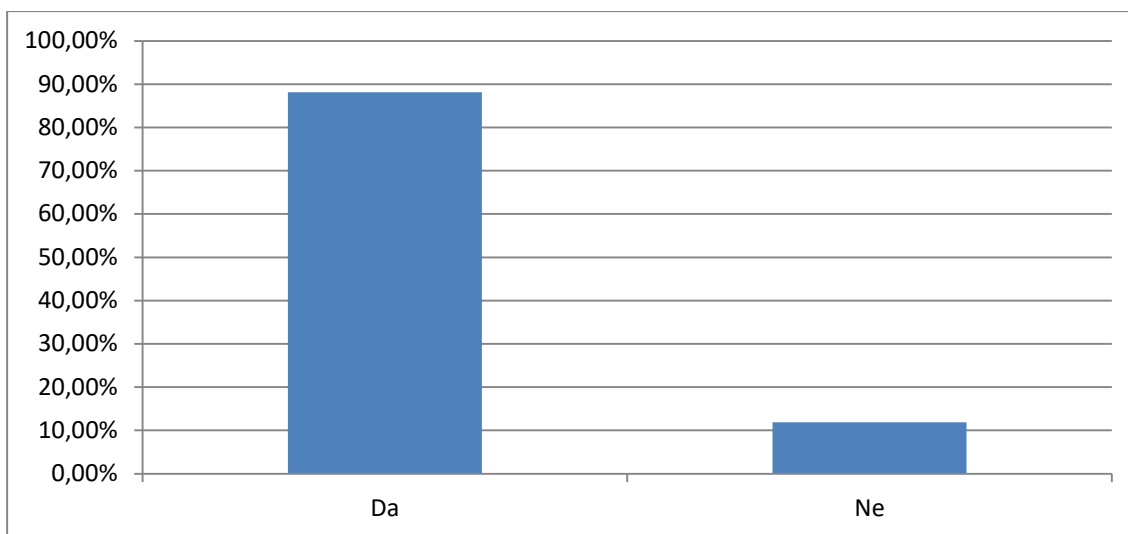
zdravje vpliva starost. Starosti sledi stres (87 primerov oziroma 42,2 %), nato dedovanje bolezni (62 primerov oziroma 30,1 %), sledi prehrana (55 primerov oziroma 26,7 %), debelost (48 primerov oziroma 23,3 %), finančni dohodek (35 primerov oziroma 17 %), gibanje (32 primerov oziroma 15,5 %), kajenje (28 primerov oziroma 13,6 %), uživanje alkoholnih pijač (26 primerov oziroma 12,6 %), nezadovoljstvo z življenjem (18 primerov oziroma 8,7 %), kot najmanjši vpliv na zdravje anektiranih pa ima po njihovem mnenju neuspešnost v življenju (6 primerov oziroma 2,9 %) in stiki z drugimi ljudmi (5 primerov oziroma 2,4 %).

Graf 4.3: Zdravstvene težave anketiranih



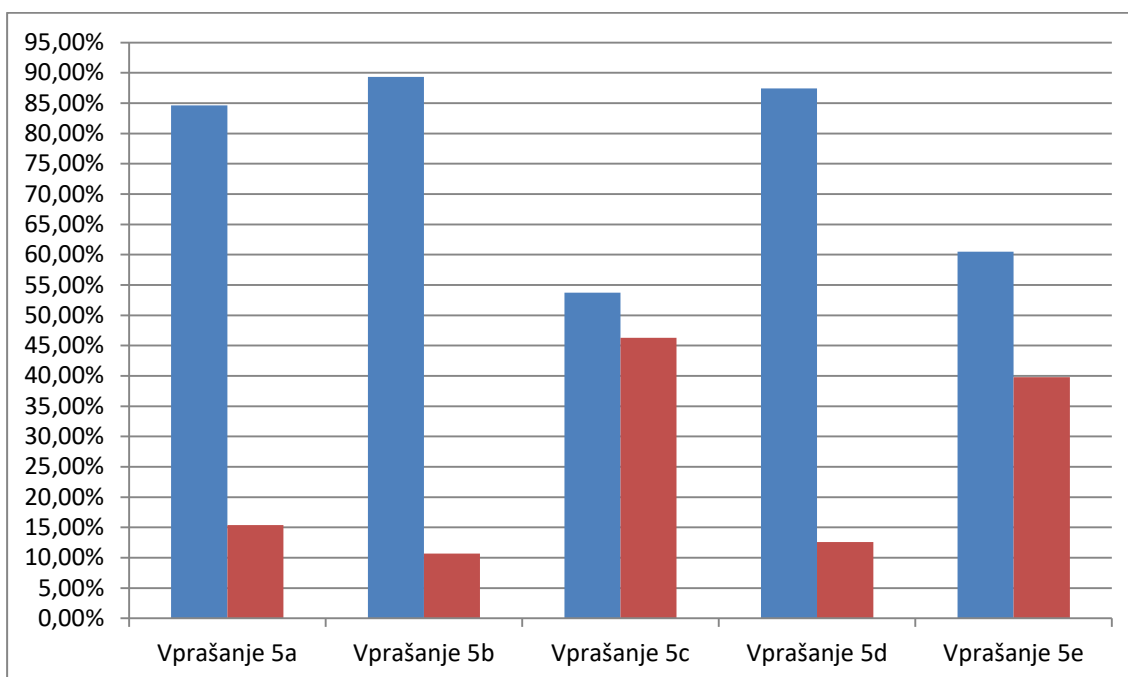
Od v vprašalniku navedenih zdravstvenih težav, je največ anketiranih 116 (56 %) odgovorilo, da ima zvišan krvni pritisk, 85 (41,1 %) bolečine v križu, 80 (38,6 %) jih ima bolečine v sklepih, 66 (31,9 %) jih slabo vidi, 57 (27,5 %) jih ima povišan holesterol, 54 (26,1 %) motnje spanja, 52 (25,1 %) jih ima okvaro hrbtenice in enak odstotek je tistih, ki slabo slišijo, 48 (23,2 %) je takšnih s popuščajočim delovanjem srca, 38 (18,4 %) jih ima revmo, 36 (17,4 %) osteoporozo, 32 (15,5 %) jih je nenehno utrujenih, 31 (15 %) jih ima zvišan krvni sladkor, 25 (12,1 %) težave z odvajanjem urina, 23 (11,1 %) ima težave z zaprtjem, 21 (10,1 %) z išiasom, 18 (8,7 %) jih ima rakava obolenja, 16 (7,7 %) demenco ali drugo zdravstveno težavo, ki ni navedena, 9 (4,3 %) jih je doživelo srčno kap, 8 (3,9 %) možgansko kap in 1 (0,5 %) ima težave z alkoholizmom. Anketirani je lahko izbral več odgovorov hkrati. Skupno je 207 anketiranih podalo 884 odgovorov, 2 anketirana pa nista podala nobenega. 22 anketiranih je navedlo, da ima po eno zdravstveno težavo, ostali imajo več zdravstvenih težav hkrati. Anketirani ima v povprečju 4,23 bolezni/zdravstvene težave.

Graf 4.4: Mnenje anketiranih o možnosti samovplivanja na svoje zdravstveno stanje



178 (88,1 %) anketiranih meni, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje. 24 (11,9 %) jih je nasprotnega mnenja, 7 pa jih na vprašanje ni odgovorilo.

Graf 4.5: Odgovori na posamezen sklop indeksa zdravega življenjskega sloga



Na indeks življenjskega sloga se v anketnem vprašalniku nanaša 5 vprašanj, pri vsakem pa sta bila dva možna odgovora (odgovor a in odgovor b), med katerima so izbirali anketirani. Na prvi sklop (vprašanje 5a) je odgovorilo 208 anketiranih, od tega jih je 84,6 % (176 anketiranih) odgovorilo, da nikoli ne kadi, 15,4 % (32) pa da so občasni/redni kadilci.

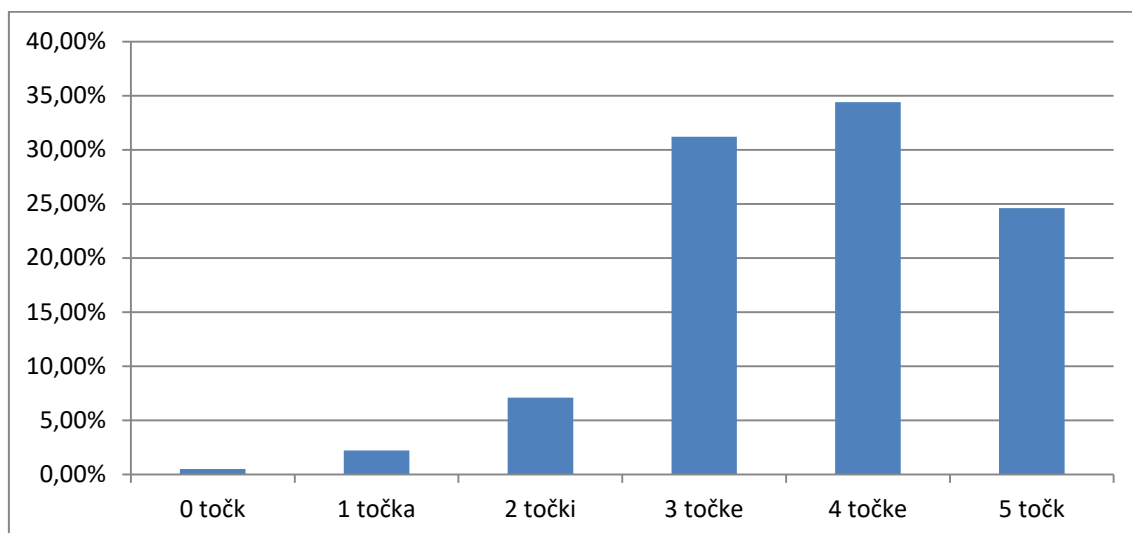
Na drugi sklop (vprašanje 5b) je odgovorilo 197 anketiranih, nanaša pa se na dnevno količino zaužitih alkoholnih pijač. Največ, 89,3 % (176) jih je odgovorilo, da dnevno zaužijejo manj kot 2 dl alkohola, 10,7 % (21) pa ga dnevno zaužije več kot 2 dl.

Tretji sklop (vprašanje 5c) se nanaša na povprečen čas trajanja fizične/gibalne aktivnosti, ki jo anketirani izvedejo v enem tednu. Nanj je odgovorilo 188 anketiranih. 53,7 % (101) anketiranih tedensko izvaja gibalno/fizično aktivnost manj kot 2,5 ure, 46,3 % (87) anketiranih pa več kot 2,5 ure.

Četrti sklop (vprašanje 5d) se nanaša na število obrokov, ki jih anketirani zaužijejo dnevno. 87,4 % (174) anketiranih zaužije 3-5 obrokov dnevno in od tega vsaj enega toplega. 12,6 % (25) pa jih zaužije manj kot tri obroke dnevno. Skupno je na ta sklop odgovorilo 199 anketiranih.

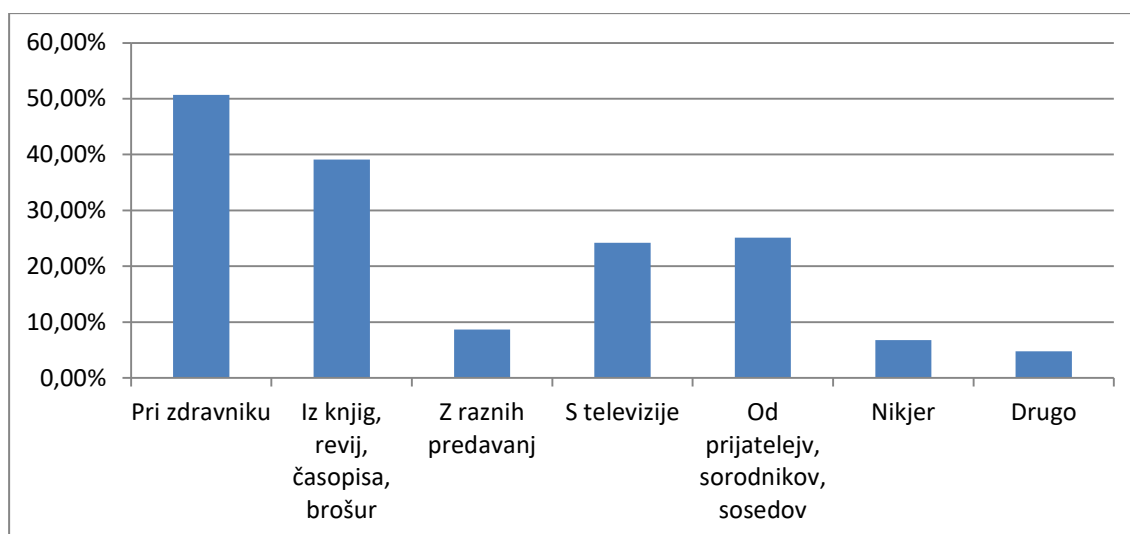
Zadnji, peti sklop (vprašanje 5e) pa se nanaša na telesno težo anketiranih. Anketirani so ocenili, ali je njihova telesna teža po njihovem mnenju ustrezna (121 anketiranih oziroma 60,2 % le teh), ali pa so presuhi/predebeli (39,8 % oziroma 80 anketiranih). 8 jih na vprašanje ni podalo nobenega odgovora.

Graf 4.6: Indeks zdravega življenjskega sloga



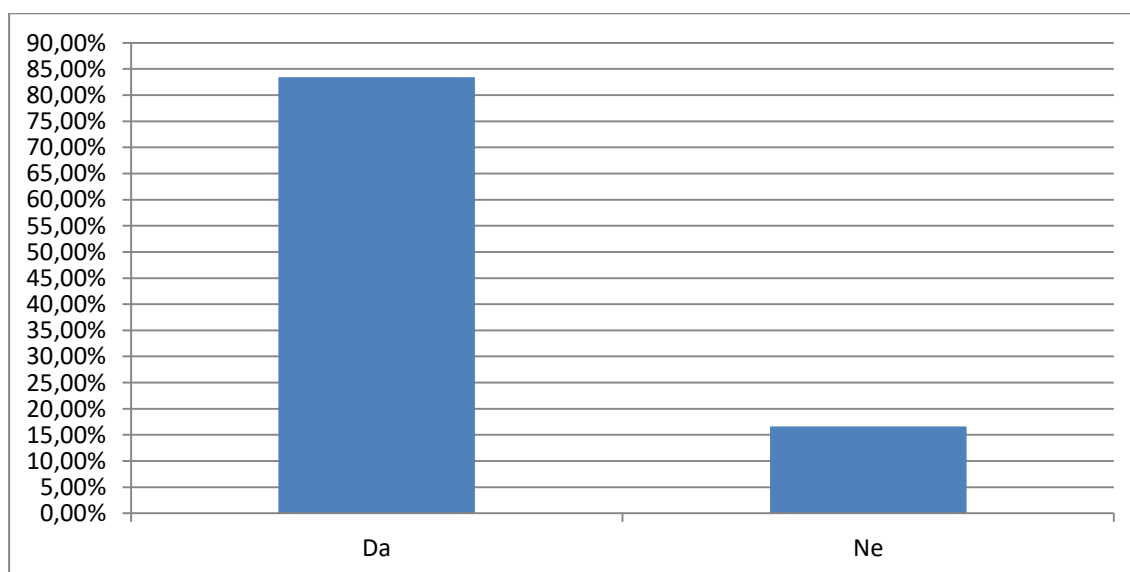
Od 209 anketiranih jih je na vsa vprašanja, ki se nanašajo na indeks zdravega življenjskega sloga, odgovorilo 183. Največ, 63 (34,4 %) anketiranih je zbralo 4 točke, 57 (31,2 %) anketiranih 3 točke, 45 (24,6 %) jih je zbralo 5 točk, 13 (7,1 %) anketiranih 2 točki, štirje (2,2 %) eno in eden (0,5 %) 0 točk. Vsi tisti, ki so izbrali 3-5 točk, naj bi imeli zdrav življenjski slog. Iz tega sledi, da ima zdrav način življenja 165 (90,2 %) anketiranih, ki so odgovorili na vsa vprašanja v sklopu indeksa zdravega življenjskega sloga.

Graf 4.7: Viri anketiranih za pridobivanje nasvetov o izboljšanju/ohranjanju zdravja



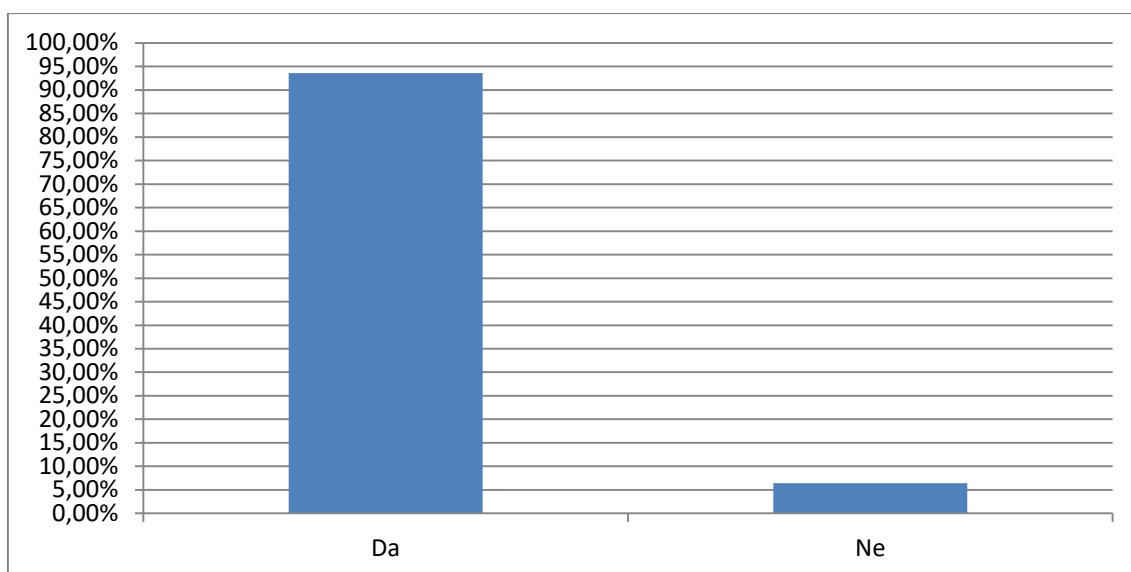
Anketirani največ nasvetov za izboljšanje/ohranjanje svojega zdravja pridobijo pri zdravniku. Tako je odgovorilo 105 (50,7 %) anketiranih. Nato po pogostosti sledi pridobivanje nasvetov iz knjig, revij, časopisa in brošur (81 oziroma 39,1 % anketiranih), precej pogosto je tudi pridobivanje nasvetov od prijateljev, sorodnikov in sosedov (52 ali 25,1 % anketiranih) ter s televizije (50 ali 24,2 % anketiranih), v manjši meri na raznih predavanjih (18 ali 8,7 % anketiranih), 14 (6,8 %) jih nikjer ne pridobiva informacij, 10 (4,8 %) pa iz drugih virov. Anketirani je lahko izbral več odgovorov hkrati, 207 anketiranih je tako skupaj podalo 330 odgovorov, 2 anketirana pa nobenega.

Graf 4.8: Upoštevanje nasvetov za ohranjanje/izboljšanje zdravstvenega stanja, ki jih anketirani prejmejo



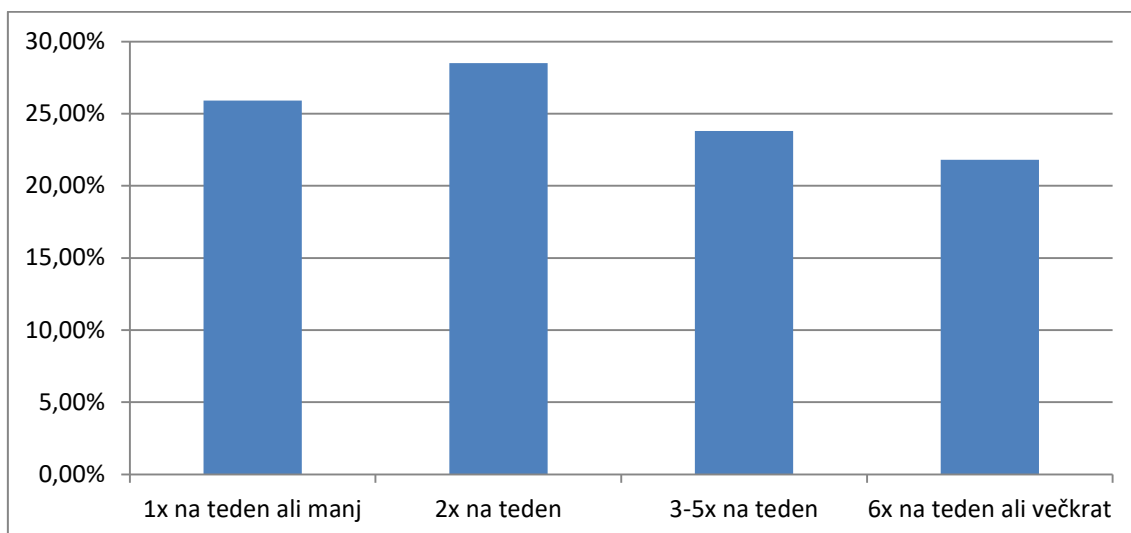
Nasvete za ohranjanje/izboljšanje svojega zdravja upošteva 166 (83,4 %) anketiranih, 33 (16,6 %) pa ne. Na vprašanje je odgovorilo 199 anketiranih.

Graf 4. 9: Dostop anketiranih do zdravstvenih storitev



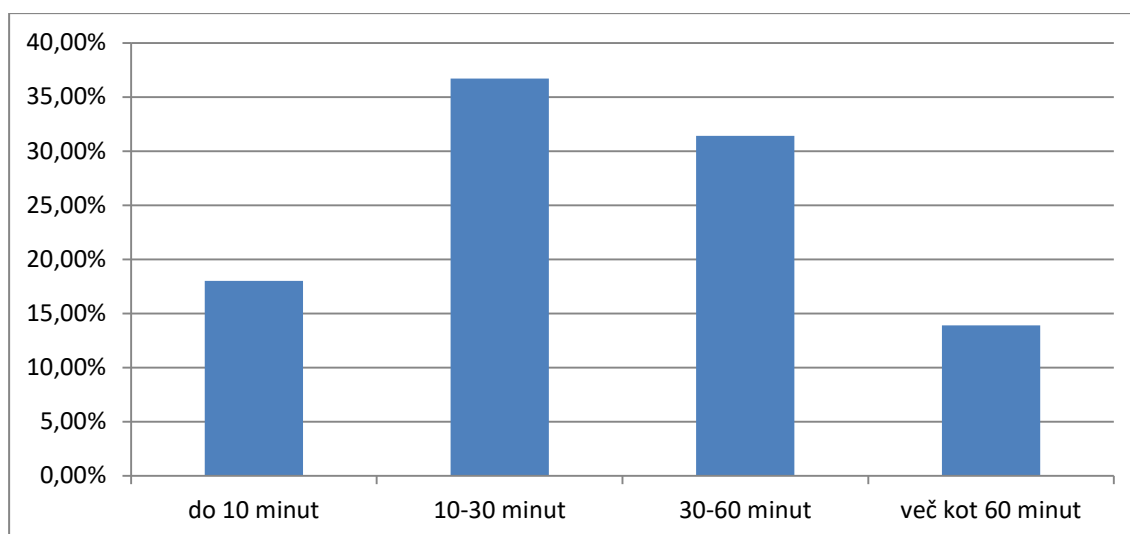
189 (93,6 %) anketiranim so zdravstvene storitve lahko dostopne, 13 (6,4 %) jih je nasprotnega mnenja, 7 anketiranih na vprašanje ni odgovorilo.

Graf 4.10: Pogostost ukvarjanja z gibalno aktivnostjo, ki jo anketirani izvajajo



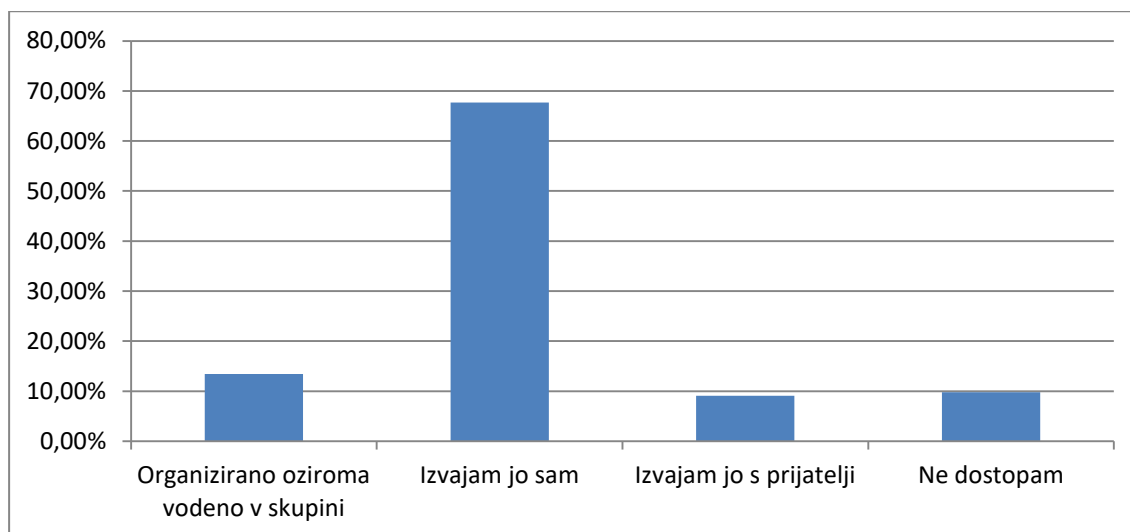
Najbolj pogosto se anketirani (55 oziroma 28,5 %) v povprečju ukvarjajo z gibalno aktivnostjo, ki poveča njihov srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost 2x na teden. Le pet manj (25,9 %) se jih z njo ukvarja 1x na teden ali manj, 46 (23,8 %) 3-5x na teden, 6x na teden ali večkrat pa 42 (21,8 %) anketiranih. V tem primeru je od 209 anketiranih odgovor podalo 193 le teh.

Graf 4.11: Trajanje izvajanja gibalne aktivnosti, ki jo anketirani izvajajo



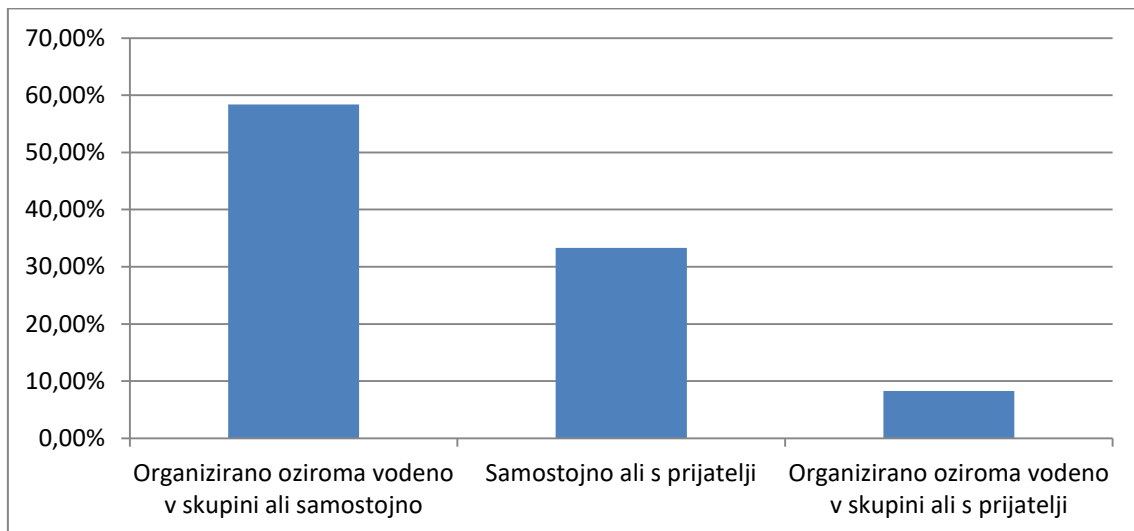
Gibalna aktivnost anketiranih v največ primerih v povprečju traja 10-30 minut, tako je odgovorilo 71 (36,7 %) anketiranih. 61 (31,4 %) jih izvaja gibalno aktivnost 30-60 minut, 35 (18 %) do 10 minut in 27 (13,9 %) več kot 60 minut. Od 209 anketiranih jih 15 na to vprašanje ni odgovorilo.

Graf 4.12: Način dostopanja h gibalni aktivnosti, ki jo anketirani izvajajo



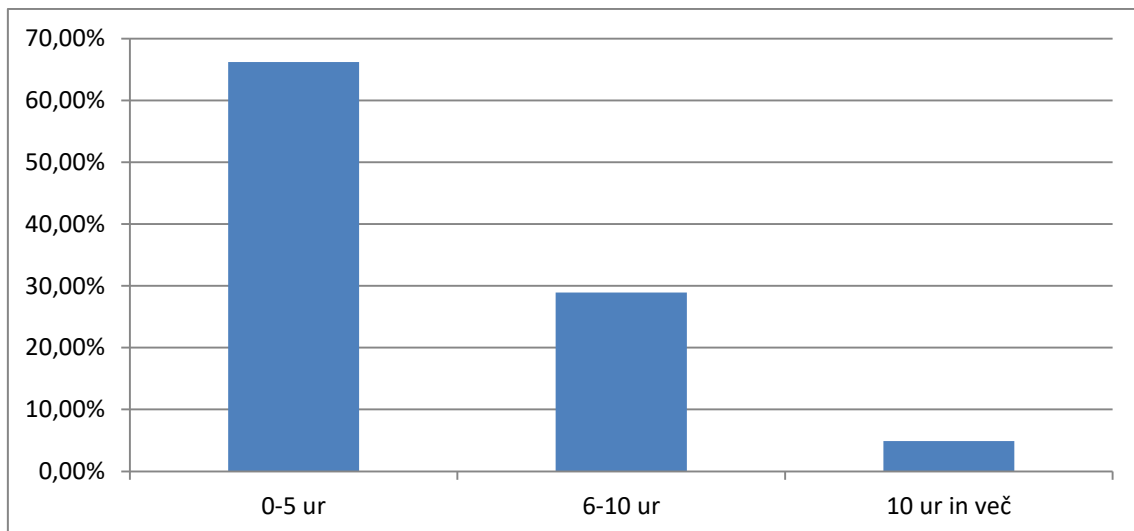
Na vprašanje: »Na kakšen način pristopate h gibalni aktivnosti?«, je odgovorilo 198 anketiranih. Od tega jih je 12 podalo dva odgovora, kar ni bilo predvideno. Kar pomeni, da je na vprašanje pravilno odgovorilo 186 anketiranih. Anketirani do gibalne aktivnosti najpogosteje pristopajo tako, da jo organizirajo samostojno, tako jih je odgovorilo 126 (67,7 %). Temu sledi pristop k organizirani gibalni aktivnosti oziroma gibalni aktivnosti, ki je vodena v skupini (25 oziroma 13,4 % anketiranih). 18 (9,8 %) jih sploh ne dostopa, 17 (9,1 %) pa gibalno aktivnost izvajajo v družbi prijateljev. 11 anketiranih na vprašanje ni podalo nobenega odgovora.

Graf 4.13: Način dostopanja h gibalni aktivnosti, ki jo anketirani izvajajo (anketirani, ki so podali dva odgovora)



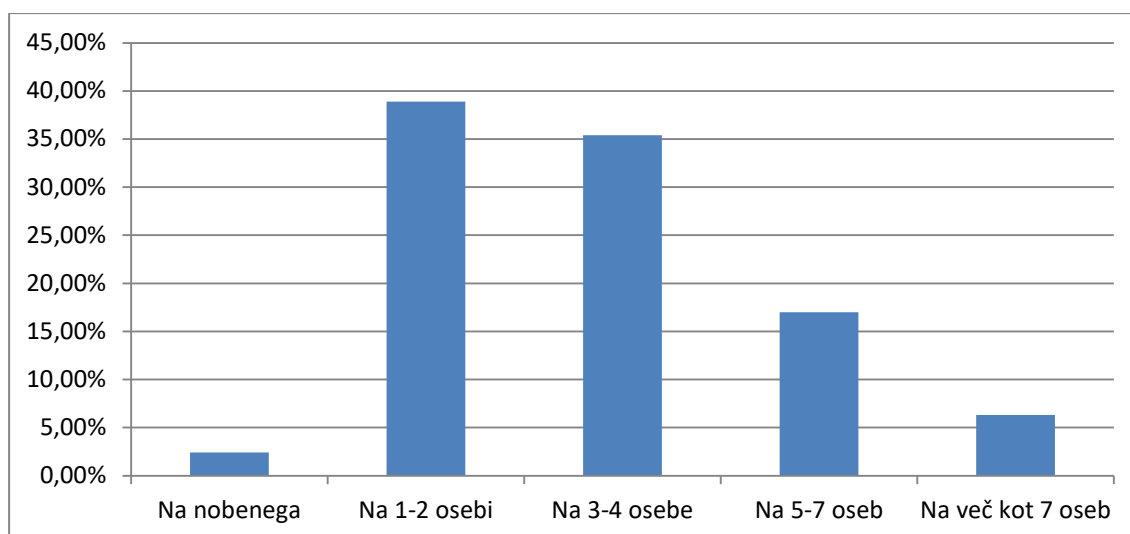
Od tistih 12 anketiranih, ki so podali 2 odgovora jih je 7 (58,4 %) odgovorilo, da do gibalne aktivnosti dostopajo ali organizirano/vodeno v skupini ali pa samostojno. Štirje (33,3 %) so odgovorili, da h gibalni aktivnosti pristopajo samostojno ali pa s prijatelji, eden (8,3 %) pa je odgovoril, da organizirano/vodeno v skupini ali s prijatelji.

Graf 4.14: Število ur, ki jih anketirani dnevno presedijo



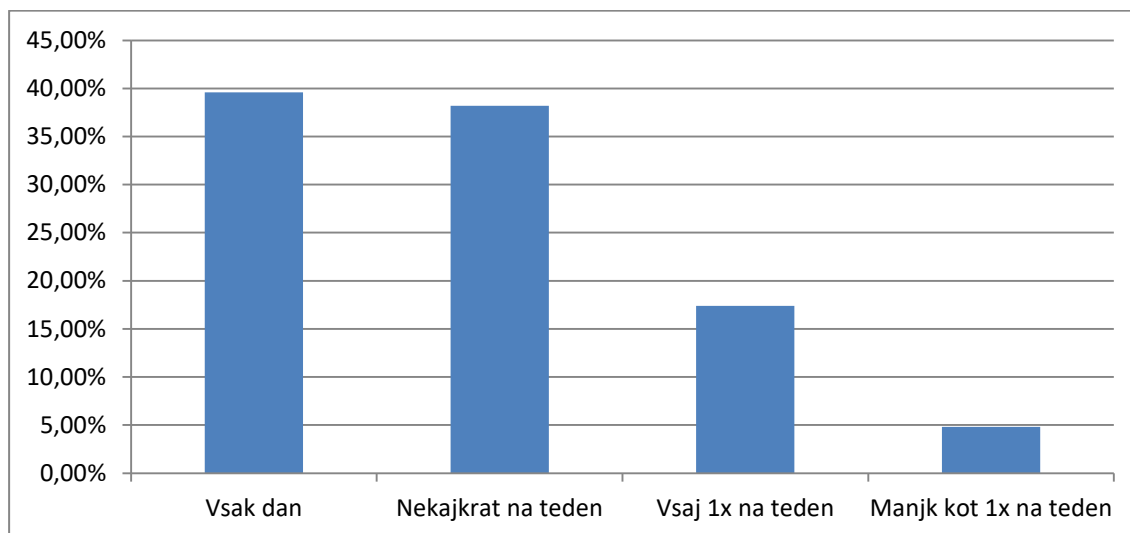
Anketirani najpogosteje (v 66,2 % oziroma 135 anketiranih) presedijo 0-5 ur dnevno. 6-10 ur jih presedi 59, kar predstavlja 28,9 %. 10 ur in več pa jih presedi 10 oziroma 4,9 %. Od petih anketiranih odgovora nismo pridobili.

Graf 4.15: Število oseb, ki so anketiranim v vsakem trenutku na voljo za pomoč



Največ, 80 (38,9 %) anketiranih ima na voljo 1-2 osebi, na kateri se lahko v vsakem trenutku obrne po pomoč. Nekoliko manj, 73 (35,4 %) ima za to na voljo 3-4 osebe, 35 (17 %) 5-7 oseb, 13 (6,3 %) na več kot 7 oseb in 5 (2,4 %) anketiranih nima nikogar, na kogar bi se lahko obrnili po pomoč. Odgovora treh anketiranih ne poznamo.

Graf 4.16: Pogostost druženja anketiranih z drugimi osebami



Na vprašanje: »Kako pogosto se družite z drugimi osebami?«, je odgovorilo 207 anketiranih. 82 (39,6 %) anketiranih se z drugimi osebami družijo vsak dan, 79 (38,2 %) nekajkrat na teden, 36 (17,4 %) vsaj 1x na teden, 10 (4,8 %) manj kot enkrat na teden.

Tabela 4.1: Želje, potrebe in predlogi

Trditev	N	Minimalna izbrana vrednost	Maksimalna izbrana vrednost	Povprečje izbranih vrednosti
Seznanjen/a sem s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja in so mi na voljo v moji bližini	196	1	5	3,27
Želim si bolj zdrave prehrane	196	1	5	3,37
Želim si obiskovati organizirane dejavnosti za starejše ljudi namenjene ohranjanju oziroma izboljševanju zdravstvenega stanja	194	1	5	2,97
Želel/a bi si brezplačno svetovanje o zdravem življenjskem slogu	194	1	5	3,30
Za bolj zdravo življenje bi potreboval/a več finančnih sredstev oziroma več brezplačnih aktivnosti povezanih s skrbjo za zdravje	195	1	5	3,57
Želim si, da bi me tedensko obiskoval prostovoljec in mi pomagal pri oblikovanju zdravega življenjskega sloga	191	1	5	2,26
Želim si, da bi bil/a večkrat vabljen/a na razne aktivnosti v okolici	190	1	5	2,70
Želim si, da bi me prihajal nekdo iskati na dom in me pospremil na aktivnosti	187	1	5	2,11

Anketirani so na lestvici od ena do pet (1- sploh se ne strinjam, 2- se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5- popolnoma se strinjam) ocenili 8 trditvev. Trditve se nanašajo na nekaj možnih ukrepov, ki bi lahko pripomogli k bolj zdravemu načinu življenja oziroma k večji aktivnosti ljudi. Anketirani so pri vseh trditvah zajeli tako najnižjo kot najvišjo vrednost. Povprečje ocene anketiranih pri nobeni trditvi ne doseže vrednosti 4 ali več, prav tako pa se pri nobeni trditvi ne spusti pod oceno 2. Ocene polovice trditvev se nahajajo med oceno 2 in 3, ocene polovice trditvev pa med 3 in 4.

Največje povprečje odgovorov znaša pri trditvi »za bolj zdravo življenje bi potreboval/a več finančnih sredstev oziroma več brezplačnih aktivnosti povezanih s skrbjo za zdravje«. Povprečje odgovorov je 3,57, (na lestvici od 1- sploh se ne strinjam do 5- popolnoma se strinjam), kar pomeni, da se povprečje bolj nagiba k oceni »se strinjam« kot k oceni »delno se strinjam«.

Trditev, ki ima drugo najvišje povprečje odgovorov je trditev »želim si bolj zdrave prehrane«. Povprečna ocena le te znaša 3,37.

Anketirani se delno strinjajo (povprečje odgovorov je 3,3) s trditvijo »želel/a bi si brezplačno svetovanje o zdravem življenjskem slogu«.

Zadnja ocena, ki znaša več kot tri (3,27) je ocena trditve »seznanjen/a sem s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja in so mi na voljo v moji bližini«.

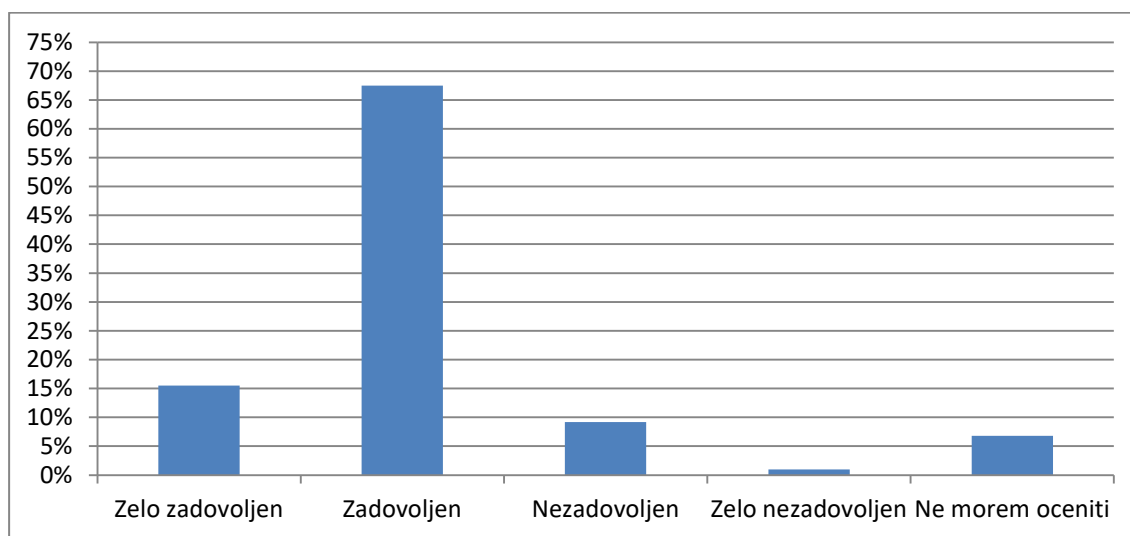
Ocena trditve »želim si obiskovati organizirane dejavnosti za starejše ljudi namenjene ohranjanju oziroma izboljševanju zdravstvenega stanja« skoraj doseže oceno 3, ki pomeni »delno se strinjam«. Ocena omenjene trditve je 2,97.

Še ena povprečna ocena je bližje meji 3 kot meji 2. Trditev »želim si, da bi bil/a večkrat vabljen/a na razne aktivnosti v okolici« je prejela povprečno oceno 2,7.

V precej veliki meri se anketirani ne strinjajo (povprečna ocena je 2,26) s trditvijo »želim si, da bi me tedensko obiskoval prostovoljec in mi pomagal pri oblikovanju zdravega življenjskega sloga«.

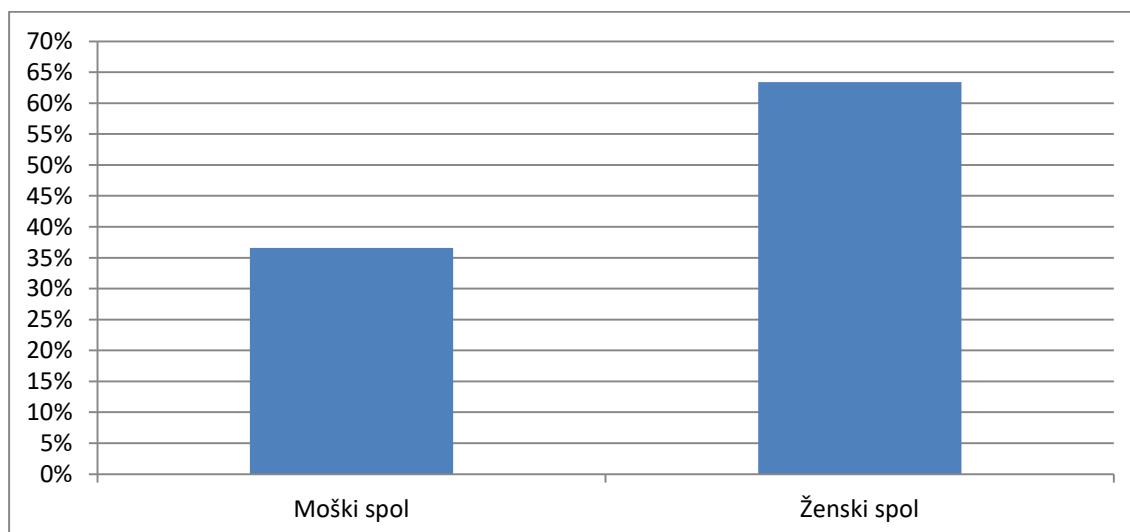
V največji meri pa se anketirani ne strinjajo s trditvijo, ki se nanaša na željo po tem, da bi jim nekdo nudil spremstvo na določeno aktivnost. Ocena anketiranih te trditve znaša 2,11, kar pomeni, da so bližje meji »se ne strinjam« (oceni 2) kot meji »delno se strinjam« (oceni 3).

Graf 4.17: Zadovoljstvo anketiranih z njihovim življenjem



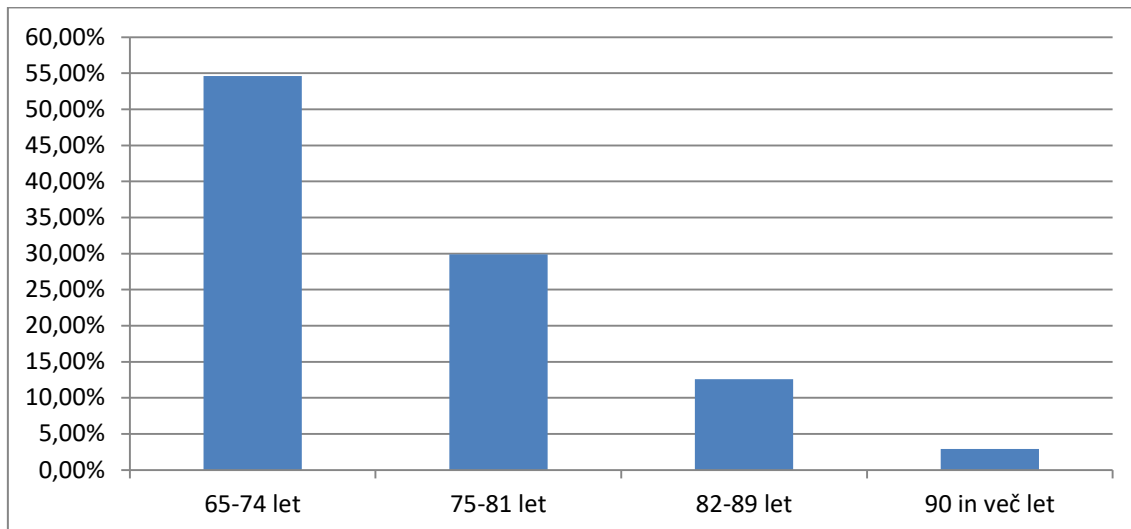
Največ anketiranih, 139 (67,5 %) je zadovoljnih s svojim življenjem, sledijo tisti 32 (15,5 %), ki so zelo zadovoljni, nato tisti 19 (9,2 %), ki so nezadovoljni, 14 (6,8 %) jih ne more oceniti, 2 (1 %) sta zelo nezadovoljna, trije pa na vprašanje niso odgovorili.

Graf 4.18: Spol anketiranih



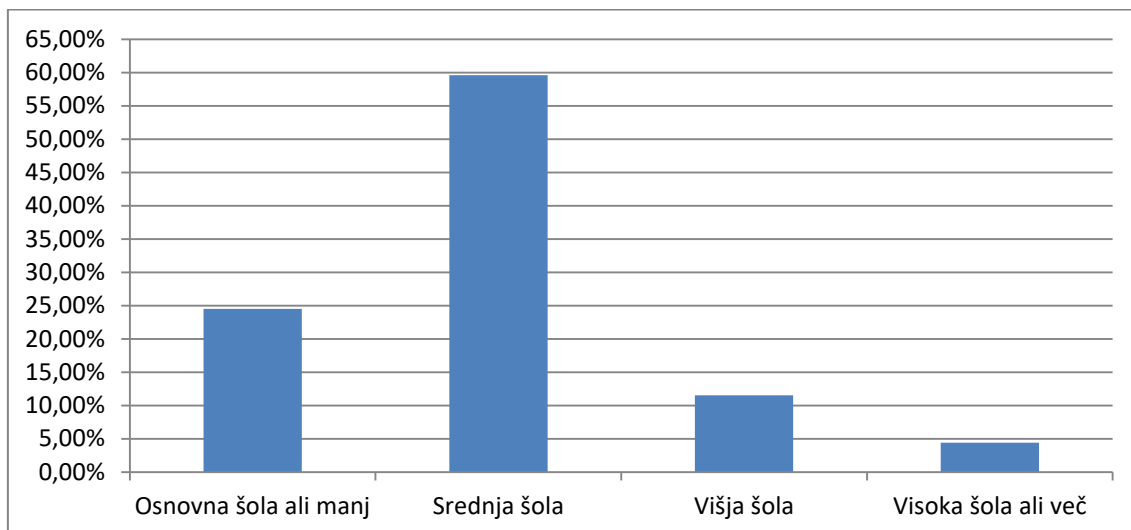
V raziskavi so sodelovali tako moški kot ženske. 130 je bilo anketiranih žensk, kar predstavlja 63,4 % anketiranih, ter 75 (36,6 %) moških. Štirje na vprašanje o svojem spolu niso odgovorili.

Graf 4.19: Starost anketiranih



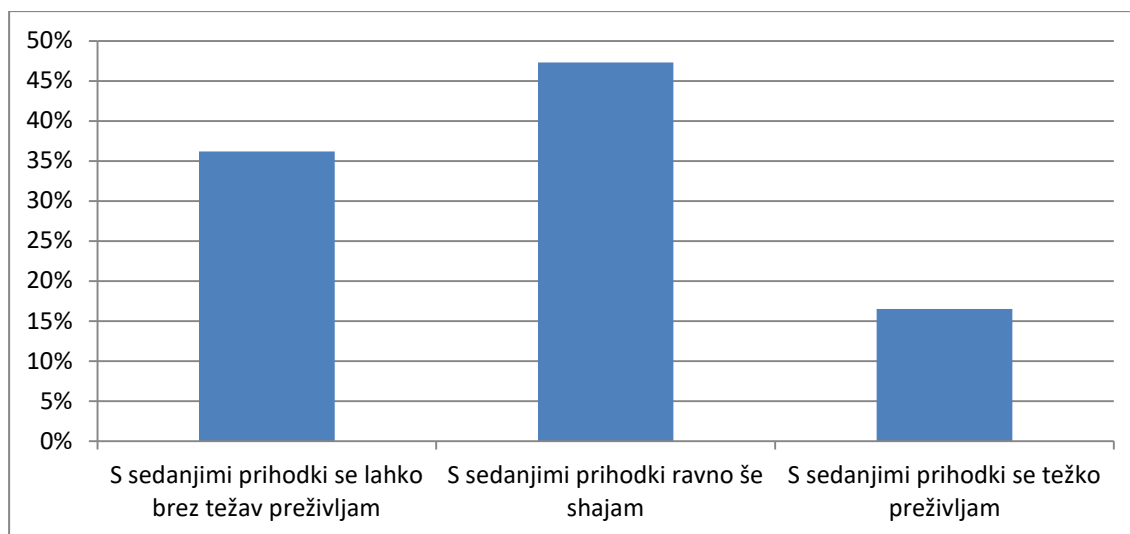
Med anketiranimi je bilo največ (113 oziroma 54,6 %) takih, ki spadajo v kategorijo starih 65-74 let. Sledijo jim tisti, ki so stari 75-81 let (62 anketiranih ali 29,9 %), nato 82-89 let (26 anketiranih ali 12,6 %), 6 (2,9 %) pa je takšnih, ki so stari 90 ali več let. 2 na vprašanje o svoji starosti nista odgovorila.

Graf 4.20: Izobrazba anketiranih



124 (59,6 %) anketiranih je odgovorilo, da njihova izobrazba temelji na zaključeni srednji šoli, od 51 (24,5 %) anketiranih izobrazba temelji na zaključeni osnovni šoli ali manj, 24 (11,5 %) jih je zaključilo višjo šolo, 9 (4,4 %) visoko šolo ali več, eden na vprašanje ni odgovoril.

Graf 4.21: Finančno stanje anketiranih



Anketirani pripadajo različnim družbenim slojem. V največ primerih anketirani s svojimi sedanjimi prihodki ravno še shaja (98 anketiranih, ki predstavljajo 47,3 % tistih, ki so na vprašanje odgovorili). 75 (36,2 %) se jih s sedanjimi prihodki brez težav preživlja, 34 (16,5 %) pa se z njimi težko preživlja. 2 na vprašanje nista odgovorila.

Tabela 4.2: Hipoteze in rezultati testiranja hipotez

Hipoteza	Rezultat testiranja
Hipoteza 1: Tisti, ki imajo slabše finančno stanje, tudi zdravstveno stanje ocenjujejo slabše.	Hipoteza je potrjena.
Hipoteza 2: Anketirani, ki imajo večje število oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč, bolje ocenjujejo svoje zdravje, kot tisti, ki imajo manj oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč.	Hipoteza je potrjena.
Hipoteza 3: Anketirani, ki imajo končano višjo, visoko šolo ali več, v večji meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje kot tisti, ki imajo končano srednjo šolo ali manj.	Hipoteza je potrjena.
Hipoteza 4: Anketirani, ki so manj zadovoljni s svojim življenjem, v manjši meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje.	Hipoteza je potrjena.
Hipoteza 5: Anketirani, ki gibalne aktivnosti izvajajo 3x ali večkrat na teden, imajo manj bolezni oziroma zdravstvenih težav, kot tisti ki gibalno aktivnost izvajajo 2x tedensko ali manj.	Hipoteza je ovržena.
Hipoteza 6: Anketirani, ki imajo zdrav življenjski slog, imajo manj bolezni kot anketirani, ki nimajo zdravega življenjskega sloga.	Hipoteza je ovržena.
Hipoteza 7: Ženske živijo bolj zdrav življenjski slog kot moški.	Hipoteza je ovržena.
Hipoteza 8: Starejši kot so anketirani, manj so seznanjeni z aktivnostmi in dogodki, ki se navezujejo na zdrav življenjski slog.	Hipoteza je ovržena.
Hipoteza 9: Anketirani, ki se vsaj 1x tedensko družijo z drugimi osebami, ocenjujejo svoje zdravje bolje kot tisti, ki se družijo manj.	Hipoteza je ovržena.

Hipoteza 1: Tisti, ki imajo slabše finančno stanje, tudi zdravstveno stanje ocenjujejo slabše. Izvedeni χ^2 test prikazuje, da znaša vrednost Pearsonovega hi kvadrat testa 23,541, vrednost signifikance pa 0,000 ($p < 0,05$). Povezanost med spremenljivkama je statistično značilna pri čemer je smer pokazala, da so tisti, ki so navedli, da imajo slabše finančno stanje (s sedanjimi prihodki ravno še

shajam in s sedanjimi prihodki se težko preživljam), tudi svoje zdravstveno stanje ocenili slabše (v obeh primerih kot »zadovoljivo«) kot tisti, ki so navedli, da se s svojimi prihodki brez težav preživljajo. Na podlagi tega sem hipotezo potrdila.

Hipoteza 2: Anketirani, ki imajo večje število oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč, bolje ocenjujejo svoje zdravje, kot tisti, ki imajo manj oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč. Iz raziskave izhaja, da je korelacija med spremenljivkama ocena zdravstvenega stanja in na koliko poznanih oseb se lahko v vsakem trenutku obrnete po pomoč, bila pozitivna, šibka in statistično značilna (Pearsonov koeficient korelacije 0,64, $p = 0,019$, $p < 0,05$). Na podlagi tega sem hipotezo 2 potrdila.

Hipoteza 3: Anketirani, ki imajo končano višjo, visoko šolo ali več, v večji meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje kot tisti, ki imajo končano srednjo šolo ali manj. Iz raziskave izhaja, da je več kot tri četrtine (85,9 %) tistih vprašanih, ki imajo zaključeno srednjo šolo ali manj, navedlo, da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje. Tisti vprašani, ki imajo končano višjo šolo ali več, pa so vsi (100 %) mnenja, da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje. Izvedeni χ^2 test prikazuje, da znaša vrednost Pearsonovega hi kvadrat testa 5,127, vrednost signifikance pa 0,024 ($p < 0,05$). Iz raziskave izhaja, da obstajajo statistično značilne razlike pri navedbi mnenja, da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje, glede na doseženo stopnjo izobrazbe. Na podlagi tega sem hipotezo 3 potrdila.

Hipoteza 4: Anketirani, ki so manj zadovoljni s svojim življenjem, v manjši meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje. Izvedeni Kolmogorov-Smirnov test nam je pokazal, da znaša vrednost signifikance 0,000 ($p < 0,05$). Na podlagi statistične značilnosti porazdelitev zadovoljstva s svojim življenjem glede na vpliv na zdravje respondentov ni normalno porazdeljena. Ker spremenljivka na obravnavani skupini ni normalno porazdeljena, sem v nadaljevanju uporabila neparametrični Mann-Whitneyev U-test. Na podlagi izvedenega Mann-Whitneyevega testa lahko rečem, da obstajajo statistično pomembne razlike v odgovorih, med skupinama ($U = 1.184,00$, $z = -3,062$, $p = 0,002$, $p < 0,05$). Razlike v ocenah zadovoljstva z življenjem glede na skupini so bile statistično pomembne. Tisti, ki so odgovorili, da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje, so podali tudi višjo oceno zadovoljstva s svojim življenjem. Na podlagi tega lahko hipotezo 4 potrdim.

Hipoteza 5: Anketirani, ki gibalne aktivnosti izvajajo 3x ali večkrat na teden, imajo manj bolezni oziroma zdravstvenih težav, kot tisti ki gibalno aktivnost izvajajo 2x tedensko ali manj. Iz raziskave izhaja, da je povprečno število bolezni/zdravstvenih težav pri skupini, katera je gibalne aktivnosti izvajala 2x na teden in manj, na posameznika znašalo 4,32 pri skupini, ki izvaja gibalne aktivnosti 3x ali večkrat tedensko pa je povprečno število bolezni/zdravstvenih težav na posameznika znašalo 4,21. Iz tega izhaja da so anketirani, ki gibalne aktivnosti izvajajo redkeje, našli več zdravstvenih težav kot anketirani, ki gibalne aktivnosti izvajajo pogosteje (3x tedensko ali več). Razlike med skupinama niso bile statistično pomembne ($p > 0,05$). Na podlagi dobljenih podatkov lahko hipotezo 5 ovržem.

Hipoteza 6: Anketirani, ki imajo zdrav življenjski slog, imajo manj bolezni kot anketirani, ki nimajo zdravega življenjskega sloga. Pri preverjanju hipoteze sem uporabila neparametrične Mann Whitneyeve teste, ki so pokazali, da razlike v številu bolezni/zdravstvenih težav niso bile statistično značilne pri navadah zdravega življenjskega sloga, kot so: alkohol, fizična aktivnost in obroki. Razlika je bila statistično značilna ($p < 0,05$) le pri navedbi povprečnega števila bolezni glede na neustrezno telesno težo. Na podlagi ugotovljenega sem hipotezo 6 ovrгла.

Hipoteza 7: Ženske živijo bolj zdrav življenjski slog kot moški. Moški zajeti v raziskavo so v navedli, da so kadilci v nekoliko večji meri (z 22,7 %) kot ženske. Da so kadike, je navedlo le 11,5 % žensk. Razlike med spoloma so bile statistično značilne (χ^2 test = 4,370, $p = 0,037$, $p < 0,05$).

Tudi pri vprašanju, ki se nanaša na količino dnevno zaužitega alkohola, so moški (21,9 %) v večji meri kot ženske (3,1 %) navedli, da uživajo alkohol. Razlike med spoloma so bile tudi v tem primeru statistično značilne (χ^2 test = 17,058, $p = 0,000$, $p < 0,05$).

Anketirani moški in ženske približno enako pogosto izvajajo fizične aktivnosti. Zato razlike med spoloma niso bile statistično pomembne (χ^2 test = 0,001, $p = 0,976$).

Tako moški, kot tudi ženske v podobni meri navajajo, da dnevno zaužijejo 3 do 5 obrokov in od tega vsaj enega toplega. Razlike med spoloma tudi tukaj niso bile statistično značilne (χ^2 test = 3,949, $p = 0,976$).

Pri samooceni primernosti telesne teže je velika večina moških in tudi žensk navedlo, da imajo ustrezno telesno težo (χ^2 test = 3,720, $p = 0,156$).

Glede kajenja in uživanja alkohola, so se pokazale statistično pomembne razlike med spoloma, pri čemer so bolj zdravo živele ženske. Pri ostalih dejavnikih (fizična aktivnost, obroki, telesna teža), pa so bile razlike med spoloma zelo majhne in niso bile statistično značilne. Na podlagi dobljenih podatkov sem hipotezo 7 ovrгла.

Hipoteza 8: Starejši kot so anketirani, manj so seznanjeni z aktivnostmi in dogodki, ki se navezujejo na zdrav življenjski slog. Iz raziskave izhaja, da je vrednost Spearmenovega koeficienta korelacije znašala -0,63 in vrednost signifikance je znašala 0,383 ($p > 0,05$). Navedeno pomeni, da obstaja med spremenljivkama negativna korelacija, torej višji kot je starostni razred, nižja je ocena seznanjenosti s predavanji, dogodki in aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja, ki so na voljo v bližini, z spremenljivko starost. Na podlagi tega sem hipotezo 8 ovrgla, saj povezanost med spremenljivkama ni bila statistično značilna.

Hipoteza 9: Anketirani, ki se vsaj 1x tedensko družijo z drugimi osebami, ocenjujejo svoje zdravje bolje kot tisti, ki se družijo manj. Iz raziskave izhaja da so vprašani ne glede na to, kako ocenjujejo svoje zdravstveno stanje, pogosteje navedli, da se z drugimi osebami družijo vsaj 1 x na teden. Izvedeni χ^2 test prikazuje, da znaša vrednost Pearsonovega hi kvadrat testa 2,695, vrednost signifikance pa 0,610 ($p > 0,05$). Povezanost med spremenljivkama ni bila statistično značilna. Na podlagi tega sem hipotezo 9 ovrgla.

5. RAZPRAVA IN SKLEPI

Glede na območja, kjer sem anketne vprašalnike razdeljevala, so anketirani razpršeni po celotni Sloveniji, živijo tako na podeželju kot tudi v mestih ali obrobjih mest, zajeti so tisti, ki živijo v institucionalnem varstvu in tisti, ki živijo v domačem okolju. Anketirani so v večini primerov anketne vprašalnike izpolnjevali sami. Tistim, ki so zaradi slabšega razumevanja vprašanj, zaradi slabovidnosti ali drugih vzrokov pri izpolnjevanju potrebovali pomoč, pa so pomagali svojci, prijatelji ali anketar. Vzorec anketiranih je bil priložnostni. Skupno zajema 209 anketiranih. Od tega 130 (63,4 %) žensk in 75 (36,6 %) moških. Anketirani so razdeljeni v štiri starostne skupine (65-74 let, 75-81, 82-89 in skupina 90 ali več letnikov). Z višanjem let v starostnih skupinah število anketiranih, ki se vanje uvrščajo, upada. Največ se jih uvršča v starostno skupino 65-74 let in sicer 62 (29,9 %) anketiranih, najmanj pa v skupino starih 90 ali več let (6 anketiranih oziroma 2,9 %).

V raziskavi, ki sem jo izvedla, se je pokazalo, da je samoocena zdravstvenega stanja anketiranih povezana z njihovim finančnim stanjem (npr. bolj kot je finančno stanje slabo, slabša je ocena zdravstvenega stanja). V literaturi (Povše, 2010) lahko preberemo, da je eden izmed pomembnejših socialno-ekonomskih dejavnikov, ki vpliva na posameznikovo zdravje, njegovo finančno stanje. Od njega je namreč odvisno zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb (dostopnost stanovanja, možnost pridobivanja kakovostne hrane, obleke in obutve ter zdravstvenih storitev). V primeru, da je posameznikovo finančno stanje slabo, se ne more enakovredno vključevati v družbeno in socialno okolje, kar pa se pozna na psihološkem stanju (občutek nesposobnosti, nespoštovanja, izključenosti, nizke samopodobe in samozavesti). V mnogo primerih se posamezniki ne morejo vključiti v skupnost, saj udeležba dogodkov, dejavnosti in aktivnosti pogosto zahteva plačevanje članarin ali vstopnin (Povše, 2010). Glede na finančno stanje so se anketirani razvrstili v eno izmed treh kategorij (s sedanjimi prihodki se lahko brez težav preživljam, s sedanjimi prihodki ravno še shajam ali s sedanjimi prihodki se težko preživljam). Iz pridobljenih podatkov lahko vidim, da anketirani pripadajo različnim družbenim slojem. Največ jih je navedlo, da s sedanjimi prihodki ravno še shajajo. Tako ocenjuje skoraj polovica oziroma 98 (47,3%) anektiranih. Po ocenah slovenskih gospodinjstev (ne glede na starost članov gospodinjstva) v letu 2019, kako preživijo s svojimi prihodki, se je izkazalo, da je največ (33 %) takih gospodinjstev, ki so se preživeli »z manjšimi težavami«, »dokaj lahko« se jih je preživelo 29 %, »težko ali zelo težko« 20 % in »lahko ali zelo lahko« pa 19 % (manjša odstopanja v odstotkih so zaradi zaokroževanja Statističnega urada Republike Slovenije) (Statistični urad Republike Slovenije, b.d.a). Izkazalo se je, da v primerjavi anketiranih in splošno gospodinjstev v Sloveniji, za 17,9 % več anketiranih takih, ki se s sedanjimi prihodki brez težav preživljajo. Med anketiranimi je manj tistih, ki se preživljajo s težavo. Nekoliko manjši v

primerjavi s slovenskimi gospodinjstvi pa je odstotek anketiranih, ki ravno še shajajo. Iz tega sklepam, da je vzorec anketiranih glede na njihovo finančno stanje zajel tiste, ki so med gospodinjstvi z boljšim finančnim položajem.

Večina anketiranih (59,6 %) je zaključila srednjo šolo, precej velik delež osnovno šolo, najmanj pa je takih, ki imajo zaključeno visoko šolo ali več. Iz tega sklepam, da so anketirani v povprečju »srednje izobraženi«. Med splošno populacijo starih v Sloveniji v letu 2019 je bilo prav tako največ (192.089) takih, ki so zaključili srednjo šolo, nekoliko manj (164.872) takih, ki so zaključili največ osnovno šolo in najmanj (56.100) takih, ki imajo zaključeno višjo ali visoko šolo (Statistični urad Republike Slovenije, b.d.b). Predvidevam, da sem v vzorec zajela anketirane, ki so po stopnji izobrazbe primerljivi s stopnjo izobrazbe splošne populacije starih ljudi v Sloveniji.

Novak (2010) se sprašuje, ali objektivna ocena življenja nekega posameznika, ki ga ocenjuje kot nekvalitetnega, zares nujno pomeni, da tudi ta posameznik s svojo subjektivno oceno nujno ocenjuje, da je njegovo življenje nekvalitetno? Ali morda ukrepi za preventivno delovanje, kot jih poznamo zdaj, niso tako učinkoviti, ker so posamezniki kljub izpostavljenosti dejavnikom tveganja, zadovoljni s svojim življenjem? Tomšič (2014, str. 31) je mnenja, da je dober odsev in napoved oviranosti, funkcionalne sposobnosti, obolenosti in umrljivosti prebivalstva njihova samoocena zdravstvenega stanja. Pri samooceni zdravja posamezniki običajno upoštevajo fizične in duševne zdravstvene dejavnike, socialne dejavnike ter zadovoljstvo z življenjem. Hlebec, Lah in Pahor (2008) dodajajo, da je ocena zdravstvenega stanja starih ljudi v veliko primerih odvisna od zdravstvenega stanja njihovih vrstnikov, saj svoje zdravstveno stanje primerjajo z njihovim (Hlebec, Lah in Pahor, 2008). Leta 2012 je bil v Sloveniji odstotek tistih, ki so svoje zdravje ocenili kot dobro ali zelo dobro, najnižji med tistimi, ki so bili v pokoju (39,3 %) (Tomšič, 2014, str. 32). V raziskavi, ki sem jo izvedla, se je izkazalo, da več kot polovica anketiranih ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot »zadovoljivo«, kar 34 kot »slabo« in štirje »zelo slabo«. Le 15 pa kot »zelo dobro«. Pogostejše so torej vmesne ocene, najskerajnejši (zelo dobro in zelo slabo) pa so anketirani izbirali najredkeje.

Glede na to, da so tisti anketirani, ki so svoje zadovoljstvo z življenjem ocenili negativno, v manjšini (10,2 % anketiranih) in da sicer prevladujejo tisti, ki so »zadovoljni« (torej tisti, ki so izbrali vsaj srednjo ali pozitivno vrednost), bi se lahko strinjala z mnenjem, ki ga navaja Tomšič (2014, str. 31), da je samoocena zdravja posameznika med drugim odvisna tudi od njihovega zadovoljstva z življenjem. V raziskavi, ki sem jo izvedla je med anketiranimi res največ takih (54,1 %), ki svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot »zadovoljivo« in največ takih (67,5 %), ki so s svojim življenjem »zadovoljni«. Prav tako pa je najmanj anketiranih takih, ki svoje zdravstveno stanje ocenjujejo kot »zelo slabo« (1,9 % anketiranih) in takih, ki so s svojim življenjem »zelo nezadovoljni« (1 %

anketiranih). Poleg tega pa se je v moji raziskavi izkazalo, da tisti anketirani, ki so manj zadovoljni s svojim življenjem, v manjši meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje. Predvidevam, da bolj kot imamo občutek, da imamo nadzor in moč na različnih področjih našega življenja, bolj smo z življenjem zadovoljni.

Več kot pol tistih, ki so stari 65 in več let, zboli za eno izmed dolgotrajnih bolezni (Povše, 2010). Starost najpogosteje spremljajo težave, ki povzročajo upad kognitivnih funkcij, zmanjšanje sposobnosti funkcionalnega delovanja, posledica česar pa je običajno odvisnost od pomoči drugih. Težave v starosti so povezane s srčno-žilnimi boleznimi, skeletno-mišičnimi težavami, obrabo sklepov, rakavimi obolenji, kožnimi težavami, nevropsihiatričnimi motnjami (depresija, motnje spanja, demenca), oslavljenim delovanjem čutil kot sta sluh in vid, uhajanjem urina, zaprtjem, geriatričnimi sindromi (težave z ravnotežjem, vrtoglavica), ki so pogosto razlog za padce, zlome, kronične bolečine in preležanine, pogoste so tudi težave z oslavljenim imunskim sistemom in težave vezane na sočasnost različnih bolezenskih stanj (Vilčnik, b.d.). Z izvedeno raziskavo sem pridobila podatke, ki kažejo na to, da imajo anketirani precej zdravstvenih težav. Le 22 anketiranih je navedlo, da imajo po eno izmed naštetih zdravstvenih težav, 185 anketiranih pa več hkrati, s čimer lahko potrdim, da starost pogosto spremljajo zdravstvene težave. Skupno 207 anketiranih je navedlo 884 zdravstvenih težav. Dva anketirana nista navedla nobene zdravstvene težave, kar lahko pomeni, da zares nobene nimata, da svojih zdravstvenih težav ne znata pojasniti, ju je sram priznati, ali pa da na vprašanje zaradi različnih drugih vzrokov nista odgovorila. Rezultati raziskave so pokazali, da imajo anketirani najpogosteje zvišan krvni pritisk (56 % anketiranih). Na težave s krvnim pritiskom pri ljudeh kažejo tudi ugotovitve, do katerih so prišli med preventivnimi pregledi krvnega pritiska, kjer se je pokazalo, da je izmed 500.000 pregledanih imelo 34,6 % povišan krvni pritisk (v preglede pa niso bili vključeni samo stari ljudje, pri katerih je visok krvni pritisk še pogostejši) (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010). Precej anketiranih v izvedeni raziskavi ima bolečine v križu (41,1 % anketiranih) in sklepih (38,6 % anketiranih). Prav tako anketna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (European Health Interview Survey, 2007, kot navedeno v Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010) kaže na to, da je med 65 in več letniki 56,7 % takih, ki imajo bolečine v križu (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010). Po pogostosti zdravstvenih težav v raziskavi, ki sem jo izvedla, sledijo slabovidnost, težave s povišanim holesterolom, motnje spanja, okvara hrbtenice, naglušnost, popuščanje delovanje srca, revma, osteoporoza, nenehna utrujenost, zvišan krvni sladkor, težave z odvajanjem urina, težave z zaprtjem, išias, rakava obolenja, demenca ali druge nedefinirane zdravstvene težave. Manj kot 10 anketiranih je doživelo srčno kap ali možgansko kap, le eden pa ima težave z alkoholizmom. Zelo podobne ugotovitve oziroma skoraj enake so se pokazale

tudi z rezultati raziskave Fakultete za šport, kjer so anketirani zmed 15 naštetimi obolenji (ki se najpogosteje pojavijo po 65. letu starosti), najpogosteje navedli, da imajo zvišan krvni tlak, nato okvaro hrbtenice, sledijo bolezni sklepov in nato povišan holesterol (Karpljuk in Videmšek, 2010). Ugotovitve izvedene raziskave se tako skladajo z ugotovitvami, ki so zapisane v zdravstvenem statističnem letopisu leta 2001, kjer lahko preberemo, da so se stari ljudje na zdravniško pomoč obračali predvsem zaradi vezivno-tkivnih, srčno-žilnih, mišično-skeletnih bolezni, težav s prebavili in zaradi poškodb (Ramovš, 2003, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010).

Pogosto se srečamo s prepričanjem, da so zdravstvene težave sinonim za starost in stare ljudi. Corbett in Kunter (2001, kot navedeno v Hlebec, Lah in Pahor, 2008) pa poudarjata, da ni nujno, da ima star človek zdravstvene težave in tudi ni nujno, da je človek, ki ima zdravstvene težave, star. Opozarjata tudi na to, da je ljudi pogosto sram priznati, da imajo zdravstvene težave, zato se družba pogosto ne zaveda, da imajo zdravstvene težave tudi tisti, katerih navzven še niso vidne. A tudi v raziskavi, ki sem jo izvedla se je pokazalo, da anketirani v največji meri kot vzrok za njihove zdravstvene težave razumevajo svojo starost. Domnevam, da je to lahko znak pasivnosti, vdanosti v usodo, miselnosti, da težave spadajo k starosti ipd. Po mnenju anketiranih torej na njihovo zdravstveno stanje tako najbolj vpliva starost (63,6 % anketiranih), najmanj pogosto (v manj kot 10 %) pa so menja, da imajo vpliv na njihov zdravje socialni stiki oziroma pomanjkanje le teh, neuspešnost v življenju in nezadovoljstvo z življenjem.

Nasvete za ohranjanje oziroma izboljšanje svojega zdravja anketirani v največji meri pridobivajo s strani zdravnika (50,7 %), sledijo knjige, revije, časopisi in brošure (39,1 %). Pridobljene nasvete ne upošteva 16,6 % anketiranih, sicer pa skoraj vsi anketirani (93,6 %) menijo, da so jim zdravstvene storitve lahko dostopne. Sklepam, da zdravnikom ljudje zaupajo in se zanašajo na njihovo znanje. Podobno sej je izkazalo pri raziskovanju v okviru priprave opisa stanja na področju prehrane in gibanja pri starejših v Sloveniji, ko so bile izvedene fokusne skupine. Udeleženske fokusnih skupin so na vprašanje, kaj bi jih spodbudilo oziroma motiviralo k spremembi prehranskih navad, odgovorile, da le nasvet zdravnika ali zdravstvene težave same (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

Različni strokovnjaki (Novak, 2010; Povše, 2010; Petrovec, Bizjak, Rednak Robič, Kopasić in Kramar, b.d.; Česen, 2006, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010; Zveza društev upokojencev Slovenije, 2013) na podlagi mnogih raziskav poudarjajo pomen zdravega življenjskega sloga in kako velik vpliv lahko ima posameznik na svoje zdravje. Posameznikovo ravnanje ima veliko večji vpliv na zdravje kot dedni ali drugi dejavniki. Zdravje je torej nekaj, kar od nas zahteva trud in nikakor ni

samoumevno. V raziskavi, ki sem jo izvedla, se je izkazalo, da so anketirani v veliki večini (88,1 %) mnenja, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje. Domnevam, da je to pokazatelj dobre ozaveščenosti o vsaj splošnem pomenu skrbi za svoje zdravje, ali pa je razlog v tem, da so osebe v vzorcu moje raziskave glede finančnega stanja v bolj ugodnem položaju kot populacija nasploh. Glede na indeks zdravega življenjskega sloga se je izkazalo, da le 9,8 % anketiranih nima zdravega življenjskega sloga (za 26 anketiranih pa ne moremo oceniti). Glede na kazalnike zdravega življenjskega sloga se je izkazalo, da anketirani v največ primerih (v več kot 80 %) k zdravemu načinu življenja prispevajo s tem, da ne kadijo, da zaužijejo 3 do 5 obrokov dnevno in od tega vsaj enega toplega ter ne uživajo prekomerne količine alkoholnih pijač. Podatki za Slovenijo kažejo, da je kajenje dejavnik tveganja, ki je v največ primerih kriv za prezgodnjo smrt ali izgubo zdravih let življenja. V Sloveniji vsako leto zaradi posledic kajenja umre okoli 3.600 ljudi (od tega jih je nekaj manj kot 900 takšnih, ki so stari manj kot 60 let) (Koprivnikar, 2014). Povše (2010) navaja, da s starostjo manj ljudi kadi in manj si jih prizadeva za skrb za telesno kondicijo, več pa naj bi jih uživalo alkoholne izdelke. V raziskavi, ki sem jo izvedla so bili sicer zajeti samo stari ljudje, zato ne morem primerjati z mladimi, a glede na rezultate je razvidno, da je med anektiranimi res majhen delež tistih, ki kadijo. Težko pa bi se strinjala, da se podatki ujemajo s tem, da stari ljudje ne skrbijo za telesno kondicijo in da pogosto uživajo alkohol. V raziskavi splošne slovenske populacije se je sicer pokazalo, da eden na vsakih deset Slovencev prekomerno uživa alkohol, vsak drugi pa je vsaj enkrat na leto opit. Ženske v primerjavi z moškimi v povprečju pijejo alkohol redkeje in v manjših količinah. Slovenija zaseda mesto v samem vrhu med državami članicami EU glede na porabo alkohola in zdravstvene posledice, ki se nanašajo na uživanje alkohola (Lovrečič in Lovrečič, 2014, str. 72).

Pri samooceni telesne teže so anketirani v največ primerih dopisali, da so predebeli (čeprav dopis ni bil predviden). Do debelosti oziroma prekomerne telesne teže pride, ko je preveč telesnega maščevja in ta začne škodljivo vplivati na zdravje. Do nje najpogosteje pride zaradi prehranjevanja z večjo količino hrane in njeno večjo kalorično vrednostjo, kot je telo potrebuje (Povše, 2010). Sicer pa na debelost lahko vplivajo tudi drugi vzroki. Ti se vežejo na psihološko, socialno ali genetsko področje. Debelost je pogostejša med tistimi, ki so revni in slabše izobraženi (Hlastan Ribič in Kranjc, 2014a, str. 50). Med starimi ljudmi ne glede na spol je takšnih s prekomerno telesno težo več kot 2/3 (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010). V raziskavi, ki sem jo izvedla, se je izkazalo, da ima neustrezno telesno težo dobra tretjina anketiranih. Mnoge raziskave telesno težo pridobivajo s pomočjo izračuna indeksa telesne mase, v moji raziskavi pa so ljudje sami ocenili svojo telesno težo. To je eden izmed razlogov, ki bi lahko povzročil neujemanje med rezultati različnih raziskav.

Opazimo lahko, da je kar pri treh zdravih navadah, ki se navezujejo na indeks zdravega življenjskega sloga (raba alkohola v mejah, ki niso škodljive, neuporaba tobačnih izdelkov in redno uživanje dnevnih obrokov) % anketiranih, ki se jih poslužujejo, višji od 84 %.

Zanimivo je, da ima velika večina anketiranih kljub temu, da imajo glede na rezultate indeksa zdravega življenjskega sloga zdrav življenjski slog in glede na to, da različne raziskave trdijo, da zdrav življenjski slog pripomore k boljšemu zdravju, še vedno veliko zdravstvenih težav, ki se pogosteje pojavljajo s starostjo. Zanima me, ali so te zaradi njihovega načina življenja v blažji obliki. Hipotezo 6: anketirani, ki imajo zdrav življenjski slog, imajo manj bolezni kot anketirani, ki nimajo zdravega življenjskega sloga, sem ovrgla. Za bolj podrobne in realne rezultate vpliva zdravega življenjskega sloga bi verjetno morala dodelati indeks zdravega življenjskega sloga, saj je zdajšnji vseboval precej splošne dejavnike, ki vplivajo na življenje. Za bolj podrobne podatke o načinu življenja anketiranega in da bi ti bolj realno pokazali njihov življenjski slog, bi bilo dobro posamezne dejavnike zdravega življenjskega sloga, ki sem jih v anketnem vprašalniku zajela zdaj, podrobno razčleniti in postaviti zanje podvprašanja. Npr. pri prehrani ne bi spraševali zgolj po številu obrokov in po tem, ali anketirani zaužije vsaj en topel obrok, ampak tudi, kakšna je kakovost teh obrokov, koliko sladkorja in soli vsebujejo, ali anketirani zajtrkujejo, koliko sadja na dan pojedjo ipd. Prav tako velja za vprašanje vezano na tobak, alkohol, debelost in gibanje.

Glede na raziskave v preteklosti je v Sloveniji med tistimi, ki so stari 65 ali več let, približno 60 % takšnih, ki so telesno nedejavni (Drev, 2010). Do skoraj skladne ugotovitve sta prišla Karpljuk in Videmšek (2010), ki sta sodelovala v raziskavi Fakultete za šport Univerze v Ljubljani, ki je leta 2008 izvedla raziskavo, v kateri je sodelovalo 1313 oseb starih 65 ali več let. Izmed teh je bilo 59 % takšnih, ki so na področju izvajanja športnih aktivnosti neaktivni. Prav tako stanje v družbi glede gibanja starih ljudi potrjuje raziskava Slovensko javno mnenje 2006, ki je pokazala, da v starostni skupini 65 in več let 64 % anketiranih športne aktivnosti ne izvaja oziroma so nedejavni (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010). V raziskavi, ki sem jo izvedla jaz, pa sem prišla do ugotovitev, da je nedejavnih oziroma dejavnih 1x tedensko ali manj, 25,9 % anketiranih, kar je lahko dober pokazatelj za to, kako pomemben je vzorec anketiranih za posploševanje podatkov. Morda sem v vzorcu slučajno zajela večino tistih, ki so redno aktivni, mogoče na rezultate vpliva tudi to, da je največ anketiranih uvrščenih med mlajše stare ljudi in so ti verjetno bolj aktivni, možno pa je tudi, da je v moji raziskavi »gibalna aktivnost« bila premalo definirana in se je na ta način več ljudi uvrstilo med aktivno dejavne kot v kakšni drugi raziskavi, kjer so bile gibalne aktivnosti natančno določene.

Poleg tega pa je v moji raziskavi zajetih tudi kar nekaj tistih, ki živijo v domovih za stare ljudi, kjer je dnevno poskrbljeno za vodeno izvajanje gibalne aktivnosti uporabnikov.

Glede na to, da so se anketirani v raziskavi, ki sem jo izvedla, izkazali za precej aktivne na področju izvajanja gibalnih aktivnosti, bi bilo zanimivo vedeti, kaj jih pri tem motivira in to upoštevati pri sprejemanju ukrepov in promocije na področju gibanja, saj je glede na preostale raziskave, ki kažejo očitno pomanjkanje izvajanja gibalnih aktivnosti med starimi ljudmi, le to potrebno. Leta 2010 je bilo po svetu približno 23 % odraslih (tistih, ki so stari 18 ali več let) nezadostno aktivnih. Kar 81 % pa je bilo nezadostno aktivnih mladostnikov, torej tistih ki so stari 11 do 17 let (World health organization, 2018b). Iz izkušenj vemo, da je h gibanju težko motivirati tiste, ki tega niso navajeni že iz otroštva, tiste ki s športom nimajo dobrih izkušenj, tiste ki zaradi pomanjkanja kondicije pri začenjanju izvajanja gibalne aktivnosti zaradi obremenitve trpijo in jim to pobere voljo do nadaljevanja rednega izvajanja aktivnosti, tiste ki imajo pomanjkanje samodiscipline ipd. Verjamem, da ima ogromen vpliv na motivacijo to, da pri sebi hitro opazimo neke pozitivne spremembe, do katerih naj bi prišlo zaradi zadostnega gibanja. Če posamezniki pozitivnih rezultatov, ki so posledica njihovih dejanj in za katere so se morali potruditi, ne vidijo dovolj hitro, pogosto izgubijo motivacijo za nadaljnje pozitivno ravnanje. Podobno lahko opazimo med mladimi pri njihovih poskusih hujšanja. Predvidevam, da so športno manj aktivni tisti, ki živijo v hišah z vrtom, ker imajo že z urejanjem okolice dovolj dela. Hkrati opažam, da k aktivnosti veliko pripomore lastništvo psa, saj jih le ta oziroma skrb in odgovornost do njega »prisili« v redne sprehode. Mnogokrat pa v družbi še vedno lahko opazimo predsodke, ki se navezujejo na gibanje starejših, češ da so za to prestari oziroma da zanje to ni primerno.

Glede na to, kolikokrat tedensko se v raziskavi, ki sem jo izvedla, anketirani ukvarjajo z gibalno aktivnostjo, so anketirani v vseh kategorijah pogostosti izvajanja gibalne aktivnosti (1x tedensko ali manj, 2x tedensko, 3-5 x tedensko ali 6x in večkrat tedensko), razporejeni precej enakovredno. V največ primerih (28,5 %) anketirani gibalno aktivnost izvajajo 2x tedensko. Trajanje izvajanja gibalne aktivnosti pa je v največ primerih (36,7 %) omejeno na 10-30 minut.

Hipotezo 5, ki trdi, da je izvajanje gibalnih aktivnosti povezano z boljšim zdravstvenim stanjem posameznika (anketirani, ki gibalne aktivnosti izvajajo 3x ali večkrat na teden, imajo manj bolezni oziroma zdravstvenih težav, kot tisti ki gibalno aktivnost izvajajo 2x tedensko ali manj), sem s pridobljenimi podatki v izvedeni raziskavi ovrgla. Glede na trditve mnogih avtorjev (Drev, 2010; Vilčnik, b.d.; Pečjak, 1998, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010; Povše, 2010; World health organization, 2018b), ki navajajo, da z rednim izvajanjem gibalnih aktivnosti pomembno

priporočamo k telesnemu in duševnemu zdravju, k temu, da smo čim dlje in čim bolj funkcionalno zmožni ter posledično k bolj kvalitetnemu življenju, je rezultat presenetljiv.

Večina (67,7 %) anketiranih v moji raziskavi h gibalni aktivnosti pristopa samostojno, šele nato sledijo organizirane gibalne aktivnosti (13,4 %), nazadnje sledi še izvajanje dejavnosti v družbi prijateljev (9,1 %). Vpliv izvajanja telesne aktivnosti se ne kaže le na fizičnem, ampak tudi na socialnem področju. S telesno aktivnostjo se mnogi aktivneje vključujejo v družbo in vzpostavljajo družabne stike. Na dolgi rok to pomeni, da so stari ljudje lahko manj osamljeni, pridobijo stabilne in aktivne vloge v družbi in sklepajo nova prijateljstva (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010). Glede na izkušnje vem, da ljudi pogosto k gibalni aktivnosti motivira družba. Veliko ljudi se lažje odloči, za gibanje, če ve, da jih bo nekdo v zvezi s tem nekje pričakoval, jih vodil, jim nudi družbo in spodbudo. Poleg tega je z organiziranimi dejavnostmi posamezniku omogočena strokovno nadzorovana vadba, ki s tem nudi večjo varnost, vadba je redna in bolj zabavna, kot če si sam. Skleпам, da si organizirane dejavnosti, ki sicer ne veljajo za osnovno življenjsko potrebnost, težko oziroma sploh ne morejo privoščiti, saj je zanje večinoma potrebno plačevati drage članarine. Zanimivo bi bilo vedeti, ali bi se organiziranih dejavnosti bolj pogosto udeleževali, v primeru, da bi te bile zastonj. Glede na to, da so se s trditvijo »za bolj zdravo življenje bi potreboval/a več finančnih sredstev oziroma več brezplačnih aktivnosti povezanih s skrbjo za zdravje« anketirani bolj strinjali kot ne, predvidevam, da bi zastonj aktivnosti (ne le tiste, ki so namenjene gibanju) privabile več udeležencev.

Razlog za nizko udeleževanje organiziranih dejavnosti bi lahko bil tudi v tem, da se pri samostojnem izvajanju telesne dejavnosti ni treba nikomur časovno in krajevno prilagajati ter je zato aktivnost lažje dostopna oziroma so ljudje za njeno izvajanje neodvisni od drugih. To bi lahko bil tudi razlog za nizek odstotek izvajanja aktivnosti s prijatelji. Razlog za ne udeleževanje organiziranih dejavnosti bi med mnogimi drugimi lahko bil tudi v tem, da dejavnosti premalo odgovarjajo potrebam in željam starih ljudi. Glede na povprečje strinjanja s trditvijo »seznanjen/a sem s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja in so mi na voljo v moji bližini«, bi lahko sklepala, da bi ljudje morali biti tudi bolj obveščeni (ne glede na to, da je ocena strinjanja relativno visoka, saj kljub temu očitno veliko ljudi ne sledi možnostim v njihovem okolju).

Ker je vedno več informacij dostopnih na spletu (nekateri so zgolj na spletu) in ker stari ljudje mnogokrat še niso seznanjeni s tehnološkim napredkom in s tem, kaj jim ta lahko nudi, sem predvidevala, da starejši kot so anketirani, manj so seznanjeni z aktivnostmi in dogodki, ki se navezujejo na zdrav življenjski slog (hipoteza 8). Poleg tega starejši kot je človek, manjša je (običajno) njegova socialna mreža, ki mu lahko služi kot vir informacij. Na podlagi pridobljenih

podatkov sem hipotezo ovrgla. Zanima me, ali bi z večjo informiranostjo starih ljudi na način, ki jim je blizu (na primer po pošti), lahko prispevali k večji udeležbi na aktivnostih in dogodkih, ki se navezujejo na zdrav življenjski slog. Glede tega bi bilo dobro narediti podrobnejšo raziskavo, saj po drugi strani izražajo anketirani določeno mero nestrinjanj s tem, da bi želeli biti večkrat vabljeni na razne delavnice v svojem okolju.

Posameznikova telesna dejavnost je med drugim odvisna od različnih socialno-ekonomskih dejavnikov. Več različnih raziskav je potrdilo, da imajo slabša izobrazba, nižji dohodek, slabše razmere bivalnega okolja, nižji družbeni sloj itd., običajno negativen vpliv na posameznikovo telesno dejavnost. Stari ljudje so tako pomembna ciljna skupina, katero moramo imeti v mislih pri spodbujanju telesne dejavnosti, saj so le ti pogosto izpostavljeni slabšemu gmotnemu položaju in različnim obolenjem, ki so pogostejša v starosti (Djomba, 2014, str. 61). V eni izmed raziskav se je pokazalo, da je najpopularnejša gibalna oziroma športna aktivnost hoja. Zanj se je odločilo kar 37 % žensk in 33 % moških. Desetletja nazaj je takoj za hojo bilo najbolj priljubljeno plavanje, danes pa plava zelo malo ljudi (le 3 % anketiranih) (Doupona, 2000, kot navedeno v Karpljuk in Videmšek, 2010). Sklepam lahko, da so popularne tiste aktivnosti, ki jih lahko izvajamo na prostem oziroma v naravi, tiste, za katere ni potrebne veliko organizacije, ki so lahko dostopne, ki jih ljudje poznajo in tiste, za izvajanje katerih ni potrebne veliko drage športne opreme. Na podlagi tega bi verjetno bilo dobro organizirati več takšnih dejavnosti in k njim pritegniti še tiste, ki niso aktivni, saj to od njih ne bi zahtevalo veliko finančnih sredstev.

Največ anketiranih (66,2 %) dnevno presedi 0-5 ur. 4,9 % pa več kot 10 ur. Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković (2010) opozarjata, da sta samostojno življenje in število dnevno presedenih ur med seboj povezana. Tisti, ki so v svojem življenju samostojni, predsedijo manj ur, kot tisti, ki prejemajo pomoč ali pa so od nje neizogibno odvisni. Najnovejša spoznanja opozarjajo, da če tudi gremo po osem ali deset urah teč, delati vaje za moč ali opraviti kakšno drugo rekreacijsko dejavnost, sicer res dosežemo priporočilo glede dnevne telesne dejavnosti, a kljub temu naše neprekinjeno sedenje poveča tveganje za zdravstvene težave. Zato je priporočljivo, da tudi med daljšim sedenjem vstanemo vsaj za kratek čas, se »pretegnemo« in malce razgibamo.

Rezultati raziskave, ki sem jo izvedla, kažejo, da le 5 anketiranih nima nikogar, na kogar bi se lahko v vsakem trenutku obrnili po pomoč. Prevladujejo tisti, ki imajo 1-2 osebi in tisti, katerim so na voljo 3-4 osebe. Anketirani imajo socialne stike po večini vsak dan ali pa vsaj nekajkrat na teden. Zelo malo (10) je takih, ki jih ima stike z drugimi manj kot enkrat tedensko. Socialne vezi imajo pomemben

vpliv na to, kako potekajo in se izidejo posameznikovi življenjski prehodi in krize (Filipovič Hrast in Hlebec, 2015). Glede na rezultate empiričnih raziskav je vidno, da socialne mreže učinkujejo na zdravstveno stanje in smrtnost starih ljudi, kardiovaskularna obolenja, na umrljivost zaradi rakavih obolenj in na nivo funkcionalnih zmožnosti. Socialne mreže učinkujejo na način varovalnega dejavnika, jasno pa ne na vse v enaki meri (Dragoš, 2000). Še posebej pomembni so tisti odnosi, ki so vzajemni in trajni. Socialna opora je lahko emocionalna, materialna in informacijska. Tisti, ki ima zadostno socialno oporo, je tudi bolj zaščiten pred stresom, kot tisti, ki je nima. Socialna opora posamezniku nudi občutek ljubljenosti, sprejetosti in spoštovanja. Za stare ljudi so pomembna predvsem neformalna omrežja (družina, prijatelji, sosedje itd.), saj so ta izrednega pomena pri nudenju pomoči, ki jo stari ljudje nemalokrat nujno potrebujejo (seveda le v primeru, da so ti odnosi kakovostni in neobremenjujoči, niso izvor stresa, konfliktnih situacij ipd.) (Filipovič Hrast in Hlebec, 2015). Tudi v raziskavi, ki sem jo izvedla, se je pokazalo, da socialne mreže anketiranih imajo vpliv na njihovo zdravje. Hipotezo 2, ki pravi, da tisti anketirani, ki imajo večje število oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč, bolje ocenjujejo svoje zdravje, kot tisti, ki imajo manj oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč, sem na podlagi pridobljenih podatkov lahko potrdila. Tisti z več socialnimi stiki imajo tudi več možnosti, da so deležni podpore in pomoči (Selič, 1999, kot navedeno v Povše, 2010). Ni pa splošnega pravila, ki bi določal, kolikšno je zadostno število ljudi, ki jih posameznik v svojem omrežju potrebuje, da je srečen oziroma, da ga ti zadovoljijo. To je odvisno od vsakega posameznika posebej, od njegovega načina življenja, potreb in želj. Menim, da je pomembnejša kvaliteta odnosov ne pa njihovo število. Prav tako sem mnenja, da je pomembnejša kvaliteta odnosov kot pa pogostost le teh. S tem razlogom sem postavila hipotezo 9, ki trdi, da anketirani, ki se vsaj 1x tedensko družijo z drugimi osebami, ocenjujejo svoje zdravje bolje kot tisti, ki se družijo manj in jo kasneje na podlagi pridobljeni podatkov ovrgla. Iz tega sklepam, da ni toliko pomemben stik z ljudmi, kot pa zavedanje, da imamo koga, na kogar se lahko obrnemo po pomoč ali za druženje, če bi to potrebovali oziroma želeli.

Anketirani v moji raziskavi pomanjkanja socialnih stikov oziroma trenutne stike verjetno ne dojemajo kot negativne oziroma obremenjujoče, saj je zelo majhen odstotek anketiranih ocenilo, da na njihovo zdravstveno stanje vplivajo socialni sitki.

Anketirani so ocenjevali tudi nekaj trditev, ki mi lahko služijo kot smernice glede načrtovanja ukrepov oziroma razumevanja tega, kaj si anketirani želijo in kaj potrebujejo. Oblikovane so bile na podlagi tega, kar sem med pogovori s starimi ljudmi pogosto zaznala kot njihove želje. Z nobeno izmed trditev se anketirani niso izrazito strinjali ali ne strinjali, prevladujejo torej srednje vrednosti. Povprečne vrednosti odgovorov anketiranih se gibajo med 2,11 in 3,57. Anketirani so približno

srednje seznanjeni s predavanji, dogodki in aktivnostmi, ki se izvajajo v povezavi z zdravim načinom življenja. V večji meri si želijo kot ne želijo bolj zdrave prehrane, brezplačnega svetovanja o zdravem življenjskem slogu in bolj potrebujejo kot ne potrebujejo več finančnih sredstev, zato da bi si lahko omogočili bolj zdrav življenjski slog.

V srednji meri si želijo obiskovati organizirane delavnice za stare ljudi na temo zdravega življenjskega sloga.

Bolj se ne strinjajo kot strinjajo s tem, da bi bili radi deležni pomoči prostovoljca pri oblikovanju zdravega življenjskega sloga, s tem, da bi želeli biti večkrat vabljeni na razne delavnice v okolju in s tem, da bi jih nekdo nudil spremstvo na razne aktivnosti.

Glede na to, da so pri prav vseh trditvah zajete vse ocene od 1 do 5, torej od sploh se ne strinjam, do popolnoma se strinjam, se moramo zavedati, da so prav vse pomembne. Če tudi neka trditev za določeno osebo sploh ne velja, bi drugemu njena uresničitev ogromno pomenila. V eni izmed raziskav, kjer so bila zastavljena podobna vprašanja kot v naši raziskavi trditve, se je pokazalo, da 18 % starih ljudi želi, da jih obiskuje prostovoljec, 15 % si jih želi obiskovati različna srečanja, 15 % si jih želi skupinskega druženja, 14 % pa bi želelo, da jih prostovoljec spremlja pri opravljanju obveznosti v okolju (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

Tisti, ki so nižje izobraženi, so velikokrat slabše ozaveščeni o zdravem načinu življenja in njegovem pomenu, kar se opazi na njihovem zdravstvenem stanju (Povše, 2010). Zato me je zanimalo, ali so anketirani v moji raziskavi, mnenja, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje in kako je to povezano z njihovo izobrazbo. Izkazalo se je, da anketirani, ki imajo končano višjo, visoko šolo ali več, v večji meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje kot tisti, ki imajo končano srednjo šolo ali manj. Zaradi tega menim, da je splošna ozaveščenost o pomenu zdravega načina življenja v večji meri dostopna tistim, ki so že na splošno v bolj privilegiranem družbenem položaju.

Ker ženske v povprečju živijo dlje kot moški, me je zanimalo, ali k temu pripomore tudi zdrav način življenja. Pri testiranju hipoteze 7, ki trdi, da ženske živijo bolj zdrav življenjski slog kot moški, se je v moji raziskavi pokazalo, da temu ni tako. Zato na podlagi moje raziskave ne morem trditi, da k doživetju višje starosti pripomore zdrav način življenja

Glavna pomanjkljivost uporabljene metodologije je v tem, da sem pri vzorčenju populacije morala uporabiti neslučajnostno vzorčenje, saj nimamo dostopa do spiska vseh, ki spadajo v proučevano populacijo, zato ugotovitev raziskave ne morem posploševati na celotno populacijo starih ljudi v Sloveniji.

Zaradi uporabljene metode vzorčenja je možno, da v vzorcu niso zajeti tisti, ki imajo šibka socialna omrežja, poleg tega pa se lahko zgodi, da zajamemo osebe, ki so pripadniki ene določene socialne mreže, ali pa imajo neke podobne lastnosti, kar lahko vpliva na pridobljene odgovore. To pomanjkljivost bi lahko zmanjšala tako, da bi se pri razdeljevanju anketnih vprašalnikov obrnila po pomoč na Center za oskrbo na domu, saj so njihovi uporabniki pogosto tisti, ki so osamljeni oziroma izključeni iz skupnostnega življenja, s tem pa so tudi težje dostopni. S tem sicer še vedno ne bi pridobila reprezentativnega vzorca za celotno populacijo, bi pa kljub temu zajela v raziskavo še bolj pester vzorec populacije.

Med procesom raziskovanja se je izkazalo, da pogosto dobivam vrnjene nepopolno izpolnjene vprašalnike. Mnogi anketirani niso odgovorili zgolj na katero izmed vprašanj, nekateri so jih izpustili več drugi manj. Kljub temu pa opažam, da je nekoliko več ne podanih odgovorov pri vprašanjih, kjer so bila zastavljena vprašanja nekoliko daljša. Torej bolje bi bilo na kratko zastaviti vprašanje in morda zastaviti raje kakšnega več. Nekoliko več ne podanih odgovorov se je pojavilo tudi v sklopu, kjer so anketirani morali oceniti postavljeno trditev z oceno 1-5. Sklepam, da je ta sklop trditev bil zastavljen premalo razumljivo. Ker posamezniki nekatere stvari o sebi radi zadržijo zase, pa je možno, da na nekatera vprašanja kljub anonimnosti pač niso želeli odgovoriti, poleg tega pa je možno, da so anketirani določeno vprašanje zgolj spregledali in za ne izpolnitev le tega ne obstaja drug poseben razlog. Pomanjkljivost bi lahko odpravila tudi s prisotnostjo anketarja med tem, ko je anketirani izpolnjeval anketni vprašalnik, saj bi bil tako na voljo, da določene stvari pojasni. A vprašanje je, ali bi se pristnost anketarja poznala potem kjer drugje, na primer na neiskrenem podajanju odgovorov ali na zadregi anketiranih.

Glede na to, da se nekateri podatki pridobljeni z raziskavo ne ujemajo s podatki, do katerih so prišle podobne druge raziskave, s tem mislim predvsem na to, za koliko anketiranih se je izkazalo, da imajo zdrav življenjski slog, bi bilo dobro vprašalnik bolj podrobno razčleniti in dodati vprašanja, predvsem tista vezana na indeks zdravega življenjskega sloga. Na to pa niso vplivali zgolj »ne ujemajoči« se podatki z drugimi raziskavami, ampak tudi to, da sem v realnosti pogosto priča mnogim tveganim navadam posameznikov, ki ne veljajo za zdrav življenjski slog. Obstaja pa nevarnost, da bi zaradi večjega obsega anketnega vprašalnika dobila vrnjene še bolj pomanjkljivo izpolnjene anketne vprašalnike, ali pa bi potencialni anketirani celo zavračali sodelovanje v raziskavi, saj bi jim izpolnjevanje dolgega anketnega vprašalnika predstavljalo prevelik napor. Obstaja pa možnost, da zaradi vzorca anketiranih, ki je po večini zajel tiste, ki s preživetjem s svojimi prihodki nimajo večjih težav, obravnavamo ravno take anketirane, ki si zdrav življenjski slog lahko privoščijo.

Pridobivanje podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika bi lahko dopolnila z opazovanjem, na primer tako, da bi opazovala dnevno rutino posameznika.

Opazila pa sem tudi, da so bili anketirani pogosto nezaupljivi glede raziskave in predvsem v anonimno podajanje odgovorov. Od mnogih, ki so posredovali anketni vprašalnik ciljni populaciji, sem dobila povratno informacijo o tem, da so anketirani pogosto izražali zaskrbljenost, kaj jim bo slabega oziroma kakšne negativne spremembe jim lahko ta raziskava prinese.

Temeljne ugotovitve in sklepi izvedene raziskave so:

1. v največ primerih anketirani »s svojimi sedanjimi prihodki ravno še shajajo« (47,3 % anketiranih). Za 19,7 % anketiranih, ki se s sedanjimi prihodki brez težav preživljajo, je več kot tistih, ki se z njimi težko preživljajo;
2. več kot polovica (54,1 %) anketiranih svoje zdravstveno stanje ocenjuje kot »zadovoljivo«, najmanj anketiranih pa se je odločilo za skrajni vrednosti »zelo dobro« (7,3 %) in »zelo slabo« (1,9 %);
3. tisti anketirani, ki so svoje zadovoljstvo z življenjem ocenili negativno (»nezadovoljni«, »zelo nezadovoljni), so v manjšini (24,7 %). Prevladujejo tisti, ki so »zadovoljni« (67,5 %), nekaj (15,5 %) pa je »zelo zadovoljnih«;
4. anketirani imajo veliko zdravstvenih težav. Večina jih ima več zdravstvenih težav hkrati. 207 anketiranih ima skupno vsaj 884 zdravstvenih težav. Le dva anketirana nista navedla nobene zdravstvene težave. V povprečju ima vsak izmed anketiranih 4,23 bolezni/zdravstvenih težav;
5. anketirani imajo v največ primerih zvišan krvni pritisk, nato bolečine v križu, po vedno manjši pogostosti sledijo še bolečine v sklepih, slabovidnost, povišan holesterol, motnje spanja, okvara hrbtenice in naglušnost, popuščanje delovanja srca, revma, osteoporoza, nenehna utrujenost, zvišan krvni sladkor, težave z odvajanjem urina, težave z zaprtjem, išias, rakava obolenja, demenca, drugo, srčna kap, možganska kap in nazadnje še alkoholizem;
6. najpogosteje je vzrok za zdravstvene težave po mnenju anketiranih v starosti sami;
7. anketirani nasvete vezane na ohranjanje ali izboljševanje zdravstvenega stanja pridobivajo pri zdravniku (50,7 %);
8. v veliki večini (93,6 %) so anketirani mnenja, da so jim zdravstvene storitve lahko dostopne;
9. anketirani so v večini (88,1 %) mnenja, da s svojim življenjskim slogom lahko vplivajo na svoje zdravje;
10. glede na rezultate indeksa zdravega življenjskega sloga se je izkazalo, da kar 165 (90,2 %) anketiranih živi zdrav življenjski slog. 84,6 % anketiranih ne kadi, 89,3% anketiranih dnevno zaužije manj kot 2 dl alkohola, 46,3 % anketiranih v povprečju tedensko izvaja gibalno aktivnost več kot 2,5 ure, 87,4 % anketiranih poroča, da zaužijejo 3 do 5 dnevnih obrokov in

od tega vsaj enega toplega in 60,2 % anketiranih ima po njihovi samooceni ustrezno telesno težo;

11. na področju izvajanja gibalnih aktivnosti je nedejavnih oziroma enkrat tedensko dejavnih 25,9 % anketiranih. Največ (28,5 %) anketiranih je gibalno dejavnih 2 krat tedensko. Anketirani gibalno aktivnost v največ primerih (36,7 %) izvajajo 10-30 minut strnjeno. V večini primerov (67,7 %) h gibalni aktivnosti pristopajo samostojno oziroma jo izvajajo brez vodenja druge osebe. V največ primerih (66,2 %) anketirani dnevno presedijo med 0 in 5 ur;
12. med anketiranimi prevladujejo tisti (80 anketiranih oziroma 38,9 %), ki imajo 1 do 2 osebi, na kateri se lahko v vsakem trenutku obrnejo po pomoč. 5 (2,4 %) anketiranih poroča, da nimajo nikogar, na kogar bi se lahko v vsakem trenutku obrnili po pomoč;
13. anketirani za to, da bi si lahko omogočili bolj zdrav življenjski slog, bolj potrebujejo kot ne potrebujejo več finančnih sredstev (povprečna vrednost odgovorov anketiranih je 3,57). V večji meri si želijo kot ne želijo bolj zdrave prehrane (povprečna vrednost odgovorov anketiranih je 3,37), brezplačnega svetovanja o zdravem življenjskem slogu (3,3) in anketirani so približno srednje seznanjeni s predavanji, dogodki in aktivnostmi, ki se izvajajo v povezavi z zdravim načinom življenja (povprečna vrednost odgovorov anketiranih je 3,27). V srednji meri si želijo obiskovati organizirane delavnice za stare ljudi na temo zdravega življenjskega sloga (povprečna vrednost odgovorov anketiranih je 2,97).
Bolj se ne strinjajo kot strinjajo s tem, da bi bili radi deležni pomoči prostovoljca pri oblikovanju zdravega življenjskega sloga (povprečna vrednost odgovorov anketiranih je 2,26), s tem, da bi želeli biti večkrat vabljeni na razne delavnice v okolju (povprečna vrednost odgovorov anketiranih je 2,7) in s tem, da bi jih nekdo nudil spremstvo na razne aktivnosti (povprečna vrednost odgovorov anketiranih je 2,11).

6. PREDLOGI

Večji kot je delež starih ljudi v družbi, večja je množica tistih, ki so bolni ali odvisni. Potrebno je poskrbeti, da se bo njihovo slabo zdravstveno stanje oziroma odvisnost pomikala v vedno kasnejša leta (Pahor, Domanjko in Hlebec, 2011, str. 145). Kljub temu da je delež starega prebivalstva v družbi vedno večji, pa je socialno delo s starimi ljudmi še vedno zapostavljeno področje socialnega dela. Literatura, raziskave in izobraževalni programi so na tem področju redki, s tem pa se specializirano znanje dela na področju starih ljudi ne razvija dovolj hitro (Mali, 2013). Pri nas je institucionalna oskrba tista, ki še vedno nosi glavno vlogo pri skrbi za stare ljudi. Ostale oblike pomoči v skupnosti pa so še vedno slabo razvite (Mali, 2012a). Glede na to je dialog v socialnem delu in raziskovanje potreb starih ljudi še toliko bolj pomemben, saj nam le ta omogoča ustrezne odzive na aktualno problematiko oziroma na spremembe v demografski sestavi prebivalstva (Mali, 2013). Strokovnjaki v zadnjem času veliko pozornosti namenjajo preseganju do zdaj znanih vzorcev oskrbe in k spodbujanju iskanja novih načinov medsebojnega življenja (Mali, 2018a).

Mnogi anketirani poročajo o tem, da s svojimi prihodki ravno še shajajo, zaradi tega verjetno težko pričakujemo, da se bodo udeleževali plačljivih aktivnosti ali si privoščili draga kakovostna in zdrava živila. Poleg tega so anketirani izrazili neko stopnjo strinjanja s trditvijo, da bi za bolj zdravo življenje potrebovali več finančnih sredstev oziroma več brezplačnih aktivnosti povezanih s skrbjo za zdravje. Seveda bi bil dober ukrep, da se znesek pokojnin poviša, a je to težko pričakovati. Zato predvidevam, da bi v zvezi z spreminjanjem življenjskega sloga ljudi v bolj zdrav in aktiven slog to lahko dosegli z ne plačljivimi aktivnostmi ali pa vsaj širjenjem informiranosti o možnosti izvajanja raznih aktivnosti in ukrepov v domačem okolju, brez povečanja dosedanjih stroškov.

Glede na to, da anektirani, ki izvajajo gibalne aktivnosti, to v največ primerih počno samostojno, bi jim lahko pomagali s pripravljenimi načrti gibalnih aktivnosti, ki so priporočljive za stare ljudi. S tem mislim na konkretne načrte kot na primer: v ponedeljek sprehod, v torek vaje za moč (s priloženim slikovnim materialom, ki prikazuje te vaje), primer razteznih vaj ... S tem bi jim posredovali nove ideje in na ta način popestrili njihovo gibanje, jih spomnili na to, kaj vse je pomembno, jih morda spodbudili k izvajanju gibalnih aktivnosti doma in od posameznikov to ne bi zahtevalo finančnih sredstev.

Kljub temu da so rezultati raziskave pokazali, da večina anketiranih glede na indeks zdravega življenjskega sloga živi zdrav življenjski slog, bi glede na zelo pogosto pojavnost bolezni oziroma zdravstvenih težav anketiranih, predlagala, da se bi na informiranju o načinih preprečevanja tveganj

za pojav teh bolezni ali za zmanjševanje njihovih simptomov, delalo več. Poleg tega anektirani svoje zdravstveno stanje najpogosteje ocenjujejo kot »zadovoljivo«, kar pomeni, da z njim niso popolnoma zadovoljni.

Velik vpliv na to bi lahko imeli mediji, saj so na različne načine dostopni velikemu delu populacije. Po podatkih raziskave anketirani v večji meri upoštevajo nasvete za ohranjanje ali izboljšanje svojega zdravja. Poleg tega jih mnogo informacije pridobiva iz knjig, časopisov, revij in brošur ter s televizije. Glede na izkušnje stari ljudje medijem precej verjamejo, jim zaupajo ter posledično nanje veliko dajo. Mediji bi lahko več poročali o možnih načinih skrbi za svoje zdravje, o staranju kot pozitivnem procesu, o aktivnostih in dogodkih namenjenim starim ljudem ter predvsem tudi o pozitivnih informacijah, ki se nanašajo na starost, saj bi s tem razbijali predsodke o starosti in krepili misel, da so stari ljudje ravno tako kot ostali polnopravni, pomembni in aktivni člani družbe. Tudi Povše (2010) trdi, da so mediji tisti, ki imajo velik vpliv na ozaveščanje prebivalcev o zdravem načinu življenja. Hkrati pa je mnenja, da so mnogokrat informacije preveč številčne in ne pregledne ter negativne in s tem vir stresa, kar pa na ljudi ne vpliva več pozitivno in ne prinaša želenih rezultatov. Tudi po mojem mnenju so pomembne predvsem pozitivne informacije. Pri posredovanju informacij bi pomembno vlogo imelo socialno delo, saj ima veliko znanja o starih ljudeh, njihovih potrebah in stiskah, na stare ljudi ne gleda stereotipno, razume njihovo heterogenost in jih obravnava kot enakovredne člane družbe.

Glede na to, da domovi za stare ljudi že izvajajo ogromno aktivnosti, ki so posebej prilagojene in namenjene starim ljudem, predlagam, da bi se te razvijale v smeri dostopnosti tudi za širšo javnost. Prednost je, da so aktivnosti že organizirane. Na ta način ne bi bilo potrebno na novo usposabljanje novih izvajalcev, aktivnosti bi bile izvajanje v okolju, ki je tudi ljudem v okolici doma za stare običajno precej poznano in ne nazadnje so poleg tega domovi za stare ljudi posebej prilagojeni in dostopni tudi za tiste, ki so fizično ovirani, kar je eden izmed dejavnikov, ki ima pomemben vpliv na to, da bi aktivnosti lahko bile dostopne čim večji in raznoliki populaciji. Veliko domov za stare ljudi ima pred domom urejen park ali druge površine, na katerih v toplejših mesecih izvajajo na primer gibalne aktivnosti. To pomeni, da bi v primeru prostorske stiske domov lahko aktivnosti dostopne tudi za širšo javnost izvajali vsaj v času toplejših mesecev, ko bi le te izvajali zunaj. V primeru, da bi bil odziv na dostopnost aktivnosti velik, bi v pomoč zaposlenemu, ki vodi aktivnosti, lahko pomagal kateri izmed prostovoljcev ali pa študentje, ki opravljajo študijsko prakso oziroma pridobivajo izkušnje iz prakse (na primer študentje Fakultete za socialno delo, Fakultete za šport ipd.).

Domovi za stare ljudi velikokrat sodelujejo tudi v projektih z okoliškimi šolami ali drugimi organizacijami. Na ta način so soorganizatorji aktivnosti, ki imajo zelo različne vsebine. Te sicer niso

nujno neposredno vezane na zdrav življenjski slog, so pa za ljudi lahko vir popestritve življenja, zabave, vzpostavljanja stikov, širjenja informiranosti, pridobivanja dobrih izkušenj, pridobivanja samozavesti, vir boljše strukturiranosti dnevnega poteka ipd., kar pa posredno gotovo tudi vpliva na zdravstveno stanje posameznika. Ker so domovi za stare ljudi tisti, ki v današnjem času omogočajo in ponujajo mnoge storitve v domačem okolju, ki jih je deležnih veliko uporabnikov (Drole idr., 2015), sklepam, da jim javnost tudi zaupa.

Med anektiranimi je pri vsaki zastavljeni trditvi, ki so jo morali oceniti s strinjanjem, bil vsaj eden takšen, ki se je z njo popolnoma strinjal in tudi takšen, ki se z njo sploh ni strinjal. Na podlagi tega opažam, kako raznolike so potrebe in želje anketiranih. Zato bi za prav vsako izmed trditev bilo prav, da bi uresničitev le te posameznikom omogočili. Na primer nekdo si želi biti bolj seznanjen z dogajanjem v njegovi okolici, ki je posebej namenjeno starim ljudem, nekdo si želi bolj zdrave prehrane, nekdo si želi obiskovati organizirane aktivnosti za izboljšanje zdravja, nekateri si želijo svetovanja o zdravem življenjskem slogu, nekateri več finančnih sredstev, ki bi jih sami namenili za omogočanje bolj zdravega življenja, nekdo si želi obiskov prostovoljca, ki bi pomagal načrtovati zdrav življenjski slog, nekateri pa si želijo, da bi jih nekdo od doma do raznih aktivnosti spremljal.

Včasih ljudje potrebujemo le malo spodbude, da se lotimo nečesa novega in nepoznanega, ko se s tem soočimo prvič pa v prihodnje s tem nimamo težav. Mnogokrat sem bila priča izražanju želje, da si posameznik želi na kakšno dejavnost, a ne želi iti sam. Še posebej mogoče tisti, ki so nekoliko bolj izločeni iz družbenega življenja.

Anketirani se sicer bolj strinjajo kot ne s trditvijo, da so seznanjeni s predavanji, dogodki in aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja, ki so jim na voljo v njihovi bližini. Kljub temu bi bilo dobro, da bi se vseeno delalo na večjem seznanjanju, saj je še vedno veliko anketiranih, ki niso mnenja, da so z dogajanjem v okolici dobro seznanjeni. Predlagam, da bi stari ljudje po pošti enkrat letno dobili brošuro s pregledom aktivnosti, ki so jim na voljo v okolici njihovega bivališča. Kar nekaj takšnih aktivnosti že obstaja, a o njih ljudje pogosto niso informirani. Aktivnosti se pogosto oglašujejo na različnih internetnih straneh, do katerih pa stari ljudje pogosto še vedno ne dostopajo. Anketirani so se v večji meri strinjali kot pa ne strinjali s trditvijo, da si želijo bolj zdrave prehrane. Ker bi sprememba nekaterih navad lahko prinesla velik doprinos k manjšemu tveganju za razvoj nekaterih bolezni in ker sprememba teh navad verjetno ne bi prinesla dodatnih finančnih stroškov, bi se morali bolj posvetiti informiranju o takšnih navadah. S tem imamo v mislih na primer prehranjevalne navade, kot so: količina uporabljene soli v prehrani, sladkorja, mastnih izdelkov in podobnega. V okviru društev upokojencev pa bi lahko organizirali kakšne kuharske delavnice, kjer bi se udeleženci učili priprave zdravih obrokov.

Ker so anektirani po večini mnenja, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje, bi pri tem (glede na pogosto pojavnost zdravstvenih težav) očitno potrebovali pomoč oziroma novo znanje. Pri tem bi lahko imela pomembno vlogo društva upokojencev, ki so pogosto organizator raznih delavnic. Glede na to, da anektirani največkrat nasvete o svoje zdravju pridobivajo od zdravnika, bi lahko povabili katerega izmed zdravnikov, ki bi vodil predavanje o možnih vplivih na zmanjšanje tveganja za razvoj zdravstvenih težav.

Več pozornosti bi bilo potrebno posvečati načrtovanju aktivnosti ali dejanj, ki bi bile namenjene preventivnemu zmanjševanju potrebe po dolgotrajni oskrbi. Aktivnosti, ki bi spodbujale človekovo samostojnost oziroma upočasnjevale proces, ki človeka dela odvisnega. Flaker (2003) opozarja, da je delo socialnih delavcev mnogokrat reagiranje na urgentno situacijo, gašenje požara. Ko težava ni več tako zelo problematična, pa se z njo ne ukvarjajo več zaradi pomanjkanja časa. Socialni delavec lahko uporabniku nudi možnost pogovora, socialne pomoči ali namestitve v katerem izmed zavodov. A socialno delo ni in ne sme biti zgolj odziv na stisko človeka, ko do nje že pride, saj takšna dejanja na stisko delujejo le blažilno, kar pa ne traja za daljše obdobje. Zato je izrednega pomena proaktivno delovanje, kar pomeni da pri svojem delu mislimo »v naprej« in izvajamo ukrepe, ki delujejo na dolgi rok. To pomeni, da načrtujemo za zmanjševanje škode in tveganj, ustvarjamo vizijo, strategije in taktiko ter indikator(je), s katerimi preverjamo svoj morebitni napredek ali nazadovanje. Vodilo socialnemu delu je izboljšanje življenjskih situacij uporabnikov. Pomembno je, da se razvijajo oziroma načrtujejo storitve, ki so prilagojene željam in potrebam starih ljudi. Upoštevale pa se bi tudi prostorske zmožnosti okolice posameznika, saj mnogokrat javni prostor ni prilagojen omejitvam starih ljudi (na primer ni dovolj klopi, ki bi staremu človeku med gibanjem omogočile počitek, ni ustreznega javnega prevoza, ni ustreznih oziroma varnih površin za gibanje pešcev ...). Ne bi bilo dovolj, da stare ljudi obravnavamo kot heterogeno populacijo, ampak individualno vsakega posameznika. Pomembno je, da ne razmišljamo zgolj o storitvah oziroma aktivnostih, ki jih že poznamo, ampak o novih, tistih ki jih želijo ali potrebujejo posamezniki.

Torej ne izbiramo iz seznama storitev, ampak ustvarjamo nove. Na prvo mesto pa postavimo posameznikovo individualnost. Socialno delo poseduje svoje metode dela, ki so usmerjene v individualno obravnavo, v upoštevanje posameznikov in njegovih značilnosti. Po mojem mnenju najučinkovitejša metoda socialnega dela, s katero se posvetimo posamezniku in s katero se ne odzivamo zgolj na trenutno izboljšanje situacije ampak naredimo načrt, ki ima dolgoročen vpliv, je osebno načrtovanje (Mali, 2018c). Predlagam, da bi obstajale točke podobne Demenci prijaznim točkam, na katerih bi se lahko oglasili vsi tisti, ki bi si želeli informacij o zdravem načinu življenja,

načinih in postopkih možnega samoukrepanja in pomoči pri načrtovanju pozitivnega vplivanja na svoje zdravje. Zaposleni na točki bi o tem morali imeti potrebno znanje in informacije, predvsem pa tudi znanje o osebnem načrtovanju. Namen teh točk bi bil ozaveščanje in informiranje oseb, da bi z novim znanjem in podporo bili zmožni poskrbeti za čim bolj in čim dalj časa samostojno življenje, s čim manj zdravstvenimi težavami oziroma s čim bolj blagimi. Na ta način bi vplivali na večje zadovoljstvo ljudi s svojim življenjem na njihovo počutje v zvezi z zdravjem, na občutek da ni nujno, da s starostjo pridejo težave in nemoč, ne nazadnje pa bi s tem omogočili čim bolj kvalitetno življenje v starosti. Predlagam, da bi na teh točkah bili zaposleni socialni delavci, ki bi se povezovali z zdravstveno stroko. Kot pravi Mali (2013) se s polaganjem pozornosti na zdravje stroka socialnega dela lahko približa zdravstveni stroki in s tem preprečuje sektorsko delitev na zdravstveno in socialno oskrbo, kar je še posebej pomembno pri načrtovanju dolgotrajne oskrbe, spremeni pa se lahko odnos tudi z drugimi strokami.

Pokazalo se je, da ima več kot tretjina anketiranih neustrezno telesno težo. Ker k zmanjšanju telesne teže ogromno pripomore redna telesna aktivnost, bi bili potrebni ukrepi na področju spodbujanja k gibalnim aktivnostim. Ukrepi motiviranja ljudi k bolj zdravemu načinu življenja bi lahko temeljili na medvrstniški pomoči, podobno kot projekt »Starejši za starejše«. Da bi tisti stari ljudje, ki so gibalno zelo aktivni, motivirali tiste, ki niso, jih povabili k izvajanju gibalne aktivnosti, jim ponudili družbo in podobno, saj bi mogoče bilo starim ljudem bolj udobno v družbi svojih vrstnikov kot pa mladih prostovoljcev. Potrebovali pa bi posrednika, ki je v stiku tako z aktivnimi ljudmi kot tudi z neaktivnimi in bi le te med seboj povezoval.

Ker sem ugotovila nekaj pomanjkljivosti izvedene raziskave, o katerih sem že pisala v poglavju Razprava in sklepi, ter glede na možnosti razširitve tematike raziskave, predlagam podrobnejšo raziskavo o povezavi med načinom življenja in zdravstvenim stanjem posameznikov. Poleg tega bi podrobneje raziskali stopnjo oviranosti v vsakodnevnem življenju, ki jo anketirani občutijo zaradi prisotnosti zdravstvenih težav in želje ter potrebe starih ljudi vezane na zdrav življenjski slog, saj bi le tako lahko dobili pomembne informacije za neko splošno ukrepanje na ravni politike ali organiziranja dejavnosti, ki bi bile namenjene širši javnosti. Za kar se da jasno sliko dejanskega stanja v Sloveniji bi bilo najbolje, da bi bila raziskava izvedena s strani države in tako zajela večinsko populacijo oziroma vsaj vzorec populacije, na podlagi katerega, bi podatke lahko posplošili. Ker vemo, da se naše navade, ki jih pridobimo v otroštvu po navadi prenesejo v odraslo dobo, bi v raziskavo lahko vključili različne starostne skupine, ali pa pri istih anketiranih ponovili raziskavo po

nekaj letih in tako dobili vpogled v to, kako se spreminjajo navade ljudi skozi leta, kako so se njihova dejanja poznala na zdravstvenem stanju in kaj je v zvezi s tem potrebno ukrepati.

7. SEZNAM VIROV

Alexander, M., Burch, J. B., Cavicchia, P., Chen, C. F., Creek, K. E., Hebert, J. R., Hurley, T. G., Lloyd, S. C., Shivappa, N., Steck, S. E., Tabung, F. K., & Zhang, H. (2015). A healthy lifestyle index is associated with reduced risk of colorectal adenomatous polyps among non-users of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *The journal of primary prevention*, 36(1), 21–31. Pridobljeno 25.4.2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4289087/>

Ambrožič, M. & Mohar, Š. (2015). Metode socialnega dela s starimi ljudmi in njihova uporaba pri delu z ljudmi z demenco. *Socialno delo*, 54(1). Pridobljeno 10.10.2019 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-TNZWSYUY>

B.M. (2018). Dolgotrajna oskrba: starostnikom bo nujno treba prilagoditi okolje. *Posavski obzornik*, 24.10. pridobljeno 13.11.2018 s <https://www.posavskiobzornik.si/kultura/dolgotrajna-oskrba-starostnikom-bo-nujno-treba-prilagoditi-okolje>

Bogataj, A. (2004). Skupina za samopomoč za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. *Socialno delo*, 43(2/3). Pridobljeno 10.2.2020 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-IRL6GPVQ/4c9e47cb-8d61-4f26-bb31-121cef370129/PDF>

Brečko, B. N. (2005). Istospolno usmerjeni: metodologija raziskovanja skritih populacij. *Družboslovne razprave*, XXI (49/50). Pridobljeno 28.12.2018 s <http://dk.fdv.uni-lj.si/dr/dr49-50Brecko.PDF>

Celostno zdravje – strokovna obravnava zdravja posameznika. (b.d.). *Kaj je zdravje?* Pridobljeno 30.12.2018 s http://celostnozdravje.si/?page_id=32

Djomba, J., K. (2014). Telesna dejavnost. V S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec, & J. Maučec Zakotnik (ur.), *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji* (str. 56-63). Pridobljeno 8.2.2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf

Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji. (2008). Luxemburg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti. Pridobljeno 15.11.2018 s

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZQht7DrUEgEJ:ec.europa.eu/social/BIobServlet%3FdocId%3D2781%26langId%3Dsl+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=si>

Domajnko, B., & Pahor, M. (2011). *Aktivni starejši ljudje o sprejemanju staranja*. Pridobljeno 2.2.2019 s <http://www2.zf.uni-lj.si/ri/publikacije/staranje2011/4.pdf>

Dragoš, S. (2000). Socialne mreže in starost. *Socialno delo*, 39(4/5). Pridobljeno 8.3.2020 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-DUNY3WLO>

Drev, A. (2010). *V gibanju tudi v starosti* [pdf]. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 30.12.2018 s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/v_gibanju_tudi_v_starosti.pdf

Drole, J., Črnak Meglič, A., Lebar, L., Nagode, M., Petermelj, A., Šonc, A., & Toth, M. (2015). *Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba - zaključni dokument projekta s predlogi ukrepov*. Ljubljana: Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji. Pridobljeno 13.11.2018 s http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/m20_aha_si_dolgotrajna_oskrba_koncna.pdf

Filej, B. (1999). Zdravje za vse za 21. stoletje. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(3/4). Pridobljeno 8.3.2020 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-XSGLG3KD>

Filipovič Hrast, M. (2011). Socialna izključenost starejših: Slovenija v primerjalni perspektivi. V S. Mandič, & J. Mali (ur.), *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb* (str. 61–84). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Filipovič Hrast, M. (2018). *Staranje prebivalstva*. Zapiski predavanj pri predmetu Skrbstveni režimi in omrežja opor, UL, Fakulteta za socialno delo.

Filipovič Hrast, M., & Hlebec, V. (2015). *Staranje prebivalstva: oskrba, blaginja in solidarnost*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Flaker, V. (1994), Analiza tveganja. *Socialno delo*, 33(3). Pridobljeno 10.2.2020 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-YRLXVWSM/2b9fc5e5-4ab5-45c8-a913-e629ded64658/PDF>

Flaker, V. (2003). Temeljne in nujne spretnosti socialnega dela. *Socialno delo*, 42(4/5). Pridobljeno 4.2.2020 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-VFREUBS8/8c97c7c8-f051-47fd-8686-6c54fda7323b/PDF>

Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., & Udovič, N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V., Mali, J., Rafaelič, A., & Ratajc, S. (2013). Osebno načrtovanje in izvajanje storitev. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Fran, slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. (b.d.). *Starost/star*. Pridobljeno 9.2.2020 s <https://fran.si/>

Gabrijelčič Belnkuš, M., & Stanojević Jerković, O. (ur.) (2010). *Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja* [pdf]. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 3.1.2020 s https://www.nijz.si/files/uploaded/prehranaintelesnadejavnoststarejsih_4940.pdf

Gabrovec, B., & Jelenc, M. (2015). Skupen evropski pristop v preventivi starostne krhkosti in oslabiljenosti v pripravi: Joint Action on Frailty Prevention. *Isis : glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 24(11), 25-26.

Gabrovec, B., & Eržen, I. (2016). Svetovno poročilo o staranju in zdravju. *Isis : glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*. 25(2), 52-53.

Grebenc, V., & Flaker, V. (2011). Ocena tveganja kot metoda načrtovanja neodvisnega življenja ljudi z demenco. V J. Mali, & V. Milošević Arnold (ur.), *Demenca – izziv za socialno delo* (str. 73-89). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Hlastan Ribič, C., & Kranjc, M. (2014a). Čezmerna hranjenost in debelost. V S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec, & J. Maučec Zakotnik (ur.), *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji* (str. 48-55). Pridobljeno 8.2.2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf

Hlastan Ribič, C., & Kranjc, M. (2014b). Prehranjevanje. V S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec, & J. Maučec Zakotnik (ur.), *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji* (str. 37-47). Pridobljeno 8.2.2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf

Hlebec, V., & Pahor, M. (2006). *Socialna omrežja in zdravje: spremembe v Sloveniji*. Pridobljeno 2.1.2019 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-B7ZM1ZGX/>

Hlebec, V., Lah, I., & Pahor, M. (2008). Zdravje starejših ljudi kot element kakovosti življenja v Evropi. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(2). Pridobljeno 26.12.2018 s <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-OAHMFEDR/e33df999-e5ed-444d-baa3-29f9d1203526/PDF>

Hlebec, V., & Mali, J. (2013). Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji. *Socialno delo*, 52(1). Pridobljeno 10.10.2018 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-CKBD9PRE>

Hvalič Touzery, S. (b.d.). *Slovar: aktivno staranje*. Pridobljeno 1.2.2019 s <http://www.instantonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1028.html>

Jacovič, A. (2017). *Ključne rešitve v predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi in obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo* [pdf]. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 14.11.2018 s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/kljucne_resitve_v_predlogu_zakona_o_dolgotrjni_oskrbi_in_obveznem_zavarovanju_za_dolgotrajno_oskrbo_-_anita_jacovic.pdf

Kajzer, A., & Fajić, L. (2016). *Demografske spremembe ter njihove ekonomske in socialne posledice*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Pridobljeno 13.11.2018 s http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Demografske_spreembe_UMAR.pdf

Kamin, T., & Ule, M. (2012). Družbeni dejavniki neenakosti v zdravju. *Zdravstveno varstvo*, 51(1). Pridobljeno 30.12.2018 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-GCDYBKIT>

Karpljuk, D., & Videmšek, M. (2010). Športna rekreacija v tretjem življenjskem obdobju. V : M. Tratnik Volasko (ur.), *Športna rekreacija danes in jutri: zbornik referatov in razprav, št. 3/2010* (str. 23-31). Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije. Pridobljeno 30.12.2018 s http://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/zbornik_sportna_rekreacija_danes_in_jutri.pdf

Kašnik, M., Rebula, M., Pogorevc, N., Božank, B., Horvat, A., Učakar, M., Hribernik, F., & Pažek, P. (2014). Zasvojenost. V Zupančič Tisovec, B., Janc, J., Kunšek, D., Rupnik, K., Mesarič, E., Toth, G., Verban Buzeti, Z., Rožman, N., Kašnik, M., Rebula, M., Pogorevc, N., Božank, B., Horvat, A., Učakar, M., Hribernik, F., Pažek, P., Magajna, A., Krampač, L., Tacol, A., Goličnik, B., Markočič, I., Torkar, T., Hafner, A. (2014). *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva* (str. 57-78) [pdf]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeni 26.12.2018 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-NEMNVOPV>

Kavčič, M. (2011). Vsakdanja tveganja starejših ljudi: obravnava koncepta in življenjskih situacij starejših. V S. Mandič, & J. Mali (ur.), *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb* (str. 161-204). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kerbler, B. (2015a). *Staranje prebivalstva v Sloveniji: prostorski vidik*. Acta Geographica Slovenica. (55)2, str. 303-316.

Kerbler, B. (2015b). Starajoča se mesta in urbani razvoj. V Malačič, J., & Gams, M. (ur.), *Soočanje z demografskimi izzivi* (str. 27-30). Ljubljana, Institut Jožef Stefan

Kerbler, B., & Černič Mali, B. (2018). *Bivanje starejših ljudi in prilagajanje grajenega okolja za funkcionalno ovirane*. Pridobljeno 14.12.2018 s <http://www.instantonatrstenjaka.si/TISK/KAKOVOSTNA-STAROST/CLANEK.HTML?ID=1817>

Koprivnikar, H. (2014). Tobak. V S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec, & J. Maučec Zakotnik (ur.), *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji* (str. 64-70).

Pridobljeno 8.2.2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf

Lesnik, T. (2016). *Determinante zdravja*. Pridobljeno 30.12.2018 s <http://obcine.nijz.si/Dokumenti/pdf/2016/Dejavniki%20tveganja%20in%20neenakost%20v%20zdravju.pdf>

Lipszyc, B., Sail, E., & Xavier, A. (2012). *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27* [pdf]. Pridobljeno 13.11.2018 s http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf

Lovrečič, B., & Lovrečič, M. (2014). Alkohol. V S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec, & J. Maučec Zakotnik (ur.), *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji* (str. 71-77). Pridobljeno 8.2.2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf

Magajna, A. & Krampač, L. (2014). Odraščanje. V Zupančič Tisovec, B., Janc, J., Kunšek, D., Rupnik, K., Mesarič, E., Toth, G., Verban Buzeti, Z., Rožman, N., Kašnik, M., Rebula, M., Pogorevc, N., Božank, B., Horvat, A., Učakar, M., Hribernik, F., Pažek, P., Magajna, A., Krampač, L., Tacol, A., Goličnik, B., Markočič, I., Torkar, T., Hafner, A. (2014). *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva* (str. 79-98) [pdf]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeni 26.12.2018 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-NEMNVOPV>

Mali, J. (2002). Starost, emocije in emocionalno delo. *Socialno delo*, 41(6). Pridobljeno 16.2.2020 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-MCCZ50HR/b1e3675a-9acd-4508-a790-dda3fb4ef43c/PDF>

Mali, J. (2008). *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.

Mali, J. (2011). Pogled z vidika skrbi za stare ljudi. *Socialno delo*, 50(1). Pridobljeno 17.2.2020 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-PVWNMMG/402c93c2-5251-4f3b-8148-c93c03f611dc/PDF>

Mali, J. (2012a). Socialno delo s starimi ljudmi in nova socialna zakonodaja. *Časopis kritike znanosti*, 39(250). Pridobljeno 7.3.2020 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-CIGRMBHD>

Mali, J. (2012b). Uvajanje dezinstitutionalizacije na področju oskrbe starih ljudi. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250). Pridobljeno 16.2.2020 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-JZ95KRJX/6674492d-4553-4530-83f7-62a27422d247/PDF>

Mali, J. (2013). Socialno delo s starimi ljudmi kot specializacija stroke. *Socialno delo*, 52 (1), 57-67. Pridobljeno 4.2.2020 s: https://www.revija-socialnodelo.si/mma/Socialno_URN_NBN_SI_DOC-TWJ8V0FM.pdf/2019032522483030/

Mali, J. (2014). The role of social work in the epoch of intergenerational solidarity in society. *Revija za socialnu politiku*, 21 (2), 111-131.

Mali, J. (2017). Medgeneracijska dimenzija dolgotrajne oskrbe. V: M., Šorn (ur.), *Starost - izzivi historičnega raziskovanja*, (str. 233-250). Ljubljana: Inštitut za novejšo zgodovino.

Mali, J. (2018a). *Dolgotrajna oskrba ljudi z demenco*. Zapiski predavanj pri predmetu Socialnodelovni model razumevanja demence, UL, Fakulteta za socialno delo.

Mali, J. (2018b). *Inovativne oblike oskrbe v domovih starejših občanov*. Zapiski predavanj pri predmetu dolgotrajna oskrba in socialno delo, UL, Fakulteta za socialno delo

Mali, J. (2018c). *Koncepti in metode socialnega dela s starimi ljudmi*. Zapiski predavanj pri predmetu dolgotrajna oskrba in socialno delo, UL, Fakulteta za socialno delo.

Mali, J. (2018d). *Socialno delo s starimi ljudmi – spregledano področje socialnega dela*. Zapiski predavanj predmeta dolgotrajna oskrba in socialno delo, UL, Fakulteta za socialno delo.

Mali, J. (2019). Pomen projektnega in raziskovalnega dela za razvoj socialnega dela s starimi ljudmi. V J. Mali, & F. Jakob (ur.), *Izzivi interdisciplinarnega sodelovanja na področju pomoči starim ljudem*. 5. strokovno srečanje aktiva socialnih delavcev SSZS in socialne sekcije GD (str. 1-9). Pridobljeno 10.2.2020 s <http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Zbornik-brez-barvne-naslovnice.pdf>

Mali, J. (b.d.). Koncepti socialnega dela s starimi ljudmi za kakovostno življenje starih ljudi, zapiski predavanj pri predmetu Socialno delo s starimi ljudmi, UL, Fakulteta za socialno delo. pridobljeno 15.2.2020 s https://www.fsd.uni-lj.si/izobrazevanje/dodiplomski-studij/ucni_nacrti/program_1%20stopnje/

Mali, J., & Ovčar, L. (2010). Življenjski svet starejšega kmečkega prebivalstva. *Socialno delo*, 49(4). Pridobljeno 16.2.2020 s https://www.revija-socialnodelo.si/mma/ivljenjski_URN_NBN_SI_DOC-JH51ENSR.pdf/2019012212491922/ =

Mali, J., & Žitek, N. (2016). Narativni pristopi v procesu poučevanja za socialno delo: zgodbe sorodnikov ljudi z demenco kot didaktični pripomoček = Narrative approaches in the process of teaching in social work: stories of relatives of people with dementia as didactic instrument. V: K., Aškerc (ur.), *Izboljševanje kakovosti poučevanja in učenja v visokošolskem izobraževanju : od teorije k praksi, od prakse k teoriji = Improving the quality of teaching and learning in higher education : from theory to practice, from practice to theory* (str. 239-246). Ljubljana: Center RS za mobilnost in evropske programe izobraževanja in usposabljanja.

Mali, J., & Leskošek, V. (2015). The impact of austerity measures and disintegrating welfare state on social work with older people in Slovenia. *Dialogue in praxis*, 4 (17), 1/2 (28/29), 1-22.

Mesarič, E., Toth, G., & Verban Buzeti, Z. (2014). Zdrav način življenja. V Zupančič Tisovec, B., Janc, J., Kunšek, D., Rupnik, K., Mesarič, E., Toth, G., Verban Buzeti, Z., Rožman, N., Kašnik, M., Rebula, M., Pogorevc, N., Božank, B., Horvat, A., Učakar, M., Hribernik, F., Pažek, P., Magajna, A., Krampač, L., Tacol, A., Goličnik, B., Markočič, I., Torkar, T., Hafner, A. (2014). *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva* (str. 23-34) [pdf]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeni 26.12.2018 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-NEMNVOPV>

Mesec, B. (2009). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1:Načrtovanje raziskave z osnovami informatike* (študijsko gradivo za interno uporabo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Milošević Arnold, V. (2000). Profesionalne vloge socialnih delavcev pri delu s starimi ljudmi. *Socialno delo*, 39(4/5). Pridobljeno 14.2.2020 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-EQK8VD9U/4859bfa1-c9bc-4695-81e8-601c5be63647/PDF>

Ministrstvo za zdravje. (b.d.). *Dolgotrajna oskrba*. Pridobljeno 13.11.2018 s http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/dolgotrajna_oskrba

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2017). *S projektom skupnega ukrepanja do bolj zdrave in samostojne starosti v Evropi*. Pridobljeno 1.2.2017 s <https://www.nijz.si/sl/s-projektom-skupnega-ukrepanja-do-bolj-zdrave-in-samostojne-starosti-v-evropi>

Nagode, M., Zver, E., Marn, S., Jacovič, A., & Dominkuš, D. (2014). *Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji* [pdf]. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Pridobljeno 13.11.2018 s http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2014/DZ_02_14p.pdf

Novak, E. (2010). Zdravje in z zdravjem povezan življenjski slog v povezavi z zadovoljstvom z življenjem. *Psihološka obzorja*, 19(2). Pridobljeno 7.3.2020 s http://psiholoska-obzorja.si/arhiv_clanki/2010_2/novak.pdf

Novak, L. (b.d.). *Demografske spremembe: potrebne so ključne reforme družbenih (pod)sistemov*. Pridobljeno 13.11.2018 s http://nsi.si/wp-content/uploads/2017/10/20170918_strokovni_clanek_demografija_koncna.pdf

Pahor, M., Domanjko, B., & Hlebec, V. (2011). Zaznave zdravja in dostopnosti zdravstvenega varstva: mesto Slovenije v evropskih razdeljenostih. V S. Mandič, & J. Mali (ur.), *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb* (str. 139-160). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Pavliha, M. (2009). *(Ne) Podpiranje aktivnega staranja v Sloveniji*. Pridobljeno 2.2.2019 s http://www.zdus-zveza.si/docs/VSEBINE-AKT.%20DRŽ./Podpiranje_aktivnega_staranja_v_EU_in_Sloveniji_-Milan_Pavliha.pdf

Peternel Pečauer, H. (2018). *Sanela Banović, dr. med.: Skrb za lastno zdravje ni luksuz*. Pridobljeno 26.12.2018 s <https://www.revijazamojezdravje.si/novice/sanela-banovic-dr-med-skrb-za-lastno-zdravje-ni-luksuz.html>

Petrovec, V., Bizjak, M., Rednak Robič, B., Kopasić, M., & Kramar, J. (b.d.). *Naravoslovje in tehnika 5: E-učbenik za naravoslovje in tehniko v 5. razredu osnovne šole* [pdf]. Pridobljeno 12.1.2020 s <https://www.iucbeniki.si/nit5/1398/index.html>

Povše, M. (2010). *Delovanje za zdravo življenje* [pdf]. Pridobljeno 30.12.2018 s http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/vs/Gradiva_ESS/Impletum/IMPLETUM_267ORGANIZATOR_Delovanje_Povse.pdf

Rafaelič, A., & Nagode, M. (2012). *Uvajanje dolgotrajne oskrbe*. Časopis za kritiko znanosti XXXIX (250). Pridobljeno 19.11.2018 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-ALR5LMEF/7b5ba784-9897-4c7b-ad02-9436d2823a2f/PDF>

Ražman, N. (2014). Preprečevanje poškodb. V B. Zupančič Tisovec, J. Janc, D. Kunšek, K. Rupnik, E. Mesarič, G. Toth, Z. Verban Buzeti, N. Rožman, M. Kašnik, M. Rebula, N. Pogorevc, B. Božank, A. Horvat, M. Učakar, F. Hribernik, P. Pažek, A. Magajna, L. Krampač, A. Tacol, B. Goličnik, I. Markočič, T. Torkar, A. Hafner. (2014). *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva* (str. 43-56) [pdf]. Ljubljana:

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV) (2008). Ur. l. RS 72/2008

Rihter, L. (2014). *Vrste raziskav*. Zapiski predavanj pri predmetu Metodologija raziskovanja v socialnem delu I, UL, Fakulteta za socialno delo.

Ros McDonnell, L. B., Bogataj, D., & Kavšek, M. (2015). *Dolgotrajna oskrba: izzivi in priložnosti*. Ljubljana: MEDIFAS in Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Pridobljeno 14.11.2018 s http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/2017/05/Dolgotrajna_oskrba_MEORL_19.pdf

Statistični urad Republike Slovenije. (2017). *Celotni izdatki za dolgotrajno oskrbo v 2015 (489 milijonov EUR) višji kot v 2014*. Pridobljeno 13.11.2018 s <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/7116>

Statistični urad Republike Slovenije. (b.d.a). *Kako gospodinjstva preživijo s svojimi prihodki, glede na dohodek gospodinjstva, Slovenija, letno*. Pridobljeno 6.4.2020 s <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8616>

Statistični urad Republike Slovenije. (b.d.b). *Prebivalstvo, staro 15 ali več let, po izobrazbi, starosti in spolu, Slovenija, letno*. Pridobljeno 6.4.2020 s https://pxweb.stat.si/SiStatDb/pxweb/sl/10_Dem_soc/10_Dem_soc__05_prebivalstvo__20_soc_ekon_preb__01_05G20_izobrazba/05G2002S.px/table/tableViewLayout2/

Tacol, A., Goličnik, B., Markočič, I., Torkar, T., Hafner, A. (2014). *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva* (str. 57-78) [pdf]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeni 26.12.2018 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-NEMNVOPV>

Tacol, A., & Goličnik, B. (2014). Duševno zdravje – Pozitivna samopodoba in stres. V Zupančič Tisovec, B., Janc, J., Kunšek, D., Rupnik, K., Mesarič, E., Toth, G., Verban Buzeti, Z., Rožman, N., Kašnik, M., Rebula, M., Pogorevc, N., Božank, B., Horvat, A., Učakar, M., Hribernik, F., Pažek, P., Magajna, A., Krampač, L., Tacol, A., Goličnik, B., Markočič, I., Torkar, T., Hafner, A. (2014). *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva* (str. 99-110) [pdf]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 26.12.2018 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-NEMNVOPV>

Tomšič, S. (2014). Samoocena zdravja. V S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec, & J. Maučec Zakotnik (ur.), *Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja – Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji* (str. 30-36). Pridobljeno 8.2.2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_desetletje_cindi_14.pdf

Toth, M. (2009). Dolgotrajna oskrba - nova veja socialne varnosti. *Delo in varnost*, LIV(2). Pridobljeno 13.11.2018 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-RCZOL6LW/dd20adc3-5def-41a6-bef1-7d0dac18810f/PDF>

Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. (2017a). *Demografske spremembe*. Pridobljeno 13.11.2017 s <http://www.umar.gov.si teme/demografske-spremembe/>

Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. (2017b). *Strategija dolgožive družbe*. Pridobljeno 13.11.2017 s http://www.umar.gov.si/teme/demografske-spremembe/tema/news/strategija-dolgozive-druzbe/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=81c67191bdbb563f151509315ee05536

Urad za makroekonomske analize in razvoj. (b.d.). *Strategija dolgožive družbe* [pdf]. Pridobljeno 14.11.2018 s http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/UMAR_SDD.pdf

Veninšek, G., & Gabrovec, B. (2017). Klinična obravnava krhkosti: Joint Action Advantage. V B. Gabrovec (ur.), *Zbornik recenziranih znanstvenih prispevkov* (str. 30-36). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Vertot, N. (2010). *Starejše prebivalstvo v Sloveniji* [pdf]. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 15.11.2018 s <https://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf>

Vilčnik, V. (b.d.). *Prepoznamo in olajšajmo najpogostejše težave starejših*. Pridobljeno 27.12.2018 s <http://www.abczdravja.si/index.php/8-novice/55-prepoznamo-in-olajsajmo-najpogostejse-tezave-starejsih>

Voljč, B. (2017). Dolgotrajna oskrba na političnem izpitu. *Delo*, 5.12. pridobljeno 13.11.2018 s <https://www.delo.si/mnenja/gostujoce-pero/dolgotrajna-oskrba-na-politcnem-izpitu.html>

World health organization. (2004). *Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) 2004*. Pridobljeno 3.3.2020 s <http://www.euro.who.int/cindi>

World health organization (2018a). Healthy diet. Pridobljeno 20.1.2020 s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

World health organization. (2018b). *Physical activity*. Pridobljeno 20.1.2020 s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

World health organisation. (b.d.). *What is the WHO definition of health?* Pridobljeno 31.12.2018 s <https://www.who.int/suggestions/faq/en/>

Zaviršek. D., Zorn. J., Videmšek. P. (2002). *Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba (Scripta).

Zdrav življenjski slog - trajnostni razvoj (b.d.). pridobljeno 30.12.2018 s http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/trajnostnirazvoj/07_zdrav_zivljenjski_slog.pdf

Zveza društev upokojencev Slovenije. (2013). *Zdravje starejših v EU*. Pridobljeno 1.1.2019 s <http://www.zdus-zveza.si/zdravje-starejsih-v-eu>

Žmahar, A. (2018). *Če ne zmoreš iz stanovanja, kaj boš potem?* Pridobljeno 14.12.2018 s <https://www.vzajemnost.si/clanek/175442/ce-ne-mores-iz-stanovanja-kaj-bos-potem/>

8. PRILOGE

8.1 Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

moje ime je Katarina Cesar. Sem študentka Fakultete za socialno delo v Ljubljani. Svoje magistrsko delo pišem na temo zdravja oseb, ki so stare 65 ali več let. Pri izvedbi raziskovalnega dela naloge potrebujem vašo pomoč, zato vas vljudo prosim, če lahko izpolnite anketni vprašalnik. Oddaja vprašalnika in rezultati so povsem anonimni, zato vas prosim, da ga izpolnite z resničnimi podatki in mnenji.

ZDRAVSTVENO STANJE

1. Kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje? Prosim obkrožite črko pred ustreznim odgovorom.

- a) zelo dobro b) dobro c) zadovoljivo d) slabo e) zelo slabo

2. Kaj po vašem mnenju najbolj negativno vpliva na vaše zdravje? Možnih je več odgovorov.

- | | | |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------|
| a) starost | e) kajenje | i) finančni dohodek |
| b) dedovanje bolezni | f) uživanje alkoholnih pijač | j) stres |
| c) debelost | g) gibanje | k) nezadovoljstvo z življenjem |
| d) prehrana | h) stiki z drugimi ljudmi | l) neuspešnost v življenju |

3. Ali imate katero od naslednjih bolezni/zdravstvenih težav? Možnih je več odgovorov.

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|--|
| a) zvišan krvni pritisk | i) možganska kap | p) težave z odvajanjem vode (uhajanje urina) |
| b) okvara hrbtenice | j) rakava obolenja | r) zaprtje |
| c) bolečine v sklepih | k) motnje spanja | s) revma |
| d) bolečina v križu | l) nenehna utrujenost | t) alkoholizem |
| e) zvišan holesterol | m) demenca | u) išias |
| f) zvišan krvni sladkor | n) slabovidnost | v) osteoporoza |
| g) popuščanje srca | o) slab sluh | z) drugo |
| h) srčna kap | | |

4. Ali menite, da z zdravim načinom življenja (z redno in zdravo prehrano, z rednim izvajanjem fizičnih/gibalnih aktivnosti, z rednim ohranjanjem stikov z drugimi ljudmi, z zadostno količino spanja, z odrekanjem uživanja alkoholnih in tobačnih izdelkov, z izogibanjem stresnim dejavnikom ipd.) lahko vplivate na svoje zdravje?

- a) da b) ne

5. Pri vsakem izmed naslednjih parov trditev prosim obkrožite tisto, ki za vas velja v večji meri:

- a) Sem redni/občasni kadilec
b) Nikoli ne kadim

- a) Dnevno zaužijem več ko 2dl alkohola
b) Dnevno zaužijem manj kot 2dl alkohola

a) Fizična/gibalna aktivnost (gibalna aktivnost, poveča vaš srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost), ki jo izvajam v povprečju traja 150 minut (2,5 ure) ali več na teden

b) Fizična/gibalna aktivnost (gibalna aktivnost, poveča vaš srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost), ki jo izvajam v povprečju traja manj kot 150 minut (2,5 ure) na teden

- a) Dnevno zaužijem 3 do 5 obrokov in od tega je vsaj eden topel
b) Dnevno zaužijem manj kot 3 obroke ali pa dnevno zaužijem več kot 5 obrokov

- a) Ocenjujem, da imam ustrezno telesno težo
b) Ocenjujem, da sem presuh/predebel

6. Kje pridobite največ nasvetov za izboljšanje/ohranjanje svojega zdravja?

- | | | | |
|------------------|--------------------------------------|-----------------------|--|
| a) pri zdravniku | b) iz knjig, revij, časopisa, brošur | c) z raznih predavanj | e) od prijateljev, sorodnikov, sosedov |
| | | d) s televizije | |

f) nikjer

g) drugo

7. Ali upoštevate nasvete za ohranjanje ali izboljšanje svojega zdravja? a) da b) ne

8. So vam zdravstvene storitve lahko dostopne? a) da b) ne

GIBANJE

9. V kolikor se ukvarjate s kakšno gibalno aktivnostjo, ki poveča vaš srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost, prosim obkrožite, kako pogosto se v povprečju z njo ukvarjate.

a) 1x na teden ali manj b) 2x na teden c) 3-5x na teden d) 6x na teden in večkrat

10. Kako dolgo v povprečju traja vaše izvajanje gibalne aktivnosti?

a) do 10 min b) 10-30 min c) 30-60 min d) več kot 60min

11. Na kakšen način pristopate h gibalni aktivnosti?

a) organizirano oziroma vodeno v skupini

c) izvajam jo s prijatelji

b) izvajam jo sam

d) ne dostopam

12. Koliko ur na dan presedite?

a) 0-5 ur b) 6-10 ur c) 10 ur in več

SOCIALNE MREŽE

13. Na koliko poznanih oseb se lahko v vsakem trenutku obrnete po pomoč?

a) na nobenega b) na 1-2 osebe c) na 3-4 oseb d) na 5-7 oseb e) na več kot 7 oseb

14. Kako pogosto se družite z drugimi osebami?

a) vsak dan b) nekajkrat na teden c) vsaj 1x na teden d) manj kot enkrat na teden

ŽELJE IN POTREBE

Prosim ocenite v kolikšni meri se strinjate z naslednjimi trditvami (pri vsaki trditvi obkrožite število, s katerim se strinjate):

(1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - delno se strinjam, 4 - se strinjam, 5 - zelo se strinjam).

15. Seznanjen/a sem s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja in so mi na voljo v moji bližini	1	2	3	4	5
16. Želim si bolj zdrave prehrane	1	2	3	4	5
17. Želim si obiskovati organizirane dejavnosti za starejše ljudi namenjene ohranjanju oziroma izboljševanju zdravstvenega stanja	1	2	3	4	5
18. Želim/a bi si brezplačno svetovanje o zdravem življenjskem slogu	1	2	3	4	5
19. Za bolj zdravo življenje bi potreboval/a več finančnih sredstev oziroma več brezplačnih aktivnosti povezanih s skrbjo za zdravje	1	2	3	4	5
20. Želim si, da bi me tedensko obiskoval prostovoljec in mi pomagal pri oblikovanju zdravega življenjskega sloga	1	2	3	4	5
21. Želim si, da bi bil/a večkrat vabljen/a na razne aktivnosti v okolici	1	2	3	4	5
22. Želim si, da bi me prihajal nekdo iskati na dom in me pospremil na aktivnosti	1	2	3	4	5

23. Prosim ocenite, kako zadovoljni ste s svojim življenjem.

a) zelo zadovoljen

c) nezadovoljen

e) ne morem oceniti

b) zadovoljen

d) zelo nezadovoljen

SOCIODEMOGRAFSKI PODATKI

24. Spol: a) moški b) ženski

25. Starost: a) 65-74 let b) 75-81 let c) 82-89 let d) 90 in več let

26. Zaključena izobrazba:

a) osnovna šola ali manj b) srednja šola c) višja šola d) visoka šola ali več

27. Finančno stanje:

a) s sedanjimi prihodki se lahko brez težav preživljam

b) s sedanjimi prihodki ravno še shajam

c) s sedanjimi prihodki se težko preživljam

8.2 Točkovanje indeksa zdravega življenjskega sloga

Tabela 8.2.1: Točkovanje indeksa zdravega življenjskega sloga

Dejavnik zdravega življenjskega sloga	Točkovanje	Opis
Kajenje	0 1	a) Sem redni/ občasni kadilec b) Nikoli ne kadim
Uživanje alkoholnih pijač	0 1	a) Dnevno zaužijem več ko 2dl alkohola b) Dnevno zaužijem manj kot 2dl alkohola
Fizična aktivnost	1 0	a) Fizična/ gibalna aktivnost (gibalna aktivnost, poveča vaš srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost), ki jo izvajam v povprečju traja 150 minut (2,5 ure) ali več na teden b) Fizična/ gibalna aktivnost (gibalna aktivnost, poveča vaš srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost), ki jo izvajam v povprečju traja manj kot 150 minut (2,5 ure) na teden
Prehrana	1 0	a) Dnevno zaužijem 3 do 5 obrokov in od tega je vsaj eden topel b) Dnevno zaužijem manj kot 3 obroke ali pa dnevno zaužijem več kot 5 obrokov
Telesna teža	1 0	a) Ocenjujem, da imam ustrezno telesno težo b) Ocenjujem, da sem presuh/predebel

8.3 Statistična obdelava kvantitativnih podatkov

Zbirnik podatkov:

Vprašalniki od 1 do vključno 65:

Vprašanja od vključno 1 do vključno 5d

	vprašanje 1	vprašanje 2	vprašanje 3	vprašanje 4	vprašanje 5a	vprašanje 5b	vprašanje 5c	vprašanje 5d
vprašalnik 1	3		2 1; 22		1 2	2	1	1
vprašalnik 2	3 1; 2		2; 3; 4; 14; 16		1 2	2	1	1
vprašalnik 3	3 1; 2; 5; 7; 10		1; 2; 3; 4; 5; 10; 14; 15		1 2	2	1	1
vprašalnik 4	1	9		1	1 2	2	99	1
vprašalnik 5	3 7; 10		1; 4		1 2	2	2	1
vprašalnik 6	3	1		4	1 2	2	2	1
vprašalnik 7	2	10		5	1 1	99	1	1
vprašalnik 8	2		1 1; 3; 4; 5; 15; 21		1 2	2	2	1
vprašalnik 9	2 1; 9		1; 15		1 2	2	2	1
vprašalnik 10	2 2; 4		1; 2; 7; 14; 21		1 2	2	1	1
vprašalnik 11	2	10		14	1 1	99	99	2
vprašalnik 12	3 1; 9		1; 4; 6; 11; 21; 22		1 2	2	1	1
vprašalnik 13	3 1; 9; 10; 11		1; 2; 3; 4; 5; 12; 17		2 1	99	99	1
vprašalnik 14	3 1; 2; 9; 10		2; 5; 20; 21		1 1	99	99	99
vprašalnik 15	2 1; 4; 9;			1	1 2	2	1	2
vprašalnik 16	2 1; 10			1	1 2	2	1	1
vprašalnik 17	3	1 1; 7; 15; 21			1 2	2	1	1
vprašalnik 18	3 1; 3		1; 4; 6; 7; 16		1 2	2	2	1
vprašalnik 19	2	1		16	1 2	2	1	1
vprašalnik 20	3 1; 9; 10		5; 6; 7; 11; 14; 18; 21		2 2	2	2	1
vprašalnik 21	2 1; 4; 9; 10; 11; 12		2; 4; 11; 14; 15		1 2	2	1	1
vprašalnik 22	4 1; 5; 7; 9		1; 2; 3; 7; 11; 14; 18; 20		2 1	1	2	2
vprašalnik 23	3 3; 7; 10		1; 5; 6; 7; 14; 15; 18		1 2	2	99	2
vprašalnik 24	4 3; 4; 9; 10		1; 3; 5; 11; 12; 15; 18; 20		1 2	2	2	1
vprašalnik 25	2 2; 9; 10		1; 3; 4; 5; 6; 11; 12; 15		1 2	2	2	2
vprašalnik 26	2 5; 10		3; 11		1 1	2	1	2
vprašalnik 27	3 3; 7		1; 7; 11		1 2	1	2	1
vprašalnik 28	3 3; 7; 10		1; 10; 12; 17		1 2	2	2	1
vprašalnik 29	2 2; 10		1; 3; 5; 8		1 2	2	1	1
vprašalnik 30	3	1 1; 3; 5; 7; 8; 13; 14			1 2	2	1	1
vprašalnik 31	3 1; 9; 10		1; 3		1 2	2	1	2
vprašalnik 32	1	10		5	1 2	2	1	1
vprašalnik 33	1 5; 6; 10		2; 3; 4; 18		1 1	2	1	1
vprašalnik 34	1	1 5; 6			1 2	1	1	1
vprašalnik 35	3 1; 3; 7; 10		1; 3; 10; 14; 16; 18		1 2	2	2	1
vprašalnik 36	5 1; 3; 4; 10		1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 12; 14; 15; 16; 21		1 2	2	2	1
vprašalnik 37	4 1; 7; 10		10; 14		1 2	2	2	1
vprašalnik 38	2 1; 2; 10		1; 12; 13		1 2	2	99	99
vprašalnik 39	3	4 7; 14; 17			1 2	2	1	1
vprašalnik 40	3	1 1; 5			1 2	2	2	1
vprašalnik 41	3 5; 10		1; 4; 5; 17; 21		2 1	2	2	1
vprašalnik 42	3 1; 7; 8		2; 3; 11; 14; 17		1 2	2	1	1
vprašalnik 43	4 1; 2		1; 2; 3; 5; 14; 15; 17; 21		2 2	2	1	2
vprašalnik 44	3 2; 11			7	1 1	2	2	1
vprašalnik 45	3 2; 5; 10			4	1 2	2	2	1
vprašalnik 46	3	2 1; 3; 5; 11; 12; 21			1 2	2	1	1
vprašalnik 47	3	2 1; 3; 5; 11; 12			1 2	2	1	1
vprašalnik 48	2	10 1; 7; 15			1 2	2	1	1
vprašalnik 49	3	1 2; 5; 16; 21			1 2	2	1	1
vprašalnik 50	2	1 1; 2; 4; 21			1 2	2	1	1
vprašalnik 51	3 1; 3; 4		2; 7; 8		1 2	2	2	1
vprašalnik 52	3 2; 4; 10			4	1 2	2	2	1
vprašalnik 53	4	5 1; 2; 4; 13; 16; 18; 20			1 1	2	2	1
vprašalnik 54	3 3; 4		1; 3; 7; 11; 20		1 2	2	1	1
vprašalnik 55	4	11 3; 11; 17			1 2	2	1	1
vprašalnik 56	99 1; 2; 4; 6; 7; 9		2; 7; 10; 18		1 2	2	2	1
vprašalnik 57	3 1; 3; 4; 6; 9		2; 4; 6; 7; 18		1 2	2	2	1
vprašalnik 58	3 4; 7; 9; 10		1; 4; 10; 20		1 2	2	2	1
vprašalnik 59	4	1 1; 2; 3; 4; 10; 14; 15			1 2	2	2	1
vprašalnik 60	3 1; 3; 4; 7; 10		1; 2; 3; 4; 5; 6; 11; 21		1 2	2	2	1
vprašalnik 61	3 2; 10		1; 3; 5; 6; 7		99 2	2	2	1
vprašalnik 62	2	1		7	1 2	2	1	1
vprašalnik 63	3	1 4; 14			1 2	2	1	1
vprašalnik 64	3 2; 3; 4; 5; 6; 10		1; 3; 5		1 2	1	1	1
vprašalnik 65	3 1; 2; 4; 6		1; 7; 15		1 1	2	2	1

Vprašanja od vključno 5e do vključno 15

vprašanje 5e	vprašanje 6	vprašanje 7	vprašanje 8	vprašanje 9	vprašanje 10	vprašanje 11	vprašanje 12	vprašanje 13	vprašanje 14	vprašanje 15	vprašanje 16
1	1	1	1	3	3	2	1	5	2	3	5
2 1; 2; 4; 5		1	1	3	3	3	1	3	1	4	4
1	2	1	1	4	2	2	3	3	1	3	3
1	6	1	1	3	2	2	1	2	3	1	2
2	5	1	1	2	2	2	1	3	3	2	3
1	1	1	1	2	2	2	1	4	1	3	1
1	5	1	1	3	3	2	1	2	2	99	99
2	2	1	1	2	1	2	2	3	4	4	3
1	2	1	1	4	4	3	1	2	1	5	3
1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	4	4
1	1	1	1	3	3	2	1	2	2	4	4
1	3	1	1	4	3	2	1	3	1	5	4
1	7	1	1	99	99	99	1	2	4	3	3
99	1	1	1	1	1	2	2	1	4	1	3
1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	3	4
1 1; 5		1	1	4	3	2	1	3	2	4	4
2	2	1	1	2	3	2	1	4	2	3	3
2 1; 4; 5		1	1	1	1	4	3	4	1	3	2
1 1; 4; 5		1	1	4	4	2	1	3	1	5	3
2 1; 4;		1	1	2	1	2	1	2	2	4	4
1	99	1	1	3	4	2	1	3	3	3	4
2 1; 4		2	1	2	1	2	1	4	2	3	4
2 2; 4		1	1	2	3	3	1	3	2	3	4
2 2; 4		2	1	2	2	2	1	4	2	4	4
1 2; 4; 5		2	1	2	2	3	1	3	2	2	4
1	4	1	1	3	4	2	2	2	1	3	4
2 1; 5		2	1	3	2	2	2	2	1	3	4
2	5	2	1	1	2	4	2	4	3	3	4
1	1	1	1	4	4 2; 3		2	4	1	4	4
1	1	1	1	4	4	2	2	2	2	4	1
1 1; 7		2	1	4	4	2	1	5	1	4	3
1 1; 3		1	1	4	4	1	1	5	1	5	4
1 3; 5		1	1	3	4 2; 3		1	2	2	4	4
1	6	1	1	4	4	2	1	2	1	3	5
2 1; 2; 5		2	99	99	99	99	2	3	1	3	3
2 2; 4; 5		2	2	3	1	2	1	2	1	4	2
1 1; 5		99	1	99	99	99	2	3	2	3	4
2	6	2	1	1	1	4	2	2	2	2	1
1	1	1	1	4	3	2	1	2	1	4	1
1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	4
1 1; 2		1	1	1	2	1	1	2	2	99	3
1 1; 2; 4		1	1	4	3	2	1	5	1	1	1
1 1; 4		1	1	4	2	2	1	2	3	3	4
1 1; 4		1	1	1	1	2	1	2	2	99	99
1 1; 4		1	1	99	1	4	1	2	2	99	99
1	1	1	1	3	4	2	1	3	2	99	99
1	1	99	1	3	4	2	1	2	99	99	99
2 1; 2; 4		1	1	3	3	2	1	3	2	1	3
1 1; 2		1	1	1	4	1	1	3	2	4	4
1 1; 2		1	1	2	4	1	1	3	2	4	5
2 1; 2		1	1	2	2	2	1	4	2	4	5
1 2; 4		1	1	3	2	2	2	4	4	3	4
1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	4	5
2	2	1	1	4	2	2	1	2	1	4	4
1	3	1	1	3	2	2	1	3	2	3	3
2 1; 4; 5; 7		1	1	1	2 2; 3		2	4	1	4	4
2 2; 7		1	1	1	2	3	2	4	1	4	4
2	2	1	1	2	3	2	1	2	2	1	1
1	6	99	1	2	2	2	1	2	1	1	2
2 2; 3		1	1	3	3	2	1	3	2	4	3
2	1	1	1	1	1	2	1	2	4	1	3
1	6	2	2	1	1	2	1	3	2	2	4
2	5	1	1	4	4	3	1	5	1	5	4
1	1	1	1	4	4	3	1	4	1	3	4
1 1; 2		1	1	1	2	2	2	2	4	3	3

Vprašanja od vključno 17 do vključno 27

vprašanje 17	vprašanje 18	vprašanje 19	vprašanje 20	vprašanje 21	vprašanje 22	vprašanje 23	vprašanje 24	vprašanje 25	vprašanje 26	vprašanje 27
3	4	3	2	3	1	1	1	2	3	1
4	4	4	2	3	2	2	2	1	2	1
2	3	3	2	3	2	2	1	1	4	1
1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2
3	3	4	2	3	2	2	1	1	2	2
3	1	3	2	1	2	1	1	2	2	2
99	4	99	99	99	99	2	2	1	2	1
3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	1
3	5	5	2	3	2	1	2	1	4	2
3	4	4	3	3	3	2	1	1	2	2
3	4	4	3	3	3	2	2	1	2	2
5	5	5	1	4	1	2	2	2	1	2
2	3	4	2	3	2	5	2	1	2	3
5	4	5	5	3	4	5	2	1	2	3
2	5	4	3	4	4	1	1	1	2	3
3	4	3	2	3	2	1	1	1	3	1
4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2
1	3	4	2	2	3	2	2	2	1	2
2	3	4	2	2	2	2	1	1	2	2
3	3	4	2	2	2	2	1	2	1	3
3	4	5	3	3	3	2	1	1	2	2
2	2	3	3	2	2	5	1	2	1	3
3	2	2	2	2	2	3	1	1	2	3
4	3	3	2	2	2	3	2	2	1	3
3	3	3	2	2	2	5	2	1	2	3
1	5	5	1	3	1	2	1	1	2	2
3	3	3	3	2	2	5	1	1	2	1
5	4	5	1	4	2	2	2	1	3	2
4	4	4	1	1	1	2	1	1	3	1
1	1	3	1	1	1	2	2	3	1	1
2	2	4	1	2	1	2	1	1	2	2
5	5	4	2	2	2	1	2	1	4	1
4	4	5	4	4	3	2	2	1	2	2
3	3	1	1	3	1	1	1	1	2	1
1	2	5	3	2	1	3	2	2	1	3
2	2	4	2	2	3	3	2	3	1	2
1	2	5	3	2	1	2	1	3	2	3
3	1	2	1	3	2	2	2	3	2	1
1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1
2	3	5	2	4	2	2	2	2	2	3
99	99	99	99	99	99	5	2	3	2	2
4	3	4	2	4	4	2	2	3	2	1
2	4	4	2	2	1	2	2	3	2	2
99	99	4	99	99	99	2	1	2	1	2
99	4	4	99	99	99	2	2	2	3	2
99	99	99	99	99	99	2	2	2	1	3
99	99	99	99	99	99	2	2	2	1	3
4	3	99	2	2	1	2	2	2	2	1
5	4	4	3	4	2	2	2	1	4	1
3	5	4	2	3	1	1	2	2	3	1
3	5	4	2	3	3	1	1	2	4	1
4	4	4	3	4	3	2	2	1	2	2
5	1	5	1	5	1	2	1	1	1	1
4	4	4	2	2	1	2	2	1	2	2
2	3	2	2	2	3	2	1	1	2	2
4	4	4	4	4	4	1	1	2	2	3
4	3	3	3	4	3	1	2	1	2	3
99	99	1	99	99	99	2	1	1	1	2
3	3	5	1	3	3	5	2	2	1	2
3	4	2	2	1	1	2	2	1	3	3
1	1	3	1	1	1	5	2	2	2	3
4	4	4	3	3	2	2	1	2	3	2
4	5	5	1	5	4	2	2	1	2	2
3	5	5	1	1	1	2	1	1	2	2
4	3	4	4	4	3	3	1	2	1	2

Vprašalniki od vključno 66 do vključno 130:

Vprašanja od vključno 1 do vključno 5d

vprašalnik 66	2 1; 2; 3; 4; 10	4; 14	1	2	2	1	1
vprašalnik 67	4 2; 3; 4; 5; 6; 7; 9	2; 3; 11; 14; 15	1	1	1	2	2
vprašalnik 68	3 2; 3; 4; 5; 6; 9; 10; 11; 12	1; 14; 15	1	2	2	2	2
vprašalnik 69	3 1; 10	1; 4; 15	1	2	2	1	1
vprašalnik 70	4	2 7; 14; 15; 22	1	2	2	2	1
vprašalnik 71	4 4; 7; 10; 11	1; 2; 3; 4; 11; 12; 18; 22	1	2	2	2	1
vprašalnik 72	2 7; 9; 10	4; 10; 12; 16; 21	2	1	99	2	99
vprašalnik 73	3 1; 9	1; 18	1	2	1	1	1
vprašalnik 74	3	10 1; 3	1	2	2	2	1
vprašalnik 75	2	1 1; 2; 3; 4; 6; 14	1	2	2	1	1
vprašalnik 76	2 1; 2; 4; 5; 6; 10; 11	2; 3; 4; 20	1	2	2	1	1
vprašalnik 77	1	99	99	1	2	2	1
vprašalnik 78	2 1; 2	1; 2; 4; 11	1	2	2	1	1
vprašalnik 79	3 1; 2; 4; 5; 6	5; 7; 13; 18	1	2	2	2	1
vprašalnik 80	4 1; 2	1; 7; 8; 13; 21	1	2	2	2	1
vprašalnik 81	3 1; 3; 5;	1; 3; 20	1	2	2	1	1
vprašalnik 82	1 2; 6		22	1	2	2	1
vprašalnik 83	4 2; 3; 7	1; 4; 12; 18	1	2	2	2	1
vprašalnik 84	1 2; 10		3	1	2	2	1
vprašalnik 85	3	1	4	2	2	2	99
vprašalnik 86	3 1; 10; 11	2; 3; 21	1	1	2	2	2
vprašalnik 87	3 1; 2; 3; 5; 6	3; 4; 10; 11; 13; 18	1	1	2	1	1
vprašalnik 88	3	1 2; 4; 7	1	2	2	1	1
vprašalnik 89	4 1; 7	2; 3; 4; 9; 12; 14; 16; 17; 21; 22	1	2	99	1	1
vprašalnik 90	3 1; 4; 10	1; 5; 6; 11; 15	1	2	2	2	1
vprašalnik 91	3 1; 3; 4; 9	1; 2; 4	1	2	2	2	2
vprašalnik 92	3	1 3; 4; 9; 13; 14; 15	1	2	2	2	1
vprašalnik 93	3 9; 10	1; 20	1	2	2	2	1
vprašalnik 94	2	1 10; 14; 15	1	2	2	1	1
vprašalnik 95	2 4; 9	7; 11; 15; 16	1	2	2	2	1
vprašalnik 96	2	2 1; 5; 6; 16	1	2	2	1	2
vprašalnik 97	4 1; 7	1; 3; 6; 10	1	2	2	2	1
vprašalnik 98	3 1; 3; 4	1; 5; 6; 14	1	2	2	1	1
vprašalnik 99	3 1; 7; 8	1; 2; 11; 12; 14; 18; 21; 22	2	2	2	2	1
vprašalnik 100	4 1; 4; 7; 9	3; 7; 11; 12; 15; 16	2	2	2	2	1
vprašalnik 101	3 1; 4; 5; 10	1; 4; 7; 14; 15; 20	1	1	1	2	1
vprašalnik 102	3	1 1;11; 15	1	2	2	2	1
vprašalnik 103	2 4; 7; 10	5; 11	1	2	2	1	1
vprašalnik 104	3	5 3; 4; 14; 18	1	1	1	1	1
vprašalnik 105	3	1 1; 13	1	2	2	2	1
vprašalnik 106	4	1 3; 15; 22	1	2	2	1	2
vprašalnik 107	3 3; 6	3; 4; 12; 21	2	2	2	1	1
vprašalnik 108	3 1; 2; 4; 7	1; 5; 6; 9; 10; 17	2	2	1	2	2
vprašalnik 109	2 3; 4; 6; 7	3; 12	1	2	1	2	2
vprašalnik 110	3 1; 2; 4; 6	1; 6	1	2	1	2	2
vprašalnik 111	4 1; 3; 4; 6; 11	1; 3; 5; 7; 12; 17	1	2	1	2	1
vprašalnik 112	3 1; 2; 3; 4; 7; 10	1; 4; 5; 7	1	2	2	1	1
vprašalnik 113	3 1; 4; 10	1; 17	1	2	2	1	1
vprašalnik 114	2 1; 7	2; 20	1	2	2	1	1
vprašalnik 115	2	2 1; 4	1	1	2	99	1
vprašalnik 116	4	1 2; 10; 17	1	2	2	2	1
vprašalnik 117	4 2; 9; 10	2; 3; 11; 14; 21	2	2	2	1	1
vprašalnik 118	4 1; 2	2; 3; 4; 6; 7; 10; 14; 16; 21	1	2	2	2	1
vprašalnik 119	3 1; 2	2; 4; 11; 21; 22	1	2	2	1	1
vprašalnik 120	3 1; 2; 3; 4; 10	1; 3; 5; 6; 11; 12	1	2	2	2	2
vprašalnik 121	2	1 4; 5	1	2	2	1	1
vprašalnik 122	3 1; 4; 5; 6	1; 5; 7; 11	1	1	1	2	1
vprašalnik 123	2 1; 2	1; 4; 5; 15; 18	1	2	2	2	1
vprašalnik 124	3 1; 2; 3; 4; 5; 11	1; 2; 3; 4; 5; 7; 12; 14	1	1	2	2	1
vprašalnik 125	3	1 1; 4; 16; 21	1	2	2	2	1
vprašalnik 126	3 1; 2	1; 3; 5; 11; 14; 15; 16	1	2	2	2	1
vprašalnik 127	3 1; 4; 5; 6; 7; 10	1; 12; 22	1	1	1	2	2
vprašalnik 128	3 1; 3; 4; 10	1; 3; 4; 14	1	2	2	2	1
vprašalnik 129	4 1; 8; 9; 11	1; 3; 4; 11; 18	1	2	2	2	2
vprašalnik 130	3 3; 4; 5; 10; 11; 12	1; 4; 5; 6	1	1	2	1	1

Vprašanja od vključno 5e do vključno 16

2 2; 3; 4		1	1	2	3	3	1	3	3	3	4
2	4	2	1	2	2	3	1	2	1	2	3
2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	4
1	4	1	1	3	2	2	1	3	2	3	2
2 1; 2; 4		1	1	3	2	2	99	5	1	5	5
1 2; 3; 4; 5		1	1	1	2	2	1	5	1	4	5
1	1	2	2	1	2	4	1	2	2	3	2
2	2	1	2	3	3	2	1	3	3	99	2
1	2	1	1	2	2	2	1	2	3	4	4
2	5	1	1	4	3	2	1	5	3	4	3
1 2; 4; 7		1	1	4	4	2	1	5	1	5	1
2	3	1	1	4	4	2	1	5	1	5	1
1 1; 3; 4; 5		1	1	3	2 1; 2		1	3	1	5	4
2 1; 2; 4; 5		1	1	1	2	2	2	3	1	5	4
2 1; 2		1	1	1	1	2	2	2	1	4	5
1 2; 5		1	99	2	3	2	1	4	1	5	3
1	3	1	1	3	3	2	2	3	1	5	4
2 2; 5		1	1	1	2	2	1	3	3	4	5
1	1	1	1	2	3	2	2	4	2	3	4
99	2	99	99	4	3	2	1	2	1	3	3
1	2	1	1	2	3	1	1	3	2	5	4
1 4; 5		1	1	1	3	3	2	3	1	5	5
1 1; 2; 3		1	1	4	4	2	1	3	2	4	4
2 1; 2; 4		1	1	4	2	2	1	3	2	3	5
1	2	1	1	99	99	99	1	2	3	5	3
2	1	1	1	1	2	2	1	2	3	3	3
1	1	2	2	1	1	2	3	4	1	1	2
1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	4
1	5	1	1	3	4	2	1	3	2	3	4
1 1; 2		1	2	2	2	2	1	2	2	3	4
2	2	1	1	2	3	2	2	2	1	3	4
2 1; 5		1	1	1	1	2	2	2	1	3	4
2 1; 2; 4		1	1	2	3	2	1	3	3	2	4
2 1; 2; 4		1	1	2	2	2	1	3	3	3	3
1 1; 5		2	1	1	99	4	1	2	2	3	3
1	5	1	1	2	2	3	2	3	3	2	4
2 2; 5		1	1	2	2	2	1	3	2	3	4
2 1; 2; 3; 4; 5		1	1	3	4 1; 3		2	4	2	4	5
1	1	1	1	3	3	2	1	4	1	2	3
1 2; 5		1	1	2	3	2	1	4	1	4	3
2	2	2	1	4	4	2	1	2	4	3	4
2	5	2	1	4	3	2	1	3	3	2	3
2	6	1	1	1	1	4	1	4	2	1	2
2 5; 6		1	1	1	1	4	1	4	2	2	3
2 1; 4		1	1	1	1	2	2	3	2	2	2
2	1	2	1	1	1	4	2	2	2	3	4
2 1; 2; 4		1	1	4	4	2	1	4	1	3	3
1 2; 4;		1	1	2	3	1	1	4	1	3	2
1	3	1	1	3	3 1; 2		2	4	1	5	5
1	1	99	1	99	99	99	1	3	2	99	99
2	7	1	1	2	2	2	1	3	2	2	4
1	6	1	1	3	2	2	1	2	3	1	5
1 1; 5		1	1	1	1	4	3	3	3	2	3
1 1; 2; 4		1	1	3	3	2	2	3	2	2	4
2 1; 4		2	1	1	2	2	2	4	2	3	4
1	1	1	1	3	3 2; 3		1	3	2	4	3
2 1; 2; 4; 5		2	1	2	2	3	2	2	2	2	3
1 1; 2; 4		1	1	2	2	2	2	3	3	4	3
2 1; 4		2	1	1	1	2	3	2	3	2	3
1 1; 4		1	1	2	2	2	1	4	2	2	3
1 1; 2; 4		1	1	1	1	2	3	3	1	1	2
1	1	2	1	1	1	4	1	2	2	3	4
2 1; 2; 5		1	1	1	1	2	1	5	1	3	4
1	1	1	1	1	1	4	2	3	4	2	3
2 1; 5		2	1	3	2	3	1	4	2	2	

Vprašanja od vključno 17 do vključno 27

4	5	4	3	4	3	2	2	1	2	2
3	2	4	3	3	3	5	1	1	2	2
3	4	5	3	3	3	2	1	1	2	2
2	3	1	1	2	1	2	1	1	2	1
3	3	1	1	3	1	2	2	1	2	1
5	5	5	1	3	1	2	2	2	2	2
3	2	3	2	3	2	2	2	1	2	3
2	2	4	2	2	2	2	1	1	2	2
4	4	4	3	4	3	2	2	1	2	2
5	3	4	2	3	2	1	2	1	2	2
2	1	3	1	2	2	1	1	1	4	1
1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1
5	5	4	2	5	2	2	2	1	3	1
4	4	4	4	5	5	2	2	3	2	1
4	5	4	5	4	5	3	2	3	3	1
2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1
4	4	5	1	3	1	2	2	1	3	2
3	4	5	4	3	3	2	2	2	1	3
2	4	1	1	2	1	1	1	1	2	1
3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
4	5	5	3	3	1	2	2	2	2	2
3	3	5	2	3	3	2	1	2	2	2
4	4	4	3	3	3	2	1	3	2	1
4	5	4	4	3	4	2	2	2	2	1
2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2
3	99	4	99	4	99	2	2	1	1	3
2	1	2	3	2	2	4	1	4	2	2
5	5	5	5	5	1	2	2	1	2	2
3	2	2	2	3	2	2	1	1	2	1
3	4	4	2	2	1	2	1	1	2	2
5	5	5	4	4	3	2	2	1	2	2
3	4	4	1	1	1	2	2	1	2	2
1	5	2	3	4	2	2	2	2	2	1
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1
1	2	3	2	2	2	3	1	1	2	3
3	3	3	2	2	2	2	1	2	1	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
5	5	4	3	3	1	1	2	1	4	1
1	4	3	2	2	2	2	1	1	1	1
3	3	3	3	3	1	2	2	1	1	1
2	3	3	1	1	1	2	2	1	4	1
1	2	2	1	3	1	2	1	1	2	1
1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	2
4	4	4	1	2	1	2	2	1	2	2
2	3	2	1	2	1	2	1	1	2	1
2	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1
2	2	3	1	2	1	2	1	1	2	1
2	2	4	1	2	1	2	2	1	2	1
5	5	5	5	5	3	1	2	1	2	1
99	99	99	99	99	99	2	2	2	2	1
2	4	5	1	3	1	2	2	1	2	3
1	1	5	2	1	2	3	2	1	1	3
1	2	3	2	2	3	2	2	3	1	3
3	4	4	4	3	3	2	2	2	2	1
4	4	4	3	4	4	2	1	1	1	2
4	4	4	4	4	4	1	2	1	2	1
2	2	3	2	2	2	5	1	1	1	2
4	4	3	3	3	4	2	1	1	2	1
3	2	4	3	2	3	2	2	2	2	2
2	3	3	2	2	3	1	2	3	1	2
1	4	4	4	3	4	2	2	3	1	2
3	3	3	1	1	1	5	1	1	2	1
3	3	4	2	3	1	3	2	1	2	2
4	5	5	4	3	5	3	2	3	1	3
3	4	4	1	3	1	2	1	1	1	1

Vprašalniki od vključno 131 do vključno 190:

Vprašanja od vključno 1 do vključno 5d

vprašalnik 131	3 1; 2; 3; 4; 7; 8; 10; 11	3; 11; 17; 22	1	2	2	2	1
vprašalnik 132	4 1; 2; 10	1; 5; 7; 8; 9; 15	1	2	2	2	1
vprašalnik 133	2 2; 4; 10	1; 7; 14	1	2	2	1	1
vprašalnik 134	3 1; 2; 10	1; 5	1	2	2	1	1
vprašalnik 135	3 1; 4; 9	1; 3; 11; 15	2	2	2	2	1
vprašalnik 136	3 1; 2	2; 3; 4; 12	1	2	2	1	1
vprašalnik 137	3 2; 10	1; 2; 4; 6; 11; 15	1	2	2	2	1
vprašalnik 138	3 1; 10	1; 3; 4; 5; 7	1	1	2	2	1
vprašalnik 139	2 1; 7; 10	7; 8; 16	1	2	2	2	1
vprašalnik 140	4 1; 7; 8; 11	4; 7; 11; 13	1	2	2	2	1
vprašalnik 141	5 1; 2; 6; 10	12; 14; 18	1	2	1	2	1
vprašalnik 142	1	1 15; 18	1	2	2	2	1
vprašalnik 143	1	1 14; 18	1	2	2	1	2
vprašalnik 144	4 1; 2; 5; 6	1; 6; 15; 18	1	1	1	2	2
vprašalnik 145	3 1; 2; 4; 5	1; 3; 4	1	1	2	1	1
vprašalnik 146	2 1; 2; 6	3; 14; 18	1	1	2	2	1
vprašalnik 147	5 3; 10	1; 14; 15	1	2	2	1	1
vprašalnik 148	3 5; 6; 10	3; 5; 14; 15; 18	1	1	2	99	99
vprašalnik 149	2 3; 4; 5; 6; 10	14	1	2	2	2	1
vprašalnik 150	3	10 3; 4; 5; 6; 7; 11; 14; 15	1	2	2	1	1
vprašalnik 151	4	9 2; 4; 6	99	2	2	2	1
vprašalnik 152	3 3; 10	2; 6; 7; 12; 14; 21	1	2	2	2	1
vprašalnik 153	2	3 1; 5	1	2	2	99	1
vprašalnik 154	3	1 1; 3	2	2	1	1	1
vprašalnik 155	3	2 11	2	2	2	2	1
vprašalnik 156	99 1; 2; 3; 4; 5	99	99	2	2	99	99
vprašalnik 157	2	1 1; 2; 7; 21	1	99	2	99	1
vprašalnik 158	1 3; 10	1; 2; 4; 6; 11; 12; 13; 14; 15; 17;	1	2	99	99	99
vprašalnik 159	3	7 2; 4; 7; 15	1	2	2	2	1
vprašalnik 160	2 1; 12	7	1	2	99	99	1
vprašalnik 161	2	1 4; 18	1	2	2	1	1
vprašalnik 162	5	1 22	2	2	2	99	99
vprašalnik 163	4	1 6; 13; 16	2	2	2	2	1
vprašalnik 164	3 1; 2; 9; 10; 11	1; 3; 5; 6; 12; 14; 15; 21	1	1	2	2	1
vprašalnik 165	1	1 17	1	1	2	99	1
vprašalnik 166	2 1; 4; 9; 10	1; 4; 7; 8; 14; 18	1	2	2	1	1
vprašalnik 167	3	1 1; 2; 4; 5; 7; 8; 10; 11; 14; 16; 20	2	2	2	2	1
vprašalnik 168	3	1 4; 8; 17	99	2	2	1	2
vprašalnik 169	3 2; 6	1; 4; 14; 15	1	2	2	2	1
vprašalnik 170	3	1 1; 7; 9	1	2	2	1	1
vprašalnik 171	3	2 22	1	2	2	2	99
vprašalnik 172	3 1; 10	1; 3; 5; 15; 16	1	2	2	1	1
vprašalnik 173	2 1; 3; 10	2; 4; 11; 18	1	2	2	2	2
vprašalnik 174	4	1 2; 3; 4; 9; 14; 15; 18	1	2	2	1	1
vprašalnik 175	3 3; 10	1; 4; 9	1	2	2	2	1
vprašalnik 176	3	10 1; 5	1	2	2	1	1
vprašalnik 177	4	10 1; 3; 6; 10; 11; 12; 20; 21	99	2	2	99	99
vprašalnik 178	3 3; 4	1; 5	1	2	2	2	1
vprašalnik 179	2	1 1; 6; 14; 15; 22	1	2	2	1	1
vprašalnik 180	3	1 1; 2; 4; 15; 20; 21	2	2	2	99	1
vprašalnik 181	4	10 1; 9; 11; 12; 14	2	2	99	99	1
vprašalnik 182	1	1 3	99	2	2	1	1
vprašalnik 183	3	10 7; 15; 20	1	2	2	1	1
vprašalnik 184	3	9 1; 3; 18	2	2	2	2	1
vprašalnik 185	4 1; 2; 3; 4; 7; 10	3; 4; 5; 10; 12; 14; 17	1	2	2	1	1
vprašalnik 186	4 1; 2; 3	1; 3; 4; 7; 11; 14; 15	2	2	1	2	2
vprašalnik 187	1 4; 9; 10	3; 4; 17	1	2	2	1	1
vprašalnik 188	3 1; 4; 5	1; 3; 4; 14; 15	1	1	2	2	1
vprašalnik 189	1 1; 4	3; 5; 14	1	2	1	1	1
vprašalnik 190	3	1 1; 3; 4; 11; 14	1	2	2	1	1

Vprašanja od vključno 5e do vključno 16

	2 1; 2; 4; 5	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3
1	1	1	1	1	3	2	1	3	3	3	3
1	1	1	1	4	3	2	2	3	2	3	4
1	5	1	1	2	3	3	1	3	3	5	3
2	6	1	1	2	2	2	1	1	3	2	4
1 2; 4		1	1	4	2	2	1	2	3	4	1
1	2	1	1	1	2	2	1	3	1	3	4
1 1; 5		1	1	2	3	2	1	4	2	4	4
1 2; 3		1	1	2	3	2	1	3	2	4	3
1	7	2	1	1	3	2	2	2	3	3	4
1	1	2	1	1	1	4	2	2	2	2	4
1	2	1	1	2	2	2	1	4	2	4	5
1	2	1	1	3	3	1	1	3	1	5	2
1	1	1	2	1	1	4	3	2	3	3	4
1	2	1	2	2	3	1	3	2	2	3	5
1	2	1	1	2	3	1	2	2	3	3	4
2	1	1	1	3	3	1	1	3	2	4	5
99	4	1	1	2	2	2	2	3	2	4	3
1	2	1	1	2	3	2	1	3	2	4	3
1	4	1	1	4	2	2	2	2	1	4	4
2	1	1	1	3	2	1	3	2	1	4	2
2	1	1	1	4	3	2	1	3	1	4	1
2	2	2	1	3	3	2	2	4	2	3	3
1	2	1	1	4	4	2	1	4	1	4	4
1	1	1	1	4	2	2	2	2	2	3	1
99	99	1	99	1	99	1	99	99	3	2	99
1	1	1	1	99	99	2	1	2	2	99	99
99 1; 2		1	1	3	2 1; 2		1	2	2	3	4
1	5	1	1	3	2 1; 2		1	2	1	5	5
1 1; 2; 7		1	1	3	3	2	1	3	1	4	5
1	5	1	1	3	2	1	1	2	1	5	4
99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	1	5
1	6	2	1	1	1	1	2	2	4	3	4
2	2	99	99	3	4	2	2	3	3	4	4
1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	4	3
1 1; 3; 4		1	1	4	3	2	1	3	2	4	4
2	2	1	1	2	3 1; 2		1	2	1	4	4
1	6	1	1	99	1	1	2	2	1	99	99
1 1; 2		1	1	1	2	1	1	99	3	5	4
2 1; 4		1	1	2	3	1	1	2	1	5	5
1	1	99	1	1	2	1	1	2	1	5	5
1 1; 5		1	1	4	3	3	1	3	1	3	4
2 2; 3		2	1	2	2	2	2	3	1	4	5
1 1; 2		1	1	4	2	2	1	2	3	3	3
2	1	1	1	99	1	2	2	2	2	3	2
1	2	1	1	2	3	2	1	2	2	3	3
99	1	1	1	2	1	2	1	2	3	3	3
2	2	1	1	1	2	2	1	3	3	3	5
2	7	1	1	3	2	2	1	3	1	4	4
1	5	4	4	6	5	4	5	5	4	4	3
1	1	1	1	99	99	2	1	2	2	99	99
1	2	1	1	4	4	2	1	5	1	5	5
1	3	1	1	3	3 1; 2		1	1	2	5	99
1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	4
1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	3
1	1	2	2	2	3	2	2	1	2	3	3
2	2	1	1	3	3	2	1	2	2	3	3
1	4	2	1	1	2	3	2	3	1	4	3
1	2	2	1	3	3	3	2	2	1	2	3
1	6	2	2	4	4	2	1	3	1	1	1

Vprašanja do vključno 17 do vključno 27

4	4	5	3	4	3	5	2	1	1	2
2	4	5	3	2	2	1	1	2	2	2
4	3	3	4	3	4	2	2	1	2	1
4	5	5	5	5	3	1	2	1	2	2
1	1	5	2	2	2	3	2	1	1	3
1	5	5	1	1	1	2	2	1	2	2
3	4	4	3	3	1	2	1	2	2	2
2	2	5	2	2	2	2	2	2	3	1
1	3	2	1	3	1	2	2	2	3	1
1	1	1	1	1	1	3	1	2	3	1
2	4	5	2	1	3	2	2	1	2	2
2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	1
2	4	4	1	1	3	1	1	1	2	2
3	4	5	3	5	5	5	1	2	1	3
5	4	5	3	5	5	2	1	1	3	1
3	2	3	1	2	4	2	2	1	2	1
4	5	5	2	3	3	1	2	1	2	2
1	4	5	1	1	2	2	1	1	1	2
3	4	4	3	3	2	2	2	1	2	1
5	4	5	1	1	99	5	2	4	2	3
1	1	5	99	99	99	2	2	2	1	3
4	5	1	99	99	99	2	2	1	2	2
2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
99	99	99	99	99	99	2	2	2	3	1
5	5	4	99	99	1	2	99	1	2	2
5	4	4	1	3	1	2	1	2	1	2
5	5	4	4	3	3	2	1	1	2	1
4	99	99	2	3	1	2	2	1	2	2
3	2	2	5	5	1	3	2	3	1	1
2	2	3	1	2	2	3	2	4	1	1
2	1	4	1	1	1	3	1	1	2	3
4	4	3	1	4	1	1	1	2	3	2
4	4	5	3	3	3	2	1	3	2	2
99	99	4	2	4	1	4	2	4	2	2
99	99	99	99	99	99	2	2	4	3	2
3	4	5	5	4	4	2	2	1	2	2
5	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	1
4	4	5	1	3	1	2	2	2	2	2
4	4	5	2	3	1	2	2	1	3	1
3	3	3	3	3	3	99	99	1	2	99
4	4	5	2	4	1	2	1	1	2	2
1	5	5	1	5	1	2	2	1	2	1
3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2
3	5	4	5	4	1	2	2	1	3	2
3	4	99	1	2	2	1	1	2	2	1
4	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2
99	99	99	99	99	99	2	2	1	2	2
5	5	1	1	1	1	1	2	1	2	1
5	5	5	3	5	5	2	2	1	3	2
4	4	5	3	4	2	3	1	1	2	2
3	4	3	3	5	4	2	1	2	2	1
4	5	5	5	4	5	3	99	3	1	2
4	4	5	4	4	4	2	2	2	3	1
2	2	4	1	2	1	2	2	2	2	1
2	5	4	2	2	1	2	1	3	1	1
1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2

Vprašalniki od vključno 191 do vključno 209:

Vprašanja od vključno 1 do vključno 5d

vprašalnik 191	3 2; 4; 9; 10; 11; 12	1; 2; 3; 4; 15; 16; 18; 21	1	2	2	1	1
vprašalnik 192	3 1; 10	16; 18; 20; 21	1	2	2	1	1
vprašalnik 193	3 3; 10	13; 14; 18; 21	1	2	2	1	1
vprašalnik 194	3	1 3; 4; 12; 14; 22	1	2	2	2	1
vprašalnik 195	3 1; 10	2; 4; 11; 14; 17; 21	1	2	2	1	1
vprašalnik 196	3 3; 10; 11	3; 4; 14; 15; 20; 22	1	2	2	2	1
vprašalnik 197	4 1; 3; 7	1; 2; 3; 4; 5; 6; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 17; 18; 20; 21	1	2	2	1	1
vprašalnik 198	3 1; 3; 4	1; 4; 7; 14; 15	1	2	2	2	1
vprašalnik 199	4 1; 2; 3; 5; 10	1; 2; 4; 5; 6; 11; 14; 20	1	1	2	1	1
vprašalnik 200	4 1; 2; 9; 10	1; 3; 4; 11; 14; 21	2	2	2	2	1
vprašalnik 201	3 3; 10	1; 3; 12; 14; 17	1	2	2	2	1
vprašalnik 202	1	99 5; 11	99	1	2	2	1
vprašalnik 203	3	1 1; 4; 7; 11; 14; 18	1	2	99	99	1
vprašalnik 204	3	1 1; 3; 5; 11; 14; 15; 16; 18; 20	1	2	99	99	1
vprašalnik 205	3 1; 6; 9; 10	1; 2; 3; 4; 5; 11; 12; 13; 16; 18	1	2	1	1	1
vprašalnik 206	2 1; 10	3; 4; 11; 13; 15; 18	1	2	1	2	1
vprašalnik 207	3 1; 9; 10	1; 2; 4; 11; 13; 16; 18	1	2	2	1	1
vprašalnik 208	3	99	3	1	2	99	2
vprašalnik 209	3	3 7; 11; 15; 16	2	2	2	99	1

Vprašanja od vključno 5e do vključno 16

2 2; 4; 5	1	1	4	3 1; 2	1	3	2	4	4
2 2; 3	1	1	4	2	1	2	2	1	3
2	4	1	1	3	2	1	2	3	1
1	6	1	1	4	1	2	3	2	3
1	5	1	1	3	2	1	2	3	1
2	6	1	1	2	2	1	2	3	2
2	5	1	1	4	2	1	1	3	1
2	5	1	1	1	2	4	2	2	3
2	5	2	1	4	3	2	1	2	3
2 2; 4; 5	1	1	3	3	2	2	3	2	3
2 1; 5	1	1	99	99	99	99	4	1	4
1	5	1	1	1	4	2	4	1	99
2	1	1	1	99	99	99	1	2	1
2	1	1	1	99	99	99	1	2	1
1	1	1	1	4	3	99	1	3	1
1 1; 5	1	1	1	1	1	4	2	4	1
1 1; 5	1	1	2	3	2	1	3	1	3
99	5	99	1	2	3	2	1	4	2
2	1	2	1	99	99	99	2	4	1

Vprašanja od vključno 17 do vključno 27

3	4	5	4	4	3	2	2	2	2	3
5	5	1	1	5	99	2	2	4	2	2
3	1	1	5	99	99	2	2	2	2	2
5	4	5	5	5	5	3	2	3	1	3
4	1	5	1	2	99	2	2	3	1	3
5	5	5	5	1	1	2	2	99	2	2
4	5	5	3	99	99	3	2	3	2	3
2	2	3	1	2	1	2	1	1	3	2
3	4	4	3	3	2	2	2	1	2	2
2	4	5	3	2	3	2	2	1	1	2
1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2
99	99	99	99	99	99	1	2	3	2	1
1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	2	1	2	1	2
2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2
3	3	3	3	3	3	99	2	1	1	2
99	99	99	99	99	99	2	2	2	1	1
3	2	2	2	3	1	1	2	3	2	1

Število manjkajočih odgovorov pri posameznem vprašanju:

Tabela 8.3.1: Število manjkajoči odgovorov pri posameznemu vprašanju

Številka vprašanja	Število manjkajočih odgovorov
1	2
2	3
3	2
4	7
5a	1
5b	12
5c	21
5d	10
5e	8
6	2
7	10
8	7
9	16
10	15
11	11
12	5
13	3
14	2
15	13
16	13
17	15
18	15
19	14
20	18
21	19
22	22
23	3
24	4
25	2
26	1
27	2

Testiranje hipotez:

Hipoteza 1: Tisti, ki imajo slabše finančno stanje, tudi zdravstveno stanje ocenjujejo slabše.

Pri preverjanju hipoteze 1 sem uporabila spremenljivki:

- ocena zdravstvenega stanja (V1),
- finančno stanje (V27)

Spremenljivka »kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje«, je bila merjena na lestvici od 1 do 5, pri čemer so bile podane sledeče ocene: zelo dobro, dobro, zadovoljivo, slabo, zelo slabo.

Nato sem navedeno spremenljivko zaradi večje preglednosti in vsebinske zanimivosti analiz preoblikovala in oblikovala tri skupine: zelo dobro in dobro, zadovoljivo, slabo in zelo slabo.

Tabela 8.3.2: Kontingentna tabela povezanosti spremenljivk ocena zdravstvenega stanja (V1) in finančno stanje (V27)

Finančno stanje * Kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje? Crosstabulation						
			Kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje?			Total
			Zelo dobro in dobro	Zadovoljivo	Slabo in zelo slabo	
Finan-čno stanje	s sedanjimi prihodki se lahko brez težav preživljam	Count	33	32	10	75
		f %	44,0%	42,7%	13,3%	100,0%
		% of Total	16,0%	15,5%	4,9%	36,4%
	s sedanjimi prihodki ravno še shajam	Count	21	62	15	98
		f %	21,4%	63,3%	15,3%	100,0%
		% of Total	10,2%	30,1%	7,3%	47,6%
	s sedanjimi prihodki se težko preživljam	Count	3	18	12	33
		f %	9,1%	54,5%	36,4%	100,0%
		% of Total	1,5%	8,7%	5,8%	16,0%
Total		Count	57	112	37	206
		f %	27,7%	54,4%	18,0%	100,0%
		% of Total	27,7%	54,4%	18,0%	100,0%

Iz raziskave izhaja, da je večina anketiranih, ki so navedli, da se s sedanjimi prihodki lahko brez težav preživlja, v največji meri (44,0 %) ocenilo, da je njihovo zdravstveno stanje zelo dobro ali dobro.

Anketirani, ki so navedli, da s sedanjimi prihodki ravno še shajajo, so v največji meri (63,3 %) navedli, da je njihovo zdravstveno stanje zadovoljivo.

Tisti anketirani, ki so navedli, da se s sedanjimi prihodki težko preživljajo, so svoje zdravstveno stanje prav tako najpogosteje ocenili kot zadovoljivo.

Iz tega izhaja, da obstajajo razlike v oceni zdravstvenega stanja udeležencev raziskave glede na njihovo finančno stanje.

Tabela 8.3.3: Hi kvadrat ocene zdravstvenega stanja glede na finančno stanje

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,541 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	22,766	4	,000
Linear-by-Linear Association	17,460	1	,000
N of Valid Cases	206		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,93.

Izvedeni χ^2 test nam prikazuje, da znaša vrednost Pearsonovega hi kvadrat testa 23,541, vrednost signifikance pa 0,000 ($p < 0,05$). Povezanost med spremenljivkama je statistično značilna in kontingenčna tabela je pokazala, da so tisti, ki so navedli, da imajo slabše finančno stanje (s sedanjimi prihodki ravno še shajam in s sedanjimi prihodki se težko preživljam), tudi svoje zdravstveno stanje ocenili slabše (v obeh primerih so svoje zdravstveno stanje opredelili kot zadovoljivo), kar je v skladu z zastavljeno hipotezo. Na podlagi ugotovljenega sem hipotezo 1 potrdila.

Hipoteza 2: Anketirani, ki imajo večje število oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč, bolje ocenjujejo svoje zdravje, kot tisti, ki imajo manj oseb, na katere se lahko obrnejo po pomoč.

Pri preverjanju hipoteze 2 sem uporabila spremenljivki:

- ocena zdravstvenega stanja (V1),
- na koliko poznanih oseb se lahko v vsakem trenutku obrnete po pomoč (V13).

Pri preverjanju hipoteze 2 sem spremenljivko V1 preoblikovali tako, da je ocena 1 pomenila zelo slabo, ocena 2 slabo, ocena 3 zadovoljivo, ocena 4 dobro in ocena 5 zelo dobro.

Iz raziskave izhaja, da je korelacija med spremenljivkama ocena zdravstvenega stanja, in na koliko poznanih oseb se lahko v vsakem trenutku obrnete po pomoč, bila pozitivna, šibka in statistično značilna (Pearsonov koef. korelacije 0,64, $p = 0,019$, $p < 0,05$).

Tabela 8.3.4: Korelacije med spremenljivkama »ocena zdravstvenega stanja« in »na koliko poznanih oseb se lahko v vsakem trenutku obrnete po pomoč«

Correlations			Na koliko poznanih oseb se lahko v vsakem trenutku obrnete po pomoč?	Kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje?
Spearman's rho	Na koliko poznanih oseb se lahko v vsakem trenutku obrnete po pomoč?	Correlation Coefficient	1,000	,164*
		Sig. (2-tailed)	.	,019
		N	206	205
	Kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje?	Correlation Coefficient	,164*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,019	.
		N	205	207

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Na podlagi ugotovljenega smo tako hipotezo 2 potrdili.

Hipoteza 3: Anketirani, ki imajo končano višjo, visoko šolo ali več, v večji meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje kot tisti, ki imajo končano srednjo šolo ali manj.

Pri preverjanju hipoteze 3 sem uporabila spremenljivki:

- ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje (V4),
- zaključena izobrazba (V26).

Spremenljivko zaključena izobrazba sem preoblikovala tako, da sem dobila dve skupini: srednja in osnovna šola in manj ter višja, visoka šola ali več.

Tabela 8.3.5: Kontingenčna tabela povezanosti spremenljivk »ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje« in »zaključena izobrazba«

Zaključena izobrazba * Ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje Crosstabulation					
			Ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje		Total
			DA	NE	
Zaključena izobrazba	srednja in osnovna šola in manj	Count	146	24	170
		% f	85,9%	14,1%	100,0%
		% of Total	72,3%	11,9%	84,2%
	višja, visoka šola ali več	Count	32	0	32
		% f	100,0%	0,0%	100,0%
		% of Total	15,8%	0,0%	15,8%
	Total	Count	178	24	202
		% f	88,1%	11,9%	100,0%
% of Total		88,1%	11,9%	100,0%	

Iz raziskave izhaja, da je več kot tri četrtine anketiranih (85,9 %), ki so dokončali srednjo šolo ali manj, navedlo, da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje. Vsi (100 %) anketirani z dokončano višjo šolo ali več, so navedli, da menijo, da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje.

Tabela 8.3.6: Hi kvadrat test spremenljivk »ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje« in »dosežena stopnja izobrazbe«

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,127 ^a	1	,024		
Continuity Correction ^b	3,867	1	,049		
Likelihood Ratio	8,867	1	,003		
Fisher's Exact Test				,017	,012
Linear-by-Linear Association	5,101	1	,024		
N of Valid Cases	202				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,80.

b. Computed only for a 2x2 table

Izvedeni χ^2 test nam prikazuje, da znaša vrednost Pearsonovega hi kvadrat testa 5,127, vrednost signifikance pa 0,024 ($p < 0,05$). Iz raziskave izhaja, da obstajajo statistično značilne razlike pri navedbi mnenja, da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje, glede na doseženo stopnjo izobrazbe. Na podlagi tega sem hipotezo 3 potrdila.

Hipoteza 4: Anketirani, ki so manj zadovoljni s svojim življenjem, v manjši meri menijo, da s svojim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravstveno stanje.

Pri preverjanju hipoteze 4 sem uporabila spremenljivki:

- ali menite, da z zdravim načinom življenja (z redno in zdravo prehrano, z rednim izvajanjem fizičnih/gibalnih aktivnosti, z rednim ohranjanjem stikov z drugimi ljudmi, z zadostno količino spanca, z odrekanjem uživanja alkoholnih in tobačnih izdelkov, z izogibanjem stresnim dejavnikom ipd.) lahko vplivate na svoje zdravje (V4),
- prosim ocenite, kako zadovoljni ste s svojim življenjem (V23) (zelo zadovoljen, zadovoljen, nezadovoljen, zelo nezadovoljen, ne morem oceniti).

Spremenljivko zadovoljstva s svojim življenjem sem uporabila tako, da sem uporabila samo odgovore tistih, ki so se opredelili (zelo zadovoljen, zadovoljen, nezadovoljen, zelo nezadovoljen). Odgovore tistih, ki so odgovorili, da ne morejo oceniti, nisem uporabila in sem jih izločila iz analize hipoteze 4, da nebi imeli vpliva na mersko lestvico. Merska lestvica je bila oblikovana tako, da je ocena 1 pomenila zelo nezadovoljen, ocena 2 nezadovoljen, ocena 3 zadovoljen, ocena 4 pa zelo zadovoljen.

Uvodoma sem izvedla Kolmogorov-Smirnov test normalne porazdeljenosti.

Tabela 8.3.7: Preverjanje normalne porazdeljenosti z uporabo Kolmogorov-Smirnovega testa

Tests of Normality							
	Ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Prosim ocenite, kako zadovoljni ste s svojim življenjem.	DA	,411	176	,000	,635	176	,000
	NE	,264	24	,000	,837	24	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Izvedeni Kolmogorov-Smirnov test nam je pokazal, da znaša vrednost signifikance 0,000 ($p < 0,05$). Na podlagi tega lahko statistično značilno rečem, da porazdelitev zadovoljstva s svojim življenjem glede na vpliv na zdravje anketiranih ni normalno porazdeljena. Ker spremenljivka na obravnavani skupini ni normalno porazdeljena, smem v nadaljevanju uporabiti neparametrični Mann-Whitneyev U-test.

Tabela 8.3.8: Skupinske statistike ocene »zadovoljstvo s svojim življenjem« in »ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje«

Group Statistics					
	Ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Prosim ocenite, kako zadovoljni ste s svojim življenjem.	DA	166	3,0843	,50942	,03954
	NE	21	2,6667	,73030	,15936

Iz raziskave izhaja, da je povprečna ocena zadovoljstva z življenjem pri tistih, ki menijo, da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje znašala 3,1, medtem, ko je bila ocena pri tistih, ki so odgovorili, da ne, nižja in je znašala 2,7.

Tabela 8.3.9: Povprečni rangi ocene »zadovoljstvo s svojim življenjem«, glede na »ali menite, da s svojim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje«

Ranks				
	Ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Prosim ocenite, kako zadovoljni ste s svojim življenjem.	DA	166	97,37	16163,00
	NE	21	67,38	1415,00
	Total	187		

Iz raziskave izhaja, da je povprečna ocena zadovoljstva z življenjem pri tistih, ki menijo, da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje, znašala višje, kot ocena pri tistih, ki so odgovorili, da ne.

Tabela 8.3.10: Testne statistike pri preverjanju hipoteze 4

Test Statistics ^a	
	Prosim ocenite, kako zadovoljni ste s svojim življenjem.
Mann-Whitney U	1184,000
Wilcoxon W	15045,000
Z	-3,062
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a. Grouping Variable: Ali menite, da z zdravim načinom življenja lahko vplivate na svoje zdravje

Na podlagi izvedenega Man-Whitneyevega testa lahko rečemo, da obstajajo statistično pomembne razlike v odgovorih, med skupinama ($U = 1.184,00$, $z = -3,062$, $p = 0,002$, $p < 0,05$). Razlike v ocenah zadovoljstva z življenjem glede na skupini so bile statistično pomembne, in tisti, ki so odgovorili da z zdravim načinom življenja lahko vplivajo na svoje zdravje, so podali tudi višjo oceno zadovoljstva z življenjem. Na podlagi tega lahko hipotezo 4 potrdimo.

Hipoteza 5: Anketirani, ki gibalne aktivnosti izvajajo 3x ali večkrat na teden, imajo manj bolezni oziroma zdravstvenih težav, kot tisti ki gibalno aktivnost izvajajo 2x tedensko ali manj.

Pri preverjanju hipoteze 5 sem uporabila spremenljivki:

- ali imate katero od naslednjih bolezni/zdravstvenih težav (V3),
- v kolikor se ukvarjate s kakšno gibalno aktivnostjo, ki poveča vaš srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost, prosim obkrožite, kako pogosto se v povprečju z njo ukvarjate (V9).

Spremenljivko »ali imate katero od naslednjih zdravstvenih težav«, sem oblikovala tako, da sem lahko analizirala povprečno število bolezni/zdravstvenih težav pri posameznem anketirancu.

Spremenljivko gibanje sem preoblikovala in namesto prvotnih štirih možnih odgovorov (1x na teden ali manj, 2x na teden, 3-5x na teden in 6x na teden in večkrat), oblikovala dva skupini: 2x na teden in manj (a in b) ter 3x ali večkrat na teden (c in d).

Pri preverjanju hipoteze, sem spremenljivko »ali imate katero od naslednjih zdravstvenih težav« preoblikovala tako, da sem lahko razbrala, koliko naštetih bolezni/zdravstvenih težav je imel posamezni anketiranec.

Uvodoma sem opravila preverjanje normalne porazdeljenosti spremenljivke »število bolezni/zdravstvenih težav« glede na to, kateri skupini po pogostosti izvajanja gibalnih aktivnosti pripadajo.

Tabela 8.3.11: Kolmogorov Smirnov test normalne porazdeljenosti števila bolezni glede na pogostost izvajanja gibalnih aktivnosti

Tests of Normality							
	Gibalne aktivnosti	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skupno število bolezni	2x na teden in manj	,147	104	,000	,955	104	,001
	3x ali večkrat na teden	,171	87	,000	,851	87	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Izvedeni Kolmogorov-Smirnov test je pokazal, da znaša vrednost signifikance za obe skupini gibalnih aktivnosti 0,000 ($p < 0,05$). Ker so vrednosti signifikance pod 0,05 pri obeh skupinah, lahko statistično značilno rečem, da porazdelitev skupnega števila bolezni glede na pogostost tedenskega izvajanja gibalnih aktivnosti ni normalno porazdeljena. Na podlagi tega sem v nadaljevanju opravila neparametričen Mann-Whitneyev test, ki se uporablja v tovrstnih primerih.

Tabela 8.3.12: Opisne statistike skupnega števila bolezni/zdravstvenih težav glede na gibalne aktivnosti

Gibalne aktivnosti		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Skupno število bolezni	2x na teden in manj	104	4,32	2,101	,206	4025,000	-1,324	,185
	3x ali večkrat na teden	87	4,21	2,985	,320			

Iz raziskave izhaja, da je povprečno število bolezni/zdravstvenih težav pri skupini, katera gibalne aktivnosti izvaja 2x na teden ali manj znašalo na posameznika 4,32, pri skupini ki izvaja gibalne aktivnosti 3x tedensko ali pogosteje pa je povprečno število bolezni/zdravstvenih težav na posameznika znašalo 4,21.

Iz raziskave tako izhaja, da je skupina anketiranih, ki je navedla, da izvaja gibalne aktivnosti 2x na teden in manj, imela nekoliko večje število bolezni/zdravstvenih težav kot skupina, ki je navedla, da izvaja gibalne aktivnosti 3x ali večkrat tedensko.

Mann-Whitneyev U-test je bil izveden, da bi ugotovila razlike v povprečnem številu bolezni/zdravstvenih težav glede na pogostost izvajanja gibalnih aktivnosti. Razlike v pogostosti so obstajale, vendar niso statistično značilne, kar mi je pokazal izvedeni preizkus ($U = 4.025,00$, $z = -1,324$, $p = 0,185$).

Na podlagi ugotovljenega sem hipotezo 5 ovrgla.

Hipoteza 6: Anketirani, ki imajo zdrav življenjski slog, imajo manj bolezni kot anketirani, ki nimajo zdravega življenjskega sloga.

Pri preverjanju hipoteze 6 sem uporabila spremenljivki:

- ali imate katero od naslednjih bolezni / zdravstvenih težav,

- spremenljivke s področja zdravega življenjskega sloga (kajenje, alkohol, fizična/gibalna aktivnost, število obrokov, telesna teža).

Spremenljivko »ali mate katero od naslednjih bolezni/zdravstvenih težav« sem oblikovala tako, da sem lahko analizirala povprečno število bolezni/zdravstvenih težav pri posameznem anketirancu.

Tabela 8.3.13: Kolmogorov Smirnov test normalne porazdeljenosti števila bolezni glede na spremenljivke zdravega življenjskega sloga in Mann-Whitneyev test

		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
kajenje	sem redni/občasni kadilec	,161	24	,110	,929	24	,093
	nikoli ne kadim	,155	157	,000	,901	157	,000
alkohol	dnevno zaužijem več kot 2 dl alkohola	,200	21	,028	,885	21	,018
	dnevno zaužijem manj kot 2dl alkohola	,151	160	,000	,907	160	,000
fizična aktivnost	Fizična/gibalna aktivnost ki jo izvajam v povprečju traja 150 minut (2,5 ure) ali več na teden	,182	84	,000	,852	84	,000
	Fizična/gibalna aktivnost, ki jo izvajam v povprečju traja manj kot 150 minut (2,5 ure) na teden	,134	97	,000	,949	97	,001
obroki	Dnevno zaužijem 3 do 5 obrokov in od tega je vsaj eden topel	,152	158	,000	,907	158	,000
	Dnevno zaužijem manj kot 3 obroke ali pa dnevno zaužijem več kot 5 obrokov	,215	23	,007	,893	23	,018
telesna teža	Ocenjujem, da imam ustrezno telesno težo	,159	109	,000	,935	109	,000
	Ocenjujem, da sem presuh/predebel	,210	72	,000	,829	72	,000

Izvedeni Kolmogorov-Smirnov test je pokazal, da znaša vrednost signifikance v veliki večini po posameznih elementih zdravega življenjskega sloga 0,000 ($p < 0,05$). V tabeli sem z modro barvo označila, pri katerih spremenljivkah števila obolenj in bolezenskih stanj so bile vrednosti signifikance po posameznih elementih zdravega življenjskega sloga višje kot 0,05. Pri Kolmogorov-Smirnovem testu obravnavam obe skupini. Če sta obe skupini pod nad 0,05 lahko rečem, da je spremenljivka normalno porazdeljena in v mojem primeru tega ni bilo, tako da za vse spremenljivke statistično značilno velja, da niso normalno porazdeljene. Pri preverjanju hipoteze 6 sem analizirala 5 spremenljivk zdravega življenjskega sloga in ker spremenljivke niso normalno porazdeljene sem v nadaljevanju izvedla neparametrični Mann-Whitneyev U-test.

Tabela 8.3.14: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na količino kajenja in Mann-Whitneyev test

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
kajenje	Skupno število bolezni							
	sem redni/občasni kadilec	32	4,28	2,174	,384	2659,500	-,405	,685
	nikoli ne kadim	174	4,27	2,579	,195			

Iz raziskave izhaja, da so anketirani, ki so navedli, da so redni/občasni kadilci, navedli prisotnost povprečno 4,28 bolezni/zdravstvenih težav na posameznika, vprašani ki so navedli, da ne kadijo, so podali skoraj identično povprečno število prisotnosti bolezni/zdravstvenih težav pri posamezniku (4,27). Izvedeni Mann Whitneyev U-test je pokazal, da razlike v odgovorih niso bile statistično značilne ($U = 2659,500$, $z = -0,405$, $p = 0,685$).

Tabela 8.3.15: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na količino uživanja alkohola in Mann-Whitneyev test

alkohol		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Skupno število bolezni	dnevno zaužijem več kot 2 dl alkohola	21	4,33	2,244	,490	1762,000	-,269	,788
	dnevno zaužijem manj kot 2dl alkohola	174	4,19	2,381	,181			

Iz raziskave izhaja, da so anketirani, ki so navedli, da dnevno zaužijem več kot 2 dl alkohola, v povprečju navedli prisotnost 4,33 bolezni/zdravstvenih težav. Anketirani, ki so navedli, da dnevno zaužijejo manj kot 2 dl alkohola, pa so v povprečju navedli nekoliko nižje število prisotnih bolezni/zdravstvenih težav (4,19).

Tabela 8.3.16: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na količino izvajanja gibalnih aktivnosti in Mann-Whitneyev test

fizična aktivnost		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Skupno število bolezni	Fizična/gibalna aktivnost ki jo izvajam v povprečju traja 150 minut (2,5 ure) ali več na teden	87	4,01	2,508	,269	3723,000	-1,716	,086
	Fizična/gibalna aktivnost, ki jo izvajam v povprečju traja manj kot 150 minut (2,5 ure) na teden	100	4,43	2,266	,227			

Iz raziskave izhaja, da so anketirani, ki fizično/gibalno aktivnost izvajajo v povprečju 150 minut (2,5 ure) ali večkrat tedensko, v povprečju navedli 4,01 bolezni/zdravstvenih težav. Anketirani, ki fizično/gibalno aktivnost izvajajo v povprečju manj kot 150 minut (2,5 ure) na teden, so v povprečju navedli prisotnost več bolezni7 zdravstvenih težav (4,43). Izvedeni Mann Whitneyev U-test je pokazal, da razlike v povprečnem številu bolezni/zdravstvenih težav niso bile statistično značilne ($U = 3723,000$, $z = -1,716$, $p = 0,086$).

Tabela 8.3.17: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na količino dnevno zaužitih obrokov

obroki		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Skupno število bolezni	Dnevno zaužijem 3 do 5 obrokov in od tega je vsaj eden topel	172	4,26	2,429	,185	2064,000	-,326	,744
	Dnevno zaužijem manj kot 3 obroke ali pa dnevno zaužijem več kot 5 obrokov	25	4,08	2,235	,447			

Iz raziskave izhaja, da so anketirani, ki dnevno zaužijejo 3 do 5 obrokov in od tega vsaj enega toplega, podali v povprečju navedli prisotnost 4,26 bolezni/zdravstvenih težav. Anketirani, ki dnevno zaužijejo manj kot 3 obroke ali pa več kot 5 obrokov pa so v povprečju navedli prisotnost manj bolezni/zdravstvenih težav.

Izvedeni Mann Whitneyev U-test je pokazal, da razlike v povprečnem številu bolezni/zdravstvenih težav glede na število dnevno zaužitih obrokov niso bile statistično značilne ($U = 2064,00$, $z = -0,326$, $p = 0,774$).

Tabela 8.3.18: Poprečno število bolezni/zdravstvenih težav glede na ustreznost telesne teže

telesna teža		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Skupno število bolezni	Ocenjujem, da imam ustrezno telesno težo	120	3,81	2,213	,202	3545,000	-3,036	,002
	Ocenjujem, da sem presuh/predebel	79	4,89	2,517	,283			

Povprečno število bolezni/zdravstvenih težav pri tistih anketiranih, ki ocenjujejo, da imajo ustrezno telesno težo, je znašalo 3,83.

Pri anketiranih, ki so navedli, da imajo neustrezno telesno težo, pa je povprečno število bolezni/zdravstvenih težav bilo nekoliko višje in je znašalo 4,89.

Izvedeni Mann Whitneyev U-test je pokazal, da so bile razlike v povprečnem številu bolezni/zdravstvenih težav glede na ustreznost telesne teže statistično značilne ($U = 3545,00$, $z = -3,036$, $p = 0,002$).

Izvedeni Mann Whitneyev U-testi so pokazali, da razlike v številu bolezni/zdravstvenih težav niso bile statistično značilne pri naslednjih navadah zdravega življenjskega sloga: alkohol, fizična aktivnost in obroki. Razlika v povprečnem številu bolezni je bila samo pri dejavniku »telesna teža«.

Na podlagi ugotovljenega sem hipotezo 6 ovrgla.

Hipoteza 7: Ženske živijo bolj zdrav življenjski slog kot moški.

Pri preverjanju hipoteze 7 sem uporabila pare spremenljivk (V5):

a) Sem redni/občasni kadilec

b) Nikoli ne kadim

a) Dnevno zaužijem več ko 2dl alkohola

b) Dnevno zaužijem manj kot 2dl alkohola

a) Fizična/gibalna aktivnost (gibalna aktivnost, poveča vaš srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost), ki jo izvajam v povprečju traja 150 minut (2,5 ure) ali več na teden

b) Fizična/gibalna aktivnost (gibalna aktivnost, poveča vaš srčni utrip, povzroči občutek toplote in rahlo zadihanost), ki jo izvajam v povprečju traja manj kot 150 minut (2,5 ure) na teden

a) Dnevno zaužijem 3 do 5 obrokov in od tega je vsaj eden topel

b) Dnevno zaužijem manj kot 3 obroke ali pa dnevno zaužijem več kot 5 obrokov

a) Ocenjujem, da imam ustrezno telesno težo

b) Ocenjujem, da sem presuh/predebel

Navedene pare spremenljivk (V5) sem analizirala glede na spol (V24).

Tabela 8.3.19: Kontingenčna tabela povezanosti kajenja, uživanja alkoholnih pijač, izvajanja in trajanja gibalnih aktivnosti, števila zaužitih dnevnih obrokov in samoocene telesne teže, glede na spol

	Spol		f	f %	Veljavni %	Kumulativni %	Sig.
Kajenje	moški	sem redni/občasni kadilec	17	22,7	22,7	22,7	χ^2 test = 4,370 p = 0,037
		nikoli ne kadim	58	77,3	77,3	100,0	
	ženski	sem redni/občasni kadilec	15	11,5	11,6	11,6	
		nikoli ne kadim	114	87,7	88,4	100,0	
Alkohol	moški	dnevno zaužijem več kot 2 dl alkohola	16	21,3	21,9	21,9	χ^2 test = 17,058, p = 0,000
		dnevno zaužijem manj kot 2dl alkohola	57	76,0	78,1	100,0	
	ženski	dnevno zaužijem več kot 2 dl alkohola	4	3,1	3,3	3,3	
		dnevno zaužijem manj kot 2dl alkohola	117	90,0	96,7	100,0	
fizična aktivnost	moški	Fizična/gibalna aktivnost ki jo izvajam v povprečju traja 150 minut (2,5 ure) ali več na teden	32	42,7	46,4	46,4	χ^2 test = 0,001, p = 0,976
		Fizična/gibalna aktivnost, ki jo izvajam v povprečju traja manj kot 150 minut (2,5 ure) na teden	37	49,3	53,6	100,0	
	ženski	Fizična/gibalna aktivnost ki jo izvajam v povprečju traja 150 minut (2,5 ure) ali več na teden	54	41,5	46,2	46,2	

		Fizična/gibalna aktivnost, ki jo izvajam v povprečju traja manj kot 150 minut (2,5 ure) na teden	63	48,5	53,8	100,0	
Obroki	moški	Dnevno zaužijem 3 do 5 obrokov in od tega je vsaj eden topel	60	80,0	82,2	82,2	χ^2 test = 3,949, p = 0,976
		Dnevno zaužijem manj kot 3 obroke ali pa dnevno zaužijem več kot 5 obrokov	13	17,3	17,8	100,0	
	ženski	Dnevno zaužijem 3 do 5 obrokov in od tega je vsaj eden topel	112	86,2	90,3	90,3	
		Dnevno zaužijem manj kot 3 obroke ali pa dnevno zaužijem več kot 5 obrokov	11	8,5	8,9	99,2	
Telesna teža	moški	Ocenjujem, da imam ustrezno telesno težo	50	66,7	67,6	67,6	χ^2 test = 3,720, p = 0,156
		Ocenjujem, da sem presuh/predebel	24	32,0	32,4	100,0	
	ženski	Ocenjujem, da imam ustrezno telesno težo	68	52,3	54,4	54,4	
		Ocenjujem, da sem presuh/predebel	56	43,1	44,8	99,2	

Moški zajeti v raziskavo so v navedli, da so kadilci v nekoliko večji meri (z 22,7 %) kot ženske. Da so kadilke, je navedlo le 11,5 % žensk. Razlike med spoloma so bile statistično značilne (χ^2 test = 4,370, p = 0,037, p < 0,05).

Tudi pri vprašanju, ki se nanaša na količino dnevno zaužitega alkohola, so moški (21,9 %) v večji meri kot ženske (3,1 %) navedli, da uživajo alkohol. Razlike med spoloma so bile tudi v tem primeru statistično značilne (χ^2 test = 17,058, p = 0,000, p < 0,05).

Anketirani moški in ženske približno enako pogosto izvajajo fizične aktivnosti. Zato razlike med spoloma niso bile statistično pomembne (χ^2 test = 0,001, p = 0,976).

Tako moški, kot tudi ženske v podobni meri navajajo, da dnevno zaužijejo 3 do 5 obrokov in od tega vsaj enega toplega. Razlike med spoloma tudi tukaj niso bile statistično značilne (χ^2 test = 3,949, p = 0,976).

Pri samooceni primernosti telesne teže je velika večina moških in tudi žensk navedlo, da imajo ustrezno telesno težo (χ^2 test = 3,720, p = 0,156).

Glede kajenja in uživanja alkohola, so se pokazale statistično pomembne razlike med spoloma, pri čemer so bolj zdravo živele ženske. Pri ostalih dejavnikih (fizična aktivnost, obroki, telesna teža), pa so bile razlike med spoloma zelo majhne in niso bile statistično značilne.

Na podlagi dobljenih podatkov sem hipotezo 7 ovrgla.

Hipoteza 8: Starejši kot so anketirani, manj so seznanjeni z aktivnostmi in dogodki, ki se navezujejo na zdrav življenjski slog.

Pri preverjanju hipoteze 8 sem uporabila spremenljivki:

- seznanjen/a sem s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja in so mi na voljo v moji bližini (iz sklopa trditev želje in potrebe),
- starost.

Pri preverjanju hipoteze 8 sem uporabila Spearmanov korelacijski koeficient.

Tabela 8.3.20: Korelacija med spremenljivkama »seznanjenost s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja v moji bližini« in »starost«

Correlations				
			Seznanjen/a sem s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja in so mi na voljo v moji bližini	Starost
Spearman's rho	Seznanjen/a sem s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja in so mi na voljo v moji bližini	Correlation Coefficient	1,000	-,063
		Sig. (2-tailed)	.	,382
		N	196	194
	Starost	Correlation Coefficient	-,063	1,000
		Sig. (2-tailed)	,382	.
		N	194	207

Iz raziskave izhaja, da je vrednost Spearmenovega koeficienta korelacije znašala -0,63 in vrednost signifikance je znašala 0,383 ($p > 0,05$). Navedeno pomeni, da obstaja med spremenljivkama zelo šibka negativna korelacija, torej višji kot je starostni razred, nižja je ocena seznanjenosti s predavanji, dogodki, aktivnostmi v povezavi z zdravim načinom življenja, ki so na voljo v bližini, z spremenljivko starost.

Na podlagi tega sem hipotezo 8 ovrgla.

Hipoteza 9: Anketirani, ki se vsaj 1x tedensko družijo z drugimi osebami, ocenjujejo svoje zdravje bolje kot tisti, ki se družijo manj.

Pri preverjanju hipoteze 9 sem uporabila spremenljivki:

- kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje (V1) (zelo dobro, dobro, zadovoljivo, slabo, zelo slabo),
- kako pogosto se družite z drugimi osebami (V14) (vsak dan, nekajkrat na teden, vsaj 1x na teden, manj kot enkrat na teden).

Spremenljivko kako pogost se družite z drugimi osebami, sem preoblikovala tako, da sem dobila dve skupini: vsaj 1x na teden (a, b in c) in manj kot enkrat na teden (d).

Tabela 8.3.21: Kontingenčna tabela povezanosti ocene zdravstvenega stanja, glede na to kako pogosto se anketirani družijo z drugimi osebami

Kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje? * Kako pogosto se družite z drugimi osebami? Crosstabulation					
		Kako pogosto se družite z drugimi osebami?		Total	
		vsaj 1x na teden	manj kot 1x na teden		
Kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje?	Zelo dobro	Count	15	0	15
		f %	100,0%	0,0%	100,0%
		% of Total	7,3%	0,0%	7,3%
	Dobro	Count	41	1	42
		f %	97,6%	2,4%	100,0%
		% of Total	20,0%	0,5%	20,5%
	Zadovoljivo	Count	105	6	111
		f %	94,6%	5,4%	100,0%

	% of Total	51,2%	2,9%	54,1%
	Count	31	3	34
Slabo	f %	91,2%	8,8%	100,0%
	% of Total	15,1%	1,5%	16,6%
	Count	3	0	3
Zelo slabo	f %	100,0%	0,0%	100,0%
	% of Total	1,5%	0,0%	1,5%
	Count	195	10	205
Total	f %	95,1%	4,9%	100,0%
	% of Total	95,1%	4,9%	100,0%

Iz raziskave izhaja, da se vsi anketirani ne glede na to, kako ocenjujejo svoje zdravje, družijo z drugimi osebami vsaj 1 x na teden.

Anketirani, ki so ocenili svoje zdravstveno stanje kot dobro in zelo dobro, so v veliki večini odgovorov odgovorili, da se vsaj enkrat tedensko družijo z drugimi osebami.

Anketirani, ki so bili nevtralnega mnenja (se pravi, da so zdravstveno stanje ocenili kot zadovoljivo), so prav tako v veliki večini odgovorov (94,6%) navedli, da se vsaj 1x tedensko družijo z drugimi osebami. Delež navedb, da se družijo vsaj 1x tedensko je bil nekoliko manjši kot pri tistih anketiranih, ki so navedli, da je njihovo zdravstveno stanje bodisi dobro, bodisi zelo dobro.

Anketiranih, ki so navedli, da je njihovo zdravstveno stanje slabo, so prav tako v največji meri (v 91,2 %) navedli, da je njihovo zdravstveno stanje zadovoljivo.

Anketirani, ki so navedli, da je njihovo zdravstveno stanje zelo slabo, pa so z 100,0 % navedli, da se vsaj 1x tedensko družijo z drugimi osebami.

Na podlagi teh rezultatov, ne morem reči, da obstajajo določene povezave med anketiranimi, ki svoje zdravstveno stanje ocenjujejo, kot dobro (zelo dobro in dobro), nevtralnno (zadovoljivo) in slabo (slabo in zelo slabo) ter njihovo pogostostjo druženja z drugimi osebami, saj so povsod prevladovali odgovori, da se družijo vsaj 1x tedensko.

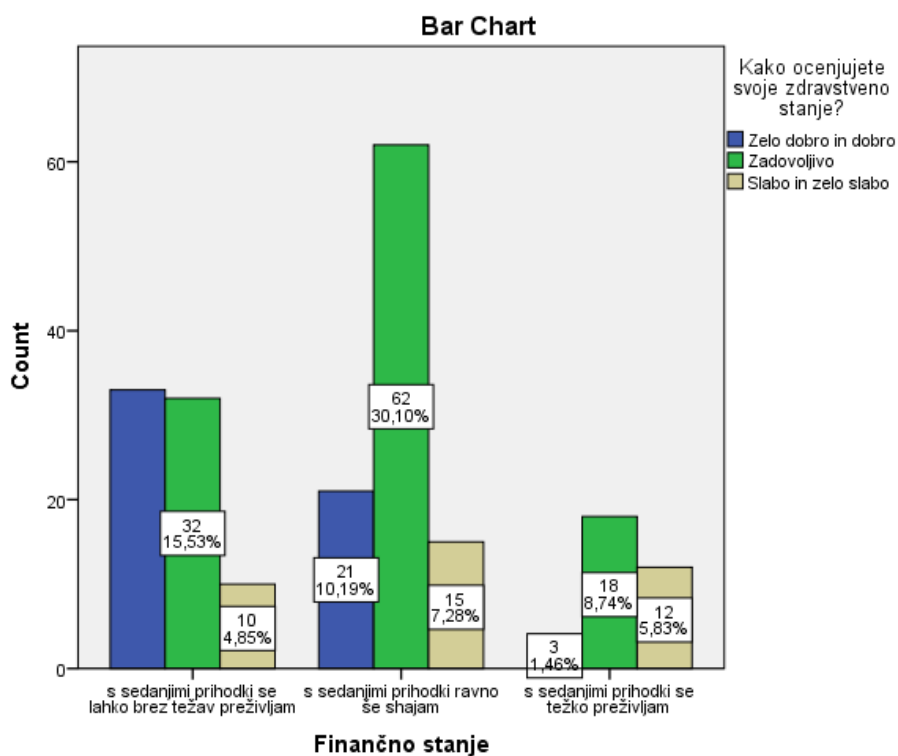
Tabela 8.3.22: Hi kvadrat test pri preverjanju hipoteze 6

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,695 ^a	4	,610
Likelihood Ratio	3,485	4	,480
Linear-by-Linear Association	1,902	1	,168
N of Valid Cases	205		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.

Izvedeni χ^2 test prikazuje, da znaša vrednost Pearsonovega hi kvadrat testa 2,695, vrednost signifikance pa 0,610 ($p > 0,05$). Povezanost med spremenljivkama ni bila statistično značilna. Na podlagi tega sem hipotezo 9 ovrgla.

Graf 8.3.1: Ocena zdravstvenega stanja, glede na finančno stanje



Izvirne tabele več hkratnih odgovorov:

Tabela 8.3.23: Izvirna tabela več hkratnih odgovorov 1

\$V3_multipla*V5_1 Crosstabulation				kajenje		Total
				sem redni/občasni kadilec	nikoli ne kadim	
Belezen/zdravstvene težave ^a	zvišan krvni pritisk	Count		17	98	115
		% f		14,8%	85,2%	
		% of Total		8,3%	47,6%	55,8%
	okvara hrbtenice	Count		9	42	51
		% f		17,6%	82,4%	
		% of Total		4,4%	20,4%	24,8%
	bolečine v sklepih	Count		15	65	80
		% f		18,8%	81,2%	
		% of Total		7,3%	31,6%	38,8%
	bolečine v križu	Count		15	70	85
		% f		17,6%	82,4%	
		% of Total		7,3%	34,0%	41,3%
	zvišan holesterol	Count		12	45	57
		% f		21,1%	78,9%	
		% of Total		5,8%	21,8%	27,7%
	zvišan krvni sladkor	Count		4	27	31
		% f		12,9%	87,1%	

	% of Total	1,9%	13,1%	15,0%
	Count	7	40	47
popuščanje srca	% f	14,9%	85,1%	
	% of Total	3,4%	19,4%	22,8%
	Count	0	9	9
srčna kap	% f	0,0%	100,0%	
	% of Total	0,0%	4,4%	4,4%
	Count	0	8	8
možganska kap	% f	0,0%	100,0%	
	% of Total	0,0%	3,9%	3,9%
	Count	2	16	18
rakava obolenja	% f	11,1%	88,9%	
	% of Total	1,0%	7,8%	8,7%
	Count	7	47	54
motnje spanja	% f	13,0%	87,0%	
	% of Total	3,4%	22,8%	26,2%
	Count	5	27	32
nenehna utrujenost	% f	15,6%	84,4%	
	% of Total	2,4%	13,1%	15,5%
	Count	2	14	16
demenca	% f	12,5%	87,5%	
	% of Total	1,0%	6,8%	7,8%
	Count	11	55	66
slabovidnost	% f	16,7%	83,3%	
	% of Total	5,3%	26,7%	32,0%
	Count	7	45	52
slab sluh	% f	13,5%	86,5%	
	% of Total	3,4%	21,8%	25,2%
	Count	2	23	25
težave z odvajanjem urina	% f	8,0%	92,0%	
	% of Total	1,0%	11,2%	12,1%
	Count	3	20	23
zaprtje	% f	13,0%	87,0%	
	% of Total	1,5%	9,7%	11,2%
	Count	8	30	38
revma	% f	21,1%	78,9%	
	% of Total	3,9%	14,6%	18,4%
	Count	0	1	1
alkoholizem	% f	0,0%	100,0%	
	% of Total	0,0%	0,5%	0,5%
	Count	5	16	21
išias	% f	23,8%	76,2%	
	% of Total	2,4%	7,8%	10,2%
	Count	5	30	35
osteoporoza	% f	14,3%	85,7%	
	% of Total	2,4%	14,6%	17,0%
	Count	1	15	16
drugo	% f	6,2%	93,8%	
	% of Total	0,5%	7,3%	7,8%
	Count	32	174	206
Total	% of Total	15,5%	84,5%	100,0%

Percentages and totals are based on respondents.

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabela 8.3.24: Izvorna tabela več hkratnih odgovorov 2

\$V3_multipla*V5_2 Crosstabulation				
		alkohol		Total
		dnevno zaužijem več kot 2 dl alkohola	dnevno zaužijem manj kot 2dl alkohola	
Belezen/ zdravstvene težave ^a	Count	14	97	111
	zvišan krvni pritisk	12,6%	87,4%	
	% f			
	% of Total	7,2%	49,7%	56,9%
	Count	3	45	48
	okvara hrbtenice	6,2%	93,8%	
	% f			
	% of Total	1,5%	23,1%	24,6%
	Count	11	65	76
	bolečine v sklepih	14,5%	85,5%	
	% f			
	% of Total	5,6%	33,3%	39,0%
	Count	5	75	80
	bolečine v križu	6,2%	93,8%	
	% f			
	% of Total	2,6%	38,5%	41,0%
	Count	7	46	53
	zvišan holesterol	13,2%	86,8%	
	% f			
	% of Total	3,6%	23,6%	27,2%
	Count	4	26	30
	zvišan krvni sladkor	13,3%	86,7%	
	% f			
	% of Total	2,1%	13,3%	15,4%
	Count	6	40	46
	popuščanje srca	13,0%	87,0%	
	% f			
	% of Total	3,1%	20,5%	23,6%
	Count	0	9	9
	srčna kap	0,0%	100,0%	
	% f			
	% of Total	0,0%	4,6%	4,6%
	Count	1	5	6
	možganska kap	16,7%	83,3%	
	% f			
	% of Total	0,5%	2,6%	3,1%
	Count	1	16	17
	rakava obolenja	5,9%	94,1%	
	% f			
	% of Total	0,5%	8,2%	8,7%
	Count	7	43	50
	motnje spanja	14,0%	86,0%	
	% f			
	% of Total	3,6%	22,1%	25,6%
	Count	5	22	27
	nenehna utrujenost	18,5%	81,5%	
	% f			
	% of Total	2,6%	11,3%	13,8%
	Count	2	13	15
	demenca	13,3%	86,7%	
	% f			
	% of Total	1,0%	6,7%	7,7%
	Count	7	53	60
	slabovidnost	11,7%	88,3%	
	% f			
	% of Total	3,6%	27,2%	30,8%
	Count	5	45	50
	slab sluh	10,0%	90,0%	
	% f			
	% of Total	2,6%	23,1%	25,6%
	Count	1	21	22
	težave z odvajanjem urina	4,5%	95,5%	
	% f			
	% of Total	0,5%	10,8%	11,3%
	Count	2	18	20
	zaprtje	10,0%	90,0%	
	% f			

	% of Total	1,0%	9,2%	10,3%
	Count	7	28	35
revma	% f	20,0%	80,0%	
	% of Total	3,6%	14,4%	17,9%
	Count	2	16	18
išias	% f	11,1%	88,9%	
	% of Total	1,0%	8,2%	9,2%
	Count	0	32	32
osteoporoza	% f	0,0%	100,0%	
	% of Total	0,0%	16,4%	16,4%
	Count	1	14	15
drugo	% f	6,7%	93,3%	
	% of Total	0,5%	7,2%	7,7%
	Count	21	174	195
Total	% of Total	10,8%	89,2%	100,0%

Percentages and totals are based on respondents.

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabela 8.3.25: Izvorna tabela več hkratnih odgovorov 3

\$V3_multipla*V5_3 Crosstabulation				
		fizična aktivnost		Total
		Fizična/gibalna aktivnost ki jo izvajam v povprečju traja 150 minut (2,5 ure) ali več na teden	Fizična/gibalna aktivnost, ki jo izvajam v povprečju traja manj kot 150 minut (2,5 ure) na teden	
	Count	43	60	103
zvišan krvni pritisk	% f	41,7%	58,3%	
	% of Total	23,0%	32,1%	55,1%
	Count	25	22	47
okvara hrbtenice	% f	53,2%	46,8%	
	% of Total	13,4%	11,8%	25,1%
	Count	37	39	76
bolečine v sklepih	% f	48,7%	51,3%	
	% of Total	19,8%	20,9%	40,6%
	Count	38	42	80
bolečine v križu	% f	47,5%	52,5%	
	% of Total	20,3%	22,5%	42,8%
	Count	27	24	51
Belezen/zdravstvene težave ^a zvišan holesterol	% f	52,9%	47,1%	
	% of Total	14,4%	12,8%	27,3%
	Count	9	19	28
zvišan krvni sladkor	% f	32,1%	67,9%	
	% of Total	4,8%	10,2%	15,0%
	Count	13	30	43
popuščanje srca	% f	30,2%	69,8%	
	% of Total	7,0%	16,0%	23,0%
	Count	4	5	9
srčna kap	% f	44,4%	55,6%	
	% of Total	2,1%	2,7%	4,8%
	Count	3	4	7
možganska kap	% f	42,9%	57,1%	
	% of Total	1,6%	2,1%	3,7%

	Count	5	12	17
rakava obolenja	% f	29,4%	70,6%	
	% of Total	2,7%	6,4%	9,1%
	Count	20	28	48
motnje spanja	% f	41,7%	58,3%	
	% of Total	10,7%	15,0%	25,7%
	Count	8	19	27
nenehna utrujenost	% f	29,6%	70,4%	
	% of Total	4,3%	10,2%	14,4%
	Count	6	8	14
demenca	% f	42,9%	57,1%	
	% of Total	3,2%	4,3%	7,5%
	Count	29	30	59
slabovidnost	% f	49,2%	50,8%	
	% of Total	15,5%	16,0%	31,6%
	Count	15	31	46
slab sluh	% f	32,6%	67,4%	
	% of Total	8,0%	16,6%	24,6%
	Count	10	13	23
težave z odvajanjem urina	% f	43,5%	56,5%	
	% of Total	5,3%	7,0%	12,3%
	Count	12	8	20
zaprtje	% f	60,0%	40,0%	
	% of Total	6,4%	4,3%	10,7%
	Count	14	19	33
revma	% f	42,4%	57,6%	
	% of Total	7,5%	10,2%	17,6%
	Count	8	8	16
išias	% f	50,0%	50,0%	
	% of Total	4,3%	4,3%	8,6%
	Count	17	14	31
osteoporoza	% f	54,8%	45,2%	
	% of Total	9,1%	7,5%	16,6%
	Count	6	8	14
drugo	% f	42,9%	57,1%	
	% of Total	3,2%	4,3%	7,5%
Total	Count	87	100	187
	% of Total	46,5%	53,5%	100,0%

Percentages and totals are based on respondents.

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabela 8.3.26: Izvorna tabela več hkratnih odgovorov 4

\$V3_multipla*V5_4 Crosstabulation				
		obroki		Total
		Dnevno zaužijem 3 do 5 obrokov in od tega je vsaj eden topel	Dnevno zaužijem manj kot 3 obroke ali pa dnevno zaužijem več kot 5 obrokov	
Belezen/ zdravstvene težave ^a	Count	96	16	112
	% f	85,7%	14,3%	
	% of Total	48,7%	8,1%	56,9%
	Count	43	6	49
	% f	87,8%	12,2%	

	% of Total	21,8%	3,0%	24,9%
	Count	66	12	78
bolečine v sklepih	% f	84,6%	15,4%	
	% of Total	33,5%	6,1%	39,6%
	Count	75	6	81
bolečine v križu	% f	92,6%	7,4%	
	% of Total	38,1%	3,0%	41,1%
	Count	49	6	55
zvišan holesterol	% f	89,1%	10,9%	
	% of Total	24,9%	3,0%	27,9%
	Count	22	7	29
zvišan krvni sladkor	% f	75,9%	24,1%	
	% of Total	11,2%	3,6%	14,7%
	Count	45	3	48
popuščanje srca	% f	93,8%	6,2%	
	% of Total	22,8%	1,5%	24,4%
	Count	8	1	9
srčna kap	% f	88,9%	11,1%	
	% of Total	4,1%	0,5%	4,6%
	Count	7	1	8
možganska kap	% f	87,5%	12,5%	
	% of Total	3,6%	0,5%	4,1%
	Count	15	1	16
rakava obolenja	% f	93,8%	6,2%	
	% of Total	7,6%	0,5%	8,1%
	Count	44	8	52
motnje spanja	% f	84,6%	15,4%	
	% of Total	22,3%	4,1%	26,4%
	Count	24	4	28
nenehna utrujenost	% f	85,7%	14,3%	
	% of Total	12,2%	2,0%	14,2%
	Count	14	0	14
demenca	% f	100,0%	0,0%	
	% of Total	7,1%	0,0%	7,1%
	Count	56	8	64
slabovidnost	% f	87,5%	12,5%	
	% of Total	28,4%	4,1%	32,5%
	Count	41	8	49
slab sluh	% f	83,7%	16,3%	
	% of Total	20,8%	4,1%	24,9%
	Count	23	1	24
težave z odvajanjem urina	% f	95,8%	4,2%	
	% of Total	11,7%	0,5%	12,2%
	Count	19	3	22
zaprtje	% f	86,4%	13,6%	
	% of Total	9,6%	1,5%	11,2%
	Count	30	6	36
revma	% f	83,3%	16,7%	
	% of Total	15,2%	3,0%	18,3%
	Count	16	1	17
išias	% f	94,1%	5,9%	
	% of Total	8,1%	0,5%	8,6%
	Count	29	2	31
osteoporoza	% f	93,5%	6,5%	
	% of Total	14,7%	1,0%	15,7%
	Count	11	2	13
drugo	Count	11	2	13

	% f	84,6%	15,4%	
	% of Total	5,6%	1,0%	6,6%
Total	Count	172	25	197
	% of Total	87,3%	12,7%	100,0%

Percentages and totals are based on respondents.

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Tabela 8.3.27: Izvorna tabela več hkratnih odgovorov 5

\$V3_multipla*V5_5 Crosstabulation				
		telesna teža		Total
		Ocenjujem, da imam ustrezno telesno težo	Ocenjujem, da sem presuh/predebel	
Belezen/zdravstvene težave ^a	Count	59	54	113
	zvišan krvni pritisk	% f	52,2%	47,8%
		% of Total	29,6%	27,1%
	Count	28	21	49
	okvara hrbtenice	% f	57,1%	42,9%
		% of Total	14,1%	10,6%
	Count	47	30	77
	bolečine v sklepih	% f	61,0%	39,0%
		% of Total	23,6%	15,1%
	Count	51	31	82
	bolečine v križu	% f	62,2%	37,8%
		% of Total	25,6%	15,6%
	Count	29	26	55
	zvišan holesterol	% f	52,7%	47,3%
		% of Total	14,6%	13,1%
	Count	9	20	29
	zvišan krvni sladkor	% f	31,0%	69,0%
		% of Total	4,5%	10,1%
	Count	23	25	48
	popuščanje srca	% f	47,9%	52,1%
		% of Total	11,6%	12,6%
	Count	6	3	9
	srčna kap	% f	66,7%	33,3%
		% of Total	3,0%	1,5%
	Count	4	4	8
	možganska kap	% f	50,0%	50,0%
		% of Total	2,0%	2,0%
	Count	8	9	17
	rakava obolenja	% f	47,1%	52,9%
		% of Total	4,0%	4,5%
	Count	30	22	52
	motnje spanja	% f	57,7%	42,3%
		% of Total	15,1%	11,1%
	Count	14	16	30
	nenehna utrujenost	% f	46,7%	53,3%
		% of Total	7,0%	8,0%
	Count	10	5	15
	demenca	% f	66,7%	33,3%
		% of Total	5,0%	2,5%
	Count	34	30	64
	slabovidnost	% f	53,1%	46,9%

	% of Total	17,1%	15,1%	32,2%
	Count	29	20	49
slab sluh	% f	59,2%	40,8%	
	% of Total	14,6%	10,1%	24,6%
	Count	14	11	25
težave z odvajanjem urina	% f	56,0%	44,0%	
	% of Total	7,0%	5,5%	12,6%
	Count	12	10	22
zaprtje	% f	54,5%	45,5%	
	% of Total	6,0%	5,0%	11,1%
	Count	19	17	36
revma	% f	52,8%	47,2%	
	% of Total	9,5%	8,5%	18,1%
	Count	7	10	17
išias	% f	41,2%	58,8%	
	% of Total	3,5%	5,0%	8,5%
	Count	16	16	32
osteoporoza	% f	50,0%	50,0%	
	% of Total	8,0%	8,0%	16,1%
	Count	8	6	14
drugo	% f	57,1%	42,9%	
	% of Total	4,0%	3,0%	7,0%
	Count	120	79	199
Total	% of Total	60,3%	39,7%	100,0%

Percentages and totals are based on respondents.

a. Dichotomy group tabulated at value 1.