

Kakovostna starost

REVIJA ZA GERONTOLOGIJO IN MEDGENERACIJSKO SOŽITJE
LETNIK 24 (2021), ŠTEVILKA 2



INŠTITUT ANTONA TRSTENJAKA

KAKOVOSTNA STAROST

letnik 24, številka 2, 2021

UVODNIK

ZNANSTVENI IN STROKOVNI ČLANKI

- 3 Jože Ramovš in Alen Sajtl: Koristna in škodljiva medčloveška pomoč
- 36 Sonja Hlebš: Fizioterapevtska merilna orodja za ocenjevanje mišično-kostne bolečine pri starejših
- 52 Urša Bratun: Medgeneracijsko sožitje na delovnem mestu pred covidom-19 in po prvem valu pandemije

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

- 63 Deset prioritet za desetletje zdravega staranja (Alenka Ogrin)
- 68 Preprečevanje Alzheimerjeve bolezni (Bojana Sečnjak)
- 69 Telovadba pomladi telesno starost starejših za 10 let in zmanjša zdravstvene stroške (Maruška Budič)

SIMPOZIJI, DELAVNICE

- 71 Tehnologija za aktivno in samostojno staranje
- 71 Mednarodna virtualna konferenca eng(aging)!, 10. in 11. februarja 2021 (Blažka Kolenc in Katja Polc)

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

- 76 Vloga in pomen medgeneracijskih programov pri razvoju (lokalne) skupnosti (Tjaša Hudobivnik in Blažka Kolenc)

GOOD QUALITY OF OLD AGE

- 79 Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 24, Num. 2, 2021

Največja gerontološka novica na prehodu letošnje pomladi v poletje je to, da je slovenska vlada oddala parlamentu v obravnavo predlog zakona o dolgotrajni oskrbi. Ni idealen, je pa najboljši v dolgi vrsti njegovih neuspešnih poskusov v preteklih dvajsetih letih. Pri vzpostavljanju slovenskega sistema za dolgotrajno oskrbo se deloma zgleduje po nemškem, ki je eden najbolj dodelanih in preizkušenih na svetu. Po njem prevzema zlasti ocenjevalno orodje o upravičenosti do stopnje oskrbe in zavarovalniški princip financiranja; uvedbo zavarovanja odlaga, za obdobje do tedaj pa je vlada financiranje zagotovila. Poleg zavarovanja sidra sistem dolgotrajne oskrbe v državni proračun – s to kombinacijo imamo v Sloveniji kar dobro izkušnjo pri pokojninskem sistemu.

Dobra stran zakona je, da začenja premoščati sedanji prepad med neformalno in formalno oskrbo – s financiranjem oskrbovalnih storitev posamezniku vključuje v sistem poleg oskrbovalnih ustanov delno tudi neformalno oskrbo. Čeprav zelo boječe, vendar pa vsaj deloma odpira vrata lokalnim skupnostim, ki so edini perspektiven organizator lokalne mreže za sodobno integrirano dolgotrajno oskrbo svojih občanov. Če bo predlog sprejet, se zdi, da bodo vsaj tiste občine, ki vidijo nujnost lastne iniciative in odgovornosti za razvoj oskrbe, lahko izbrale to prioriteto svojega razvoja in jo ustvarjalno uresničile v okviru nacionalnega sistema, medtem ko to sedaj za dve tretjini slovenskih občin, ki nimajo doma za stare ljudi, lahko le volilna obljuba županov. Integracija formalne in neformalne oskrbe ter prenos dejanske možnosti za razvoj mreže sodobnih oskrbovalnih programov na lokalno skupnost sta prva koraka integrirane dolgotrajne oskrbe, ki se v Evropi kaže kot edina pot za razvoj humane, finančne in kadrovske vzdržne dolgotrajne oskrbe ob staranju prebivalstva.

Po četrstoletnih izkušnjah drugih evropskih držav, ki jih imajo po sprejetju zakona o dolgotrajni oskrbi, se nam tudi med sprejemanjem zakona v parlamentu ponuja še kaka dobra razvojna možnost za razvoj sodobnega sistema oskrbe v Sloveniji. Sedaj je usoda tega nujno potrebnega sistema v Sloveniji odvisna od parlamenta – kdaj in kakšen zakon bo sprejel. Tudi potem pa bo talec politike in uprave – kako ga bo interpretirala ter uvajala in izvajala v praksi. Politika se ravna po glasovih javnosti, katere delček smo tudi stroke, ki delamo na področju staranja in sožitja med generacijami. Ne glede na to, koliko politika in civilna družba sledita sodobnim spoznanjem o staranju in dolgotrajni oskrbi ter nasploh sožitju v skupnosti, nič ne more stroke odvezati od naloge, da raziskujemo in prihajamo do novih temeljnih spoznanj in do boljših metod za zdravo staranje, sožitje med generacijami in posebej tudi za dolgotrajno oskrbo; in da jih publiciramo javnosti.

Naša revija že skoraj četrstoletja opravlja svojo vlogo interdisciplinarnega posredovalca znanja in dobrih izkušenj o staranju in sožitju generacij; samo o spoznanjih in dobrih praksah o dolgotrajni oskrbi smo objavili nad 500 člankov. Je odprt slovenski forum za strokovno razpravo o teh področjih. V zadnjih dveh uvodnikih smo opozorili na posebno zahtevo naše revije: tisti, ki v njej pišejo, morajo ob strokovnosti in uporabnosti svojih spoznanj vložiti poseben napor, da je besedilo v lepi slovenščini in razumljivo interdisciplinarnemu krogu vseh strok, ki so pomembne za staranje in sožitje generacij. Hvaležni smo vam, avtorji in bralci, da nas pri tem prizadevanju spodbujate.

KAKOVOSTNA STAROST *GOOD QUALITY OF OLD AGE*

Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

Izdajatelj in založnik / Publisher

Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje
Resljeva 11, p. p. 4443, 1001 Ljubljana

ISSN 1408 – 869X

UDK: 364.65-053.9

Uredniški odbor / Editors

dr. Jože Ramovš (urednik)

Ajda Svetelšek

Alenka Ogrin

Uredniški svet / Editorial Advisory Board

prof. dr. Herman Berčič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport*)

prof. dr. Vlado Dimovski (*Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta*)

dr. Simona Hvalič Touzery (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede*)

prof. dr. Zinka Kolarič (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede*)

prof. dr. Ana Krajnc (*Univerza za tretje življenjsko obdobje*)

prof. dr. Jana Mali (*Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo*)

mag. Ksenija Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

prof. dr. Jože Ramovš (*Inštitut Antona Trstenjaka*)

dr. Božidar Voljč (*zdravnik in bivši minister za zdravje*)

Mednarodni uredniški svet / International Advisory Board

prof. dr. Mladen Davidović (*Center for geriatrics, KBC Zvezdara, Beograd, Srbija*)

prof. dr. David Guttman (*Faculty of Welfare and Health Studies, School of Social Work,
University of Haifa, Izrael*)

dr. Andreas Hoff (*Oxford Institute of Ageing, VB*)

dr. Iva Holmerová (*Centre of Gerontology, Češka*)

prof. dr. Ellen L. Idler (*Institute for Health, Health Care Policy and Aging Research, Rutgers University, ZDA*)

dr. Giovanni Lamura (*National Research Centre on Ageing – INRCA, Italija*)

Povzetki člankov so vključeni v naslednjih podatkovnih bazah:

Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Cobiss, EBSCO, ProQuest.

Oblikovanje in priprava za tisk: Salve d.o.o. Ljubljana, Rakovniška 6

Tisk: Itagraf d.o.o. Ljubljana

Cena: letnik 44 €, posamezna številka 14 €, prostovoljci 24 €

Spletna stran: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk-kakovostna-starost-arhiv.asp>

E-pošta: info@inst-antonatrstenjaka.si

Revija Kakovostna starost v letu 2021 in 2022 sofinancira ARRS na temelju javnega razpisa za sofinanciranje in izdajanje domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letih 2021 in 2022 (pogodba št. 1000-21-1028); sofinanciranje v letu 2021 znaša 277,50 €.

Jože Ramovš in Alen Sajtl

Koristna in škodljiva medčloveška pomoč

POVZETEK

Ljudje smo življenjsko odvisni od medsebojne pomoči. To je vsakdanja samoumevnost, ki se je večinoma ne zavedamo, pri oskrbi v bolezni in starostnem pešanju pa postane očitna nuja. Težavnost in uspešnost oskrbovanja je zelo odvisna tudi od tega, kako oskrbovanec doživlja prejeto pomoč. Podobno pomoč drugega lahko doživljamo kot koristno pomoč, kot nepotrebno vsiljevanje ali kot nekaj, kar nam škodi. O tem, kako ljudje doživljajo prejeto pomoč, je malo raziskovalnih spoznanj, zato smo v obsežni reprezentativni raziskavi o tem, kaj nad 50 let stari prebivalci Slovenije potrebujejo, zmorejo in hočejo, z odprtima vprašanjema iskali njihove izkušnje o prejeti pomoči, ki jim je v življenju koristila in ki jim je škodila. Izhajali smo iz spoznanj o objektivnem in doživljajskem vidiku človekovega dojemanja sebe, drugih in celotne stvarnosti. Spoznanja o tem ter o dobrih in slabih izkušnjah ljudi s prejeto pomočjo so potrebna za razvoj sodobne individualizirane oskrbe. Ta dopolnjuje brezosebne oskrbovalne storitve z osebnim odnosom, ki odgovarja na človekove potrebe in njegovo osebno zgodovino. Analiza zbranih izkušenj o pomoči, ki jo ljudje doživljajo kot koristno in kot škodljivo, je dala naslednje rezultate. Precejšen del ljudi je slep za prejeto pomoč – ne doživljajo, da bi v življenju prejeli kako koristno pomoč. Ti imajo najnižje vrednosti svojega duševnega počutja – najbolj so pozabljivi, osamljeni, tesnobsni, nemirni in otožni, svoje življenje doživljajo kot manj smiselno in so nesrečnejši od skupine realističnih ljudi, ki se zavedajo prejete koristne in škodljive pomoči. Pokazalo se je, da ta življenjski realizem narašča z izobrazbo. Glavno spoznanje analize pa je, da slabe izkušnje s prejeto pomočjo niso patogene, če se človek doživeto zaveda koristne pomoči, ki jo je prejel od drugih – zdi se, da se slabe življenjske izkušnje sproti raztapljajo v doživljanju dobrih. Zavestno učenje odprtega in hvaležnega doživljanja prejete pomoči je torej pomembna priprava za učinkovito dolgotrajno oskrbo, nasploh pa krepi pristno solidarnost v življenju.

Ključne besede: medčloveška pomoč, soodvisnost, solidarnost, škodljiva pomoč, nehoteno škodovanje

AVTORJA

Dr. Jože Ramovš (1947) je antropolog in socialni delavec, predstojnik Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Na področjih sožitja in staranja deluje že štiri desetletja razvojno, raziskovalno in pedagoško; razvija antropohigiensko metodo skupinskega socialnega učenja za razvoj osebnosti in medčloveškega sožitja v neformalnih in formalnih socialnih mrežah. V

bibliografski bazi COBISS ima nad tisoč člankov in drugih del, med njimi okrog osemdeset knjig: dvajset samostojnih, dvajset v soavtorstvu s štirideset ponatisi in prevodi v tuje jezike.

Alen Sajtl (1984) je univerzitetni diplomirani psiholog, zaposlen na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Po končanem študiju je delal kot koordinator aktivnosti na področju duševnega zdravja in dela s starejšimi ljudmi. Na Inštitutu se posveča predvsem raziskovalnemu delu, razvoju starosti prijaznih skupnosti ter specializaciji iz gerontološke logoterapije.

ABSTRACT

Beneficial and harmful interpersonal help

Our lives depend on interpersonal help. This is self-evident every day, although we are mostly unaware of it, but with care in illness or age-related diminishing strength it becomes an obvious necessity. The difficulty and success of care depends a lot on how a recipient of care experiences received care. We can experience similar help from another person as useful help, an unnecessary imposition, or as something to cause us harm. There are scarce research findings on how people experience received help, therefore, in an extensive representative study of what the over-50-year-olds of Slovenia need, are able, and want, we used two open-ended questions to look for their experiences of received help, one that was beneficial to them and one that has harmed them in their lives. Our starting point were the insights on objective and experiential aspects of human's perception of themselves, others, and reality as a whole. Insights about this and the good and bad experiences of people receiving help are necessary for the development of modern person-centered care. That complements impersonal care services with a personal relationship, which caters to a person's needs and their personal history. The analysis of gathered experience on beneficial and harmful help produced the following results: A significant portion of people are not aware of the help they receive and do not experience receiving beneficial help in their lives. They have the lowest values of their mental well-being – they are the most forgetful, lonely, anxious, restless, sad, they perceive their lives as less meaningful and are less happy than the group of realistic people who are aware of receiving beneficial and harmful help. This realism of life has been shown to grow with education. The main finding of the analysis is that bad experiences with received help are not pathogenic, if a person is also aware of experiencing beneficial help from others – it seems that bad life experiences dissolve in experiencing the good ones. Conscious learning of open and grateful experiencing received help is, therefore, an important preparation for efficient long term care, and, in general, strengthens genuine solidarity in life.

Key words: interpersonal help, co-dependence, solidarity, harmful help, unintentional harm

AUTHORS

Dr. Jože Ramovš (1947) is an anthropologist, a social worker and head of the Anton Trstenjak Institute for Gerontology and Intergenerational Relations. In the fields of coexistence and ageing, for four decades, his work has been developmental, pedagogical and action-research oriented; he is developing an antropo-hygienic method of In-group Social Learning, for the development of personality and inter-generational relations in informal and formal social networks. In the bibliographic base COBISS he has over 1000 articles and other works, among them over 80 books: 20 independent, 20 as a co-author, with 40 reprints and translations in foreign languages.

Alen Sajtl (1984) is an University graduated Psychologist working at the Anton Trstenjak Institute for Gerontology and Intergenerational Relations. After graduating he worked as a Activities Coordinator in the field of mental health and working with older people. At the Institute he focuses primarily on research, development of age-friendly communities and specialisation in Gerontological Logotherapy.

1 MEDSEBOJNA ODVISNOST IN POMOČ MED LJUDMI

Razvoj vsakega človeka je odvisen od drugih. Ta odvisnost je lok, ki se začne s polno odvisnostjo od drugih, da smo bili spočeti in rojeni. Nato pri zdravem razvoju narašča človekova samostojnost – odraščanje je »rast k samostojnosti«, kot je Valter Dermota naslovil učbenik razvojne psihologije (1970). Odvisnost od drugih pri vsakdanjih opravilih postane znova opazna v bolezni in starostnem pešanju; tedaj človek spet potrebuje obilnejšo pomoč drugih, da preživi in se razvija. Lok vzpona k samostojnosti se vrne na popolno odvisnost od drugih ob smrti, saj sta pokop in spoštljiv spomin na pokojne bistveni značilnosti človeške vrste.

V zdravih zrelih letih je človek najbolj samostojen. V resnici je to medsebojna soodvisnost, saj tudi odrasel človek vsak trenutek uporablja nešteto izdelkov in uslug, ki jih naredijo ali opravijo drugi. Ta njegova odvisnost od drugih je bolj ali manj v ravnotežju s tem, kar on naredi za druge. Medsebojna soodvisnost v sožitju in pri sodelovanju v družini, službi ter ožji in širši družbi je tako samo-umevna, da je v srednjih letih ob običajnem telesnem, duševnem in socialnem zdravju sploh ne opazimo.

Pri raziskovanju odvisnosti od drugih, pri nudenju pomoči drugim in pri prejemanju pomoči od njih so bistvena vprašanja, kakšno vlogo ima to troje pri človekovem osebnem razvoju in pri razvoju skupnosti. Pri iskanju odgovora izhajamo iz dokaj razvidnega dejstva, da človeštvo napreduje v razvoju od svojih začetkov do danes, glede osebnega človekovega razvoja pa pritrjujemo splošno sprejetemu aksiomu, ki se mu je posvetil Viktor Frankl (2014), da je človekovo življenje smiselno v celoti – torej da lahko človek zori v sleherni situaciji do konca

življenja, tako v samostojnosti kakor v odvisnosti od drugih, tako s tem, ko od drugih prejema pomoč, kakor s tem, da drugim pomaga.

Medsebojna soodvisnost je v vsej naravi sistemsko dejstvo. V živem svetu se pojavi potreba po individualnem razvoju, ki jo uravnava prirojena genetika. Pri človeku pa potreba po čim večji samostojnosti postane osebna in se tako okrepi, da odločilno poganja njegov telesni, duševni in socialni razvoj. Uravnavanje ravnotežja med prizadevanjem za lastno samostojnost, prejetjem pomoči od drugih in pomočjo drugim postaja pri človeku čedalje bolj prepuščeno zavestnemu lastnemu usmerjanju posameznika in skupnemu urejanju razmer v skupnosti, da so za vse troje bolj ali manj ugodne.

K navedenim dejstvom je treba dodati ugotovitev, da je samostojnost lahko zdrava in v resnici žene trajnostni osebni razvoj tega človeka, njegovih skupin in skupnosti, včasih pa oboli v groteskni egoizem, narcizem in brezobzirno uničevanje drugih in narave. To se večinoma v že celoti posameznikovega življenja in v razvoju ene generacije izkaže za samouničujočo samoprevaro. Jasna je tudi ugotovitev, da je pomoč drugemu včasih koristna za tistega, ki je pomoči deležen, in za tistega, ki pomaga, včasih samo za enega od njiju, včasih pa je škodljiva za enega ali drugega in celo za oba – psihoterapevtka Elisabeth Lukas govori z zdravem, boleznem in bolnem žrtvovanju (Lukas, 1989). Človeška samostojnost, pomoč drugim in sprejemanje pomoči od drugih imajo torej enako kakor vse druge zmožnosti zdrave in bolne oblike.

V današnji evropski kulturi doživljamo odvisnost od drugih zelo negativno, pomeni nam lastno nesposobnost, nevrednost in ogrožanje avtonomije. To stališče preprečuje kakovostno dolgotrajno oskrbo v starostni odvisnosti od pomoči pri osnovnih vsakdanjih opravilih. Ovira tako oskrbovanca pri prejemanju pomoči kakor oskrbovalca pri tem, da bi pri opravljanju oskrbovalne storitve bil z oskrbovancem v pristnem človeškem odnosu. Čustveni odpor do odvisnosti je globoka antropološka korenina sodobnih problemov na področju dolgotrajne oskrbe. Iz nje se hranijo njeni vidni problemi: nizko cenjeno oskrbovalno delo, pomanjkanje kadra v teh poklicih in socialna težavnost ob prejemanju oskrbe. Dolgotrajna oskrba pa ni kak redek pojav, ampak vsakdanje dejstvo, s katerim se danes redno srečuje v krogu bližnjih vsak peti Evropejec (Yghemonos idr., 2018), v desetih letih bolj ali manj vsakdo. Potrebe po oskrbi se ob staranju prebivalstva večajo – v prihodnjih letih jo bo potrebovalo dva do trikrat več ljudi kakor danes.

Ob vseh navedenih dejstvih glede medsebojne odvisnosti od pomoči smo si zastavili raziskovalni vprašanja, katero pomoč drugih doživljajo prebivalci Slovenije, ki so stari 50 let in več, kot koristno in katero kot škodljivo. Preden predstavimo in analiziramo rezultate, se bomo pomudili ob nekaterih spoznanjih o odvisnosti od drugih in o pomoči drugim – torej o solidarnosti kot pristni medčloveški pomoči.

2 SOLIDARNOST JE POMOČ, KI POGANJA OSEBNI IN SKUPNOSTNI RAZVOJ

Pomoč enega človeka drugemu se dogaja, ko sta med seboj v stiku. Ta njun stik je v primerjavi z drugimi oblikami komuniciranja in sodelovanja specifičen: eden od njiju je v določeni zadevi nemočan in prejema pomoč, drugi je v tej zadevi močan in mu to pomoč daje. V tem odnosu torej ni med njima niti simetrije niti konflikta, ampak – vsaj po videzu – neuravnotežena komplementarnost v korist prejemnika. Človeško sožitje in sodelovanje namreč temelji na treh vrstah povezave: na ugodju, ki ga daje simetrična enakost obeh, na rešenih nasprotjih, ko udeleženca pri tem, ko sta doživljala medsebojno nasprotje, najdeta skupno ustvarjalno rešitev, ter na komplementarnem sestavljanju različnih zmožnosti enega in drugega pri skupni nalogi. Za solidarno pomoč torej izrazito velja, da je ne poganja ne simetrična privlačnost in ne moč konflikta, ampak neka posebna komplementarnost. Da bi razumeli dinamiko medčloveške povezave pri medsebojni pomoči, moramo iskati globlje po spoznanjih, kako pridemo ljudje v stik z drugim človekom in z ostalo danostjo. Pri tem odkrijemo dva različna načina.

Nekatere stvari **spoznavamo empirično**: jasno jih vidimo, slišimo, otipljemo, zmerimo *na oko*, s tehtnico, s testom ali s specialnim elektronskim aparatom, tako da dobimo vpogled vanje, jih razumemo in uporabljamo, npr. hrano. Druge stvari **dojemamo doživljajsko**. Ko nekaj ali nekoga doživimo, nam v jedru naše zavesti pride celostno *do živega* na tak način, da nas bogati s tem, kar je in kakršen je, mi pa pridemo *do živega* njemu v njegovem bitnem središču, ne da bi ga pri tem uporabili, da bi ga bilo manj ali da bi ga po svoje spreminjali; tako doživimo npr. umetnino ali človeka v osebni odnosu. Doživljajski stik bogati oba.

Empirično spoznavanje nam omogoči stvari in ljudi poznati in uporabljati za naše preživetvene potrebe, od prehranjevanja preko ustvarjanja zalog in imetja do organizacijskega obvladovanja sožitja v družini, v drugih skupinah in skupnostih. Doživljajski stik z nekom ali z nečim pa nas notranje obogati, razvedri, sprosti, napolni z mirom in zaupanjem; pri doživljajskem stiku odkrijemo lepoto, skladnost, bistvo, razvoj in smisel drugega in sebe – vse to nas notranje polni z zaupanjem vase, v celotno danost in v prihodnost. Empirično spoznavanje nam omogoča količinsko varnost, doživljajski stik pa nas osebno razvija in nam omogoča lepo sožitje.

Raziskovanje doživljanja nam je odkrilo (Ramovš, 1990), da so ljudje skozi ves čas razvoja stopali v stik z ljudmi in s stvarmi tako doživljajsko kakor empirično – to se kaže v analizi jezika. Koren slovenske besede doživljanje »živ« (in isti v drugih slovanskih jezikih) izhaja iz indoevropskega izraza *guei*, ki rojeva številne besede, vse pa pomenijo nekaj živega, živahnega, življenjskega, pomembnega za življenje in sožitje. Z besedo doživljanje so ljudje izrazili, da so prišli nekomu ali nečemu »do živega« nenasilno, v enakopravnem dialogu, tako da sta ostala oba

nepoškodovana – pri tem se oba razvijata, vsak v skladu s svojo naravo. Drugi način spoznavanja izrazi v slovenščini beseda *izkustvo*. Indoevropski koren te besede imamo ohranjen v besedah okus in pokusiti. Te besede govorijo o enostranski, monološki akciji subjekta, da bi po svojem okusu pokusil ali izkusil objekt tako, da bi s tem zadovoljil svoje trenutne potrebe – ga uporabil ne glede nanj. Svetovno razširjen izraz za izkustveno spoznavanje je *empirično*. Tudi tej besedi lahko sledimo do indoevropske davnine. Koren je latinsko-grški *per* (indoevropsko *peréi*), ki pomeni vrtanje skozi nekaj, v nekoga. Ko nekaj pokusim, prevrtam, izvrtam, prebijem in grem skozenj, to ni več celo, ni več to, kar je bilo pred tem.

V evropski kulturi je dobil izkustveni način prevlado nad doživljajskim – znanost in trg dominirata nad vsemi drugimi vejami kulture. Ta paradigma v praksi ne pozna meja pri »vrtanju« v naravo, v ljudi in vase ne glede na dejstvo, da pri tem postaja vse troje čedalje bolj izvotljeno. Dobre posledice današnjega izkustvenega znanja so materialno udobje, boljše telesno zdravje in daljše življenje, slabe pa onesnaževanje in izčrpavanje okolja, bivanjska praznosta in množična osamljenost ljudi. Rešitev za trajnostni razvoj okolja, za mirno sožitje ljudi v vseh tako različnih skupinah in skupnostih ter za vseživljenjski osebni razvoj posameznika je ravnotežje med obema načinoma stika med ljudmi in z vso danostjo: med izkustvenim in doživljajskim.

Dodajmo še nekaj spoznanj, ki govorijo o dvojnosti človekovega stika z ljudmi in s stvarnostjo ter o sinergičnem razmerju med empiričnim spoznavanjem in doživljajskim dožemanjem.

Jakob Levy Moreno (1889–1974) je odkril, da je **skupina** najobetavnejše polje za raziskovanje človeškega sožitja, za učenje sožitja in za terapevtsko pomoč notranje nalomljenemu človeku (Moreno in Moreno, 2000). V teoretičnih spoznanjih in v praksi je uspešno lovil ravnotežje med avtonomijo posameznika in povezanostjo v skupine. Pri tem je bil zavestno znanstvenik, umetnik in kontemplavec – zavedal se je, da človekov duh ustvarja kultivirano polje zgodovine s tremi plugi: s spoznavanjem, z umetniškim doživljanjem in s kontemplacijo, ki je globlji duhovni uvid ali zrenje v resničnost do meja našega spoznanja zakonitosti in našega doživljanja lepote. Prvi od teh plugov je izkustveno spoznanje, drugi in tretji sta doživljajsko dožemanje danosti. Za človekov razvoj in izražanje je ugodna spontanost, ki je vir ustvarjalnosti tako v materialni kulturi kakor v sožitju ljudi v skupinah, ko teče komunikacija med njimi po obojestransko odprtih komunikacijskih kanalih.

Najbolj znan mislec medčloveškega dialoga, Martin Buber (1878–1965), je svoje ugotovitve gradil na razlikovanju osebnega odnosa *jaz-ti* in rabnega razmerja *jaz-ono* (Buber, 1999). Ko človek nepreračunljivo doživi nekoga, kakršen je, mu v spoštljivem dialogu srečanja izreka besedo temeljnega **odnosa jaz-ti**. Pri tem se oba razvijata, ker vsak nevsiljivo obogati drugega s tem, kar je in kar ima. Kadar pa človek stopi v stik z drugim tako, da z mislijo in čustvom ostaja sam

pri svojih namenih in potrebah, vidi od drugega samo tisto, kar ga zanima. Tedaj izreka temeljno besedo neosebnega **razmerja jaz-ono**. To je beseda monologa s samim seboj. Pomeni, da drugemu nekaj njegovega jemlje, da bi sam preživel, nič pa drugemu ne daje. To ni človeško srečanje, ampak brezosebni nakup ali celo nepoštena kraja. Zgolj rabni človeški posegi so usodni tudi za naravo – to ogroža njeno zmožnost, da bi trajnostno nudila ljudem ugodne razmere za njihov obstoj in razvoj. Človek potrebuje obe vrsti povezav z drugimi ljudmi in svetom: stvarno razmerje *jaz-ono* potrebuje, da preživi, osebni odnos *jaz-ti* pa potrebuje, da postaja in ostaja človek med ljudmi in v sožitju z naravo.

Humanistični mislec Erich Fromm (1900–1980) je znan po svojem raziskovanju človeške dvojne usmerjenosti: v **imeti** vse potrebno za preživetje in **biti** človek z ljudmi (Fromm, 2004); prvo je izkustveni stik, drugo doživljajsko dožemanje.

Eksistencialist Gabriel Marcel (1889–1973) je pri raziskovanju človekovega spoznavanja razlikoval tri ravni (Janžekovič, 1977). Osnovno stanje zavedanja je **neposredno doživetje**. Pri njem je stvarnost neposredno prisotna v človekovi zavesti, ne da bi se tega zavedal. Na tak način je majhen otrok neposredno povezan s tem, kar zaznava. Druga raven dožemanja je **začetna misel** ali prva refleksija. Značilna je za vsakdanje spoznavanje in znanstveno preučevanje. Pri njej je človekova zavest kritično oddaljena od stvari. Opazuje jih kot neprizadeti gledalec. Pri tem pride do spoznanj, ki so ločena od njegove biti in življenjske izkušnje. Na tej ravni nastajajo strokovna spoznanja o naravi, človeku in medčloveških odnosih, ki so lahko povsem pravilna, vendar pa sama niso učinkovita ne za poln osebni razvoj ne za trajno sožitje in sodelovanje. Tretja raven človekovega dožemanja je **povratna misel** ali druga refleksija. Z njo človek v globini svoje človeške biti celostno doživi stvarnost in pride do pristne človeške izkušnje. Na tej ravni se dogaja kakovostno osebno človekovanje in občestvovanje ljudi v družinskem in drugem sožitju.

Izkustveno spoznanje osvetljujejo vsak s svojega vidika Buber z razmerjem *jaz-ono*, Fromm z *imeti* in Marcel z *začetno mislijo*, doživljajsko povezovanje pa Buber z odnosom *jaz-ti*, Fromm z *biti* človek, Marcel s *povratno mislijo*, Moreno pa z osebnim komuniciranjem v paru in drugih skupinah. Vrsta raziskovalcev, ki nam lahko pomagajo pri iskanju sinteze spoznanj o doživljanju in funkcionalni medčloveški pomoči, je dolga; omenili bomo le še tri psihosocialne raziskovalce. Ronald D. Laing (1927–1989) je s sodelavci prišel do pomembnih spoznanj o človekom doživljanju ter o pomenu medsebojnega doživljanja za sožitje (Laing, 1969; Laing in Phillipson, 1978). Horst Eberhard Richter (1923–2011) je po uspešni karieri strnil svoja spoznanja v monografiji o solidarnosti kot glavnem učnem cilju (Richter, 1974). Jürg Willi (1934–2019) je svoja spoznanja ob uspešnem raziskovanju in terapiji partnerskega odnosa zaokrožil v spoznanje o koevoluciji kot umetnosti skupne rasti (Willi, 1985).

Ta kratek pregled spoznanj o empiričnem in doživljajskem načinu našega stika z ljudmi in o odločilni vlogi doživljanja za solidarno pomoč med ljudmi

končujemo z nevroznanstvenim spoznanjem o **dveh možganskih polovicah**: levi, ki vodi predvsem empirično spoznavanje, in desni z doživljajskimi potenciali za ustvarjalno povezovanje vsega v skladno celoto.

Ameriška nevroznanstvenica Jill Bolte Taylor je to opisala na slikovito življenjski, znanstveno prodoren in eksistencialno usoden način v avtobiografski knjigi *Kap spoznanja – moja pot okrevanja po možganski kapi* (Bolte Taylor, 2009). Pri 37 letih je na vrhuncu znanstvene kariere doživela hudo možgansko kap v levi polovici. Z vso jasnostjo znanja, kaj se ji dogaja, je opazovala, kako jo zapuščajo osnovne zmožnosti za hojo, govor, spomin, branje ... Kolegi na kliniki so ji rešili življenje, nakar se je dolga leta ponovno učila hoje, govora, branja in drugih empiričnih znanj. V tej knjigi je z vrhunsko pronicljivostjo prikazala spoznanje o pomenu desne možganske polovice za doživljanje notranjega miru in trdnosti ter za osrečujočo povezanost z drugimi ljudmi in z vso stvarnostjo. To spoznanje ji je kot empirični znanstvenici izkustveno »poklonila« kap, ki je levo možgansko polovico v precejšnji meri uničila in odprla pot uravnoteženemu delovanju desne polovice. Pravi, da za nič na svetu ne bi odstopila od svoje nove izkušnje, ko ima empirično kognicijo uravnoteženo z doživljajsko globino in širino.

Jezik, vsakdanja osebna izkušnja in znanstvena spoznanja torej kažejo, da je pogoj za osebni in skupnostni razvoj uravnotežena uporaba obeh načinov človeškega stika z ljudmi in z ostalo danostjo: empiričnega in doživljajskega. Empirično znanje omogoča blaginjo, širjenje človekovega dosega v fizičnem in socialnem prostoru, boljše telesno zdravje in podaljševanje življenja. Globina doživljanja pa je merilo in pogoj za človekovo samospoštovanje, notranji mir, srečnost, zaupanje v smiselni osebni razvoj, za lepo sožitje v družini, službi in družbi, za kulturni razvoj skupnosti ter za trajnostno sožitje z naravo.

Vsak kakovosten medčloveški stik in vsako sodelovanje vsebuje tako izkustveni kakor doživljajski vidik. Pri sprejemanju in nudenju pomoči je komplementarna sinergičnost izkustvenega in doživljajskega stika še posebej občutljiva. Človeške potrebe, možnosti in zmožnosti – svoje in drugega – spoznavamo izkustveno, medtem ko sebe in drugega kot človeka doživljamo kot enkratno (neponovljivo) in edinstveno (nezamenljivo) osebo. Za pristen in za obe strani koristen medsebojni stik je doživljajski vidik nujen. Pri dajanju in prejemanju pomoči je doživljanje pogoj, da steče med obema občevanje po obojestransko odprtem komunikacijskem kanalu. Brez vsega tega je pomoč lahko boljša ali slabša brezosebna storitev, ki ji manjka odločilni človeški odnos.

Seveda drži rek: *Služba je služba* (v službenem sodelovanju praviloma prevladuje razmerje) in *družba je družba* (v družinskem in prijateljskem odnosu prevladuje osebni odnos), zato pri službeni pomoči onemoglemu človeku ni mogoče pričakovati toliko doživljajskega odnosa, kakor pri neformalni družinski oskrbi. Ko pa se govori samo o oskrbovalnih storitvah, kar je značilno za polpreteklo

industrijsko paradigmo dolgotrajne oskrbe in nege, se ob vsem merjenju »kakovosti storitev« oskrba razčloveči. Potrebe ljudi zahtevajo, sodobna spoznanja in organizacija oskrbe pa so v zadnjih letih omogočili, da je danes v ospredju strokovnih prizadevanj odnosna oskrba (Imperl, 2012).

Ko sta pri dajanju in prejemanju pomoči izkustveni in doživljajski vidik v ravnotežju, je to lep človeški odnos in obojestransko koristno razmerje v družini, službi in družbi – taka pomoč je vrh človeške ustvarjalnosti, ki obe strani razvija v smeri najvišje človeške zrelosti. V psihosocialnih vedah se zanj večinoma uporablja pojem solidarnost. Solidarnost je odnos, ki poganja osebni in skupnostni razvoj. Pogoji za vsako pristno solidarno človeško pomoč, to je takšno, ki koristi tistemu, ki jo v potrebi prejema, in razvija tistega, ki pomaga, je torej doživljajski stik med tistim, ki na učinkovit način pomaga, in tistim, ki to pomoč prejema.

Poleg teze, da je za delovanje in razvoj solidarnosti v medčloveškem sožitju odločilno ravnotežje med izkustvenim in doživljajskim delovanjem človeške zavesti, razlagajo solidarnost tudi druga psihosocialna spoznanja. Naša teza ter ugotovitve zgoraj navedenih in njim sorodnih avtorjev so po naših izkušnjah in raziskovalnih spoznanjih pomembna za sodobno gerontološko in medgeneracijsko delovanje; globlji raziskovalni vpogled vanje se zdi nujen, da bi lahko oblikovali učinkovite programe v zaostrenih razmerah staranja prebivalstva v prvi polovici 21. stoletja. Pričujoča raziskava želi biti droben prispevek k temu.

3 SAMOPREVARA ŠKODLJIVE POMOČI DRUGIM

Kaj se dogaja pri pomoči ljudem, če tisti, ki pomaga, tisti, ki prejema pomoč, ali pa oba nimata razvite solidarnosti na osnovi so-doživljanja drug drugega?

Ostanimo pri oskrbovanju starostno onemoglih in bolnih ljudi, ki je tipičen primer pomoči. Kazalec, da ta pomoč ni učinkovita, je nezadovoljstvo oskrbovalca, oskrbovanca ali obeh. Tisti, ki pomoč prejema, je nezadovoljen, ker doživlja, da pomoč ni ustrezna, da ni dovolj kakovostna, lahko si jo razlaga celo kot zahrbtno prevaro, s katero ga hoče oskrbovalec oškodovati. Tisti, ki z oskrbo pomaga onemoglemu, je nezadovoljen, ker doživlja, da za svoje domače oskrbovalno delo ne dobi hvaležnega odziva, ali da za službeno oskrbovanje ne prejema zadostnega plačila. Seveda je vzrok za to nezadovoljstvo lahko tudi stvaren: pri družinskih in poklicnih oskrbovalcih sta pogosti izčrpanost in izgorelost, nezadovoljstvo pri prejemanju pomoči je lahko posledica bolezni, značajska usmerjenost ali kaj drugega; nenazadnje tudi napačna pomoč, ki v resnici ne zadovolji potrebe.

Vsekakor je za učinkovito oskrbo v posameznem primeru in za kakovostno delovanje oskrbovalnega programa odločilno relativno zadovoljstvo oskrbovancev in oskrbovalcev. V to je usmerjen strokovni razvoj. Za objektivno

obvladovanje bolezenskih motenj razvijamo odgovarjajoče metode (npr. validacijo pri demenci). Številne vzroke nezadovoljstva preprečujeta usposabljanje in boljša organizacija oskrbe (npr. samostojni oskrbovalni timi v ustanovi). Večanje zadovoljstva oskrbovalcev je ključno tudi za reševanje pomanjkanja oskrbovalnega kadra, ki je danes v Evropi čedalje bolj pereč problem – neredki oskrbovalci zapuščajo to delo, čim ga lahko. Vzrokov za to je več (oskrbovanje je telesno, duševno in socialno zelo naporno delo, slabo je plačano, družbeni ugled oskrbovalcev ni visok, potrebe po oskrbovanju se ob staranju prebivalstva večajo ...), toda odločilni sprožilec za njegovo prenehanje je pomanjkanje minimalnega zadovoljstva pri tem delu. Neizkoriščen bazen za povečanje zadovoljstva oskrbovalcev in oskrbovancev pa ostaja razvoj doživljajskega vidika v oskrbovalnem odnosu.

Zadnja desetletja je tekel strokovni in družbeni diskurz samo o oskrbovalnih storitvah, o človeškem odnosu do pred nekaj leti skoraj ni bilo razprave. Opravljanje oskrbovalnih storitev brez človeškega odnosa pa oskrbovalca veliko bolj izčrpava kakor enako zahtevno delo s stvarmi. Ob današnjem vstopanju robotike v opravljanje oskrbovalnih storitev in napredku ostalega znanja postaja jasno, da je pri oskrbi in drugi pomoči ljudem brezosebna industrijska paradigma, ki se je v oskrbovalnih ustanovah uveljavila v preteklih desetletjih, zgrešena. Tudi raziskave kažejo na upadanje človeške solidarnosti (Spitzer, 2018) ter nizko raven in neustrezen način vzgoje zanjo v sodobnih življenjskih razmerah.

Pri pomoči, kjer se tisti, ki pomaga, ne zna vživeti v drugega, da bi mu pomagal na pravi način in človeško čuteče, se dogaja samoprevara pri njem in pri prejemniku njegove pomoči. On lahko pri izvajanju storitev »gara kot stroj«, tisti, ki pomoč prejema, pa le-te ne doživlja kot ustrezen odgovor na svoje potrebe, ampak kot nekaj, kar ga ponižuje; pomoči ni vesel in zanjo ni hvaležen. Ta hladen sprejem izvajalca še bolj utiri v brezosebno opravljanje dolžnih storitev, prejemnika pa v njegovem doživljanju, da to ni koristna pomoč njemu. Začaran krog se pri obeh utrjuje in stopnjuje, njun medčloveški odnos je čedalje manj pristen in čedalje manj obojestransko koristen.

Podobna samoprevara se dogaja, če tisti, ki potrebno pomoč prejema, le-te ne zna doživljati z veseljem in hvaležnostjo, kot odgovor na svoje potrebe. V tem primeru lahko oskrbovalec opravlja pristno solidarno pomoč, pri kateri je kakovostna storitev v ravnotežju z človeškim odnosom, toda če star človek ne sprejema svoje odvisnosti od pomoči in ne doživlja oskrbovalca kot človeka, ki mu pomaga pri njegovih potrebah, bo nezadovoljen – oskrbovalcu in sam sebi težaven oskrbovanec. Zgoraj opisani začaran krog se zateguje v človeško odtujevanje med njima, vsakega od njiju pa utesnjuje v osamo in oddaljuje od pristne človečnosti. Nemoč enega človeka in moč drugega človeka sta kot dve komplementarni središči v elipsi, kroženje okrog njiju pa sinergičen komplementarni razvoj obeh: močni omogoči preživetje in razvoj nemočnega, ta pa močnemu

razvoj njegove solidarnosti kot temeljne človeške zmožnosti za vsako sožitje in sodelovanje (Ramovš, 2020, str. 149-153). To je notranja bivanjska motivacija pri oskrbovanju – če je ni, se oskrbovalec in oskrbovanec razčlovečujeta – vsak od njiju se seseda v črno luknjo kroženja okrog samega sebe.

Pomoč, ki jo prejemnik ne doživlja kot pomoč, in pomoč, ki jo nekdo opravlja kot storitev brez človeškega odnosa, je torej dvojna samoprevara – tako prejemnika kakor izvajalca pomoči. Ko človek drugemu pomaga, naj bi to povzročilo dober učinek, ta pa je obraten – drugi je bolj nezadovoljen in nezadovoljen kakor prej. Oskrbovalec meni, da uporablja svoje zmožnosti in moči smiselno – da torej pomaga drugemu in se sam razvija, učinek pa mu kaže obratno. To neskladje čuti sam v bivanjskem jedru svoje osebnosti, prej ali slej pa dobi negativen odziv tudi od zunaj. Škodljiva pomoč je torej samoprevara glede drugega in glede sebe. S tako pomočjo človek škodi drugemu in samemu sebi, sožitje in sodelovanje se ne more razvijati kakovostno.

Pri preprečevanju in terapiji te socialne patologije je potrebno upoštevati, da se tega ne eden ne drugi večinoma ne zavedata. Tisti, ki pomoč daje zgolj kot storitev, se večinoma ne zaveda, da to, kar dela ali govori, drugemu ne pomaga; njegova zavest ne seže dlje od predpisane storitve, pri tem pa misli, da kakovostno pomaga ali pa to počne samodejno brez kakršne koli misli na drugega. Tisti, ki pomoč prejema, npr. pri oskrbi v onemoglosti, ne doživlja, da mu je potrebna, pa čeprav je vsej okolici jasno, da bi brez nje ne preživel. Gre torej za obojestransko zgrešeno doživljanje, ki ni odraz stvarnih lastnih potreb in zmožnosti, ne dojetanje stvarnih potreb in zmožnosti drugega. V enem in drugem primeru gre za pomanjkanje stvarnega gledanja nase, na druge in na razmere – to pa je osnovna značilnost omamnih motenj in zasvojenosti. Ta neprizemljenost je antropološko bistvo večine tega, kar ljudje doživljamo kot škodljivo pomoč drugih. V tem, da so njeni vzgibi, potek in posledice večinoma nezavedni in nehoteni, je škodljiva medčloveška pomoč podobna nehotenemu nasilju, ki ga preučujemo ob razvijanju in izvajanju programa za preprečevanje nasilja nad starimi ljudmi (Mlakar idr., 2018).

V preteklih desetletjih je bilo z raziskovanjem, zlasti pa ob ustvarjalnem akcijskem razvoju v praksi doseženih precej pomembnih spoznanj o škodljivi pomoči. V uvodu smo omenili spoznanja psihoterapevtke Elisabeth Lukas o zdravem žrtvovanju, ki koristi tistemu, ki pomaga in tistemu, ki pomoč prejema; o boleznem žrtvovanju, ki prejemniku koristi, pomočniku pa škoduje; ter o bolnem žrtvovanju, ki obema škoduje. Klasični raziskovalec poklicne in prostovoljske pomoči in patologije pri njej, Wolfgang Schmidbauer, je eni od svojih prvih monografij o tem dal značilni naslov nemočni pomočniki (Schmidbauer, 1977). Švicarski socialni delavec Adolf Guggenbühl-Craig je napisal knjigo z zgovornim naslovom Pomoč ali premoč (Guggenbühl-Craig, 1997). Genialni pionir strokovne in prostovoljske pomoči pri zdravljenju in rehabilitaciji mladih

zasvojenec z ilegalnimi drogami Mario Picchi pa je patologijo škodljive pomoči poimenoval *pomagaštvo* (Picchi, 1995).

Pri pregledovanju zgodovinsko-kulturnih izkušenj in spoznanj o kakovostnem in slabem sožitju med ljudmi se na koncu srečamo z osnovnim antropološkim vprašanjem, kaj je v človeški naravi, da ljudje skozi ves nam znani razvoj težimo z ene strani v uničevanje samega sebe in okolja ter v slabo sožitje med ljudmi, z druge strani pa v lastno osebnostno zorenje in modrost ter v ustvarjalni razvoj kulture in medčloveškega sožitja. Odgovore na to vprašanje od nekdaj iščejo verovanja, zadnja tisočletja filozofije, danes pa zlasti znanstveno raziskovanje v številnih humanističnih, družboslovnih, naravoslovnih, tehničnih in drugih segmentih. Redkokdo povsem zanika dobro v človeku in trdi, da je *človek človeku samo volk*. Redkokdo povsem zanika slabo v človeku in ima človeka za *angela*. Večina stališč o tem je bolj ali manj uravnotežena ali na eno stran nagnjena tehnica obojega. Zelo različna pa so stališča o tem, od kje izvirajo ustvarjalna in razdiralna teženja ljudi in kaj jih poganja, da se razvijejo v nesluteno višino dobrega in strašno globino hudega – pomislimo na holokavste minulega stoletja, ki so se vsi dogajali z namenom pomagati k razvoju človeka in skupnosti. Vsekakor so sodobna raziskovalna spoznanja, od možganskih preko psihoterapevtskih do zgodovinskih, dragocen vir za usmerjanje in učinkovite učne programe kakovostnega osebnostnega in sožitnega razvoja; prevladujejo namreč spoznanja, ki potrjujejo zgodovinsko izkušnjo, da sta tako dobra kakor slaba razvojna smer v pretežni meri rezultat učnega procesa od rojstva do smrti. Mlajši sodobni zgodovinar Rutger Bregman to spoznanje utemeljuje na več sto raziskavah različnih ved in pri tem prihaja ne samo do spodbudnega sklepa: *človek je v osnovi dober*, ampak daje dobro osnovo za preventivne in terapevtske programe, ki posamezniku pomagajo pri vseživljenjskem osebnostnem zorenju, skupinam in skupnostim pa razvijati kakovostno sožitje (Bregman, 2020).

Tudi naša raziskava išče špranjo v zidu tega odločilnega človeškega vprašanja. Motiv zanjo je bilo kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami, še posebej iskanje dobrih izkušenj za razvoj humane, finančno in kadrovske vzdržne dolgotrajne oskrbe. Podatki, ki jih prikazujeva v tem članku, dajejo nekaj pomembnih odgovorov.

4 NAD 50 LET STARI SLOVENCİ O PREJETI POMOČI

4.1 KONTEKST NAŠE RAZISKAVE

V naši raziskavi smo želeli dobiti pristne izkušnje ljudi o njihovem doživljanju pomoči, ki so jo v življenju prejeli od drugih ljudi. V ta namen smo zastavili naslednji dve raziskovalni vprašanji:

1. *Kaj od vsega tega, kar so vam v življenju dali ali storili drugi, vam je res veliko pripomoglo h kakovosti in razvoju vašega življenja?*

2. Kaj od vsega tega, kar so vam v življenju dali ali storili drugi, vam je najbolj škodilo pri kakovosti in razvoju vašega življenja?

To sta 88. in 89. vprašanje v reprezentativni terenski raziskavi o tem, kaj nad 50 let stari prebivalci Slovenije potrebujejo, kaj zmorejo in kaj hočejo glede staranja in sožitja med generacijami. Ta obsežna raziskava je imela trinajst sklopov, naši dve vprašanji sodita v sedmi sklop *medgeneracijsko sožitje in solidarnost*. Večina od 183 vprašanih je bilo zaprtega tipa, nekaj pa odprtih. Raziskava je skušala iskati čim bolj celosten odgovor na novo situacijo staranja prebivalstva v začetku 21. stoletja. Bila je tudi odziv na dejstvo, da Slovenija ni imela celovite raziskave o staranju in sožitju generacij, medtem ko so se v drugih državah na ta pereči družbeni izziv znanstveno bolje odzivali. V tem kontekstu smo na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje pripravili raziskavo s celovitim pristopom, ki je vključeval tudi zbiranje podatkov o bivanjskih vprašanih staranja in sožitja, ki se jim posvečamo, običajno pa jih tovrstne raziskave ne zbirajo. Raziskani vzorec je bil reprezentativen za 750.000 prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 in več let. Vprašalnik je bil narejen s ciljem, da bodo zbrani podatki primerljivi z velikimi raziskavami drugih narodov in mednarodnih raziskav (npr. SHARE, ki se ji je Slovenija pozneje pridružila).

Ob izvedbi raziskave je bilo v Sloveniji 37,5 % prebivalstva starega 50 let in več, medtem ko je bilo starih 80 let in več 3,9 %; ti namreč potrebujejo veliko pomoči pri opravljanju vsakdanjih opravil. Slovensko prebivalstvo se naglo stara in v začetku leta 2021 je starih 50 let in več 41,7 %, starih 80 let in več pa 5,5 %. Potreba po kakovostni pomoči zaradi starostnega pešanja se konstantno veča; delež najstarejših ljudi (nad 85 let) se bo po demografskih projekcijah v prihodnjih letih več kakor podvojil.

Metodologija te raziskave je prikazana v monografiji *Staranje v Sloveniji* (Ramovš, ured., 2013) – tukaj naj zadostuje ta kratek prikaz. V isti monografiji so tudi sumarni podatki celotne raziskave in analiza velikega dela psihosocialnih podatkov, ki jih je opravila vrsta raziskovalcev. Že pred izidom monografije je zdravstvene podatke prikazal dr. Božidar Voljč (2012). Pozneje je posamezna vprašanja obdelalo več doktorandov za svoje disertacije ali so bila predstavljena v znanstvenih člankih, nekaj vprašanj pa ostaja še neobdelanih. Med tistimi, za katere menimo, da so odgovori nanje enako aktualni, kakor so bili pred desetletjem, sta vprašanji o koristni in škodljivi medsebojni pomoči, ki ju prikazujemo v tem članku. O tem je bil na osnovi prvega pregleda odgovorov napisan poljudno-strokovni članek *Drugi mi pomagajo in jaz drugim* v rubriki *Duhovnost in Slovenci* v reviji Ognjišče (Ramovš, 2020a).

4.2 RAZISKOVALNI PODATKI

Raziskovalni vprašanji o doživljanju pomoči od drugih – katera pomoč je anketirancu koristila in katera škodila – sta bili odprtega tipa. O teh človeških

izkušnjah je premalo raziskovalnih spoznanj, da bi lahko oblikovali zaprta vprašanja, ki bi zajela vse pomembne izkušnje ljudi. Odgovore na vsako od obeh vprašanj sva vsak od avtorjev tega članka ločeno razvrstila v kategorije in nato uskladila manjše razlike.

Na vprašanje, *kaj od vsega tega, kar so vam v življenju dali ali storili drugi, vam je res veliko pripomoglo h kakovosti in razvoju vašega življenja*, je odgovorilo 845 anketirancev od skupno 1047, medtem ko 202 nista odgovorila. Nekateri so odgovorili z več odgovori, zato so skupaj 903 odgovori.

Odgovore o konkretni koristni pomoči sva razvrstila v tri kategorije, ostale kategorije so splošne.

- **Pomoč za osebni razvoj.** Najpogostejša je *hvaležnost staršem za vzgojo v poštenega, delovnega ..., tudi vernega človeka. ... Da so omogočili študij. ... Njihove izkušnje. ... Zgled očeta, mame in bratov. ... To, kar sta mi dala starša, ko sta mi pravila: Dobro misli o vsakem! ... Starši: vzgojili so me v zrelo osebo, me naučili misliti in imeti sočutje. ... Stara babica mi je ob poroki svetovala tri stvari. 1. Tašči ne odgovarjaj; ko boš to hotela, spij kozarec vode. Če ona njega ne bi rodila, se ti ne bi s tako dobrim fantom poročila. 2. Pred drugimi ljudmi ne govori slabo o svojih otrocih, ker jih bodo imeli za slabe in ti privoščili. 3. Čez svojega moža nikoli ne govori slabo pred svojo materjo, ker njej bo hudo, moža pa si si sama izbrala.* Med tovrstne izjave sodi tudi pomoč pri zdravljenju, npr. *Prizadevnost zdravnika, sicer bi bila že mrtva, in podobne.*
- **Pomoč za lepo sožitje in sodelovanje,** na primer: *Se imamo radi, se razumemo ... Moj mož mi je dal dosti lepega. ... Žena me ima rada.* Precej jih je napisalo oporo sodelavca v službi, dobro sodelovanje, nekateri tudi izkušnjo z oskrbo v onemoglosti.
- **Materialna pomoč,** na primer: *Dali so parcelo za gradnjo hiše, pomagali pri gradnji in opremljanju. ... Denar. ... Pomoč pri delu na kmetiji.*

V četrto kategorijo sva razvrstila bolj splošne odgovore, ki pomenijo neopredeljeno pomoč; to kategorijo sva poimenovala: **nekaj**. Primeri: *podpora, pomoč (drugih), marsikaj, veliko.* Par jih je odgovorilo, da jim drugi pomagajo pri vsem ali celo: *Vse dobro in slabo mi je pomagalo.*

V peto kategorijo sva uvrstila neopredeljene odgovore: **ne vem**.

Sledita še dve kategoriji, ki tudi ne dajeta odgovora o prejeti koristni pomoči. Ena, z velikim deležem odgovorov, združuje tiste, ki so na zastavljeno vprašanje odgovorili, da **jim ni nihče nič pomagal**, na primer: *Saj mi ni nihče nič dal, samo jaz dajem drugim. ... Nihče mi ni nikoli pomagal, vse sem naredila sama.* Nekaj malega pa jih je odgovorilo nasprotno od vprašanja, **da sami pomagajo drugim**.

Kategorije s številom in relativnimi deleži odgovorov ter udeležencev so v tabeli 1.

Tabela 1: Kategorije odgovorov o koristni pomoči (vprašanje 88)

	število odgovorov	% odgovorov	% udeležencev
pomoč za osebnostni razvoj	253	28	29,9
pomoč za lepo sožitje, sodelovanje	245	27,1	29,0
materialna pomoč	113	12,5	13,4
nekaj	60	6,6	7,1
ne vem	55	6	6,5
nihče jim ni pomagal	171	18,9	20,2
pomoč drugim	6	0,7	0,7
skupaj	903	100	106,8

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, N = 845, na vprašanje niso odgovorili 202 udeleženci.

Na vprašanje *Kaj od vsega tega, kar so vam v življenju dali ali storili drugi, vam je najbolj škodilo pri kakovosti in razvoju vašega življenja?*, je od 1047 udeležencev odgovorilo 694, medtem ko jih kar 353 ni odgovorilo. Tudi pri tem vprašanju so nekateri napisali po več izkušenj, tako da je v kategorije razporejenih skupno 707 odgovorov.

Izjave o konkretni škodljivi pomoči smo razvrstili v dve kategoriji, ostale kategorije odgovorov na to vprašanje so splošne.

- **Škoda od neopredeljenih ljudi.** Izkušnje, ki smo jih uvrstili v to kategorijo, so zelo pogoste. Besede, s katerimi govorijo o škodi od neopredeljenih ljudi, so zlasti: *nepravičnost, krivica, nevoščljivost, zavist, laž, zaničevanje, oviranje, kritika, hudobija, zloba, hinavščina, govornice, nasilje, zloraba zaupanja in nevhvaležnost.*
- **Slabi odnosi v družini, službi in s prijatelji.** To so slabe izkušnje s spori, delitvijo dediščine in z nerazumevanjem, na primer: *Oče je bil grozen alkoholik, nismo se mogli učiti. ... Poniževanje s strani nadrejenega. ... Zavajanje »prijatelj«*, *da sem ponovno začel piti, obakrat sem sam prenehal, vem da mi škodi. ... Slabi nasveti prijatelj v mladosti.*

Nekaj odgovorov sodi med splošne slabe neopredeljene izkušnje, ki smo jih uvrstili v kategorijo **nekaj**. Splošno izražajo *težave, ogroženost, različne stvari, trenutno situacijo*, da je bil človek *prepuščen sam sebi*, ipd. Med izjavami so na primer stavki: *Drugi so mi veliko škodili, vendar nisem poslušala in sprejemala tega. ... Dajali so mi napačna navodila, kako ravnati. ... To, da so se pritoževali zaradi vsake malenkosti. ... Preveliko zaupanje v nekatere ljudi – zloraba mojega zaupanja. ... Zaupanje v napačne ljudi.*

Veliko jih je odgovorilo z **ne vem**.

Nekaj izjav se ne nanaša na škodljiva dejanja ljudi, ampak na slabe izkušnje naravnih nesreč, smrt, tragiko zaradi nujnosti (npr. vojaščina), ogroženost v službi (azbest), bolezen, vojno, slabo možnost šolanja, mladostno samozadostnost ipd. Te odgovore sva uvrstila v kategorijo **višja sila**. Primera: *Da nam je pogorela hiša in sem morala biti v rejniški družini. ... Da nisva mogla imeti otrok.*

Nekaj izjav govori o izkušnji škode, ki je **posledica sistemske ureditve**; to so krivice in zapostavljenost v družbi s strani režima; omenjajo slabo izkušnjo s komunizmom (*vzgojno, uboj očeta, staršem vzeli družinsko imetje*), par pa z nacizmom (*bili so izgnani*).

Daleč največ pa jih na to vprašanje odgovarja z nasprotnim poudarkom – da **niso prejeli škodljive pomoči**: *Nič mi ni škodilo. ... Nič ni takega. ... Ne vem. Vse mi je koristilo. Tudi: ne vem – kar je slabega, hitro pozabim. To jim pa oproščam.*

Navedene kategorije s številom in relativnimi deleži odgovorov o škodljivi pomoči so v tabeli 2.

Tabela 2: Kategorije odgovorov o škodljivi pomoči (vprašanje 89)

	število odgovorov	% odgovorov	% udeležencev
škoda od neopredeljenih ljudi	109	15,4	15,7
slabi odnosi v družini, službi ali s prijatelji	103	14,6	14,8
višja sila	44	6,2	6,3
posledica sistemske ureditve	19	2,7	2,7
nekaj	20	2,8	2,9
ne vem	76	10,8	11,0
niso prejeli škodljive pomoči	336	47,5	48,4
skupaj	707	100	101,8

Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, N = 694, na vprašanje ni odgovorilo 353 udeležencev.

Kakovost odgovorov na vprašanje o škodljivi pomoči je veliko manjša kakor na vprašanje o koristni pomoči. Tretjina vzorca ni odgovorila na vprašanje. Od tistih, ki so odgovorili, je skoraj polovica samo poudarila, da niso prejeli nobene škodljive pomoči, le 30 % odgovorov opiše neko konkretno škodljivo pomoč ter dobrih 10 % neopredeljivo škodljivo pomoč, višjo silo ali sistemsko napako. Izkušnje s škodljivo pomočjo so pogosto čustveno obremenjeno doživljanje, zato je govorjenje o tem zahtevno. Odgovori kažejo, da bi bilo treba to področje raziskovati z drugačno metodologijo.

Podarimo še to, da navedeni raziskovalni podatki govorijo, kako nad 50 let stari Slovenci doživljajo prejeta pomoč, ne pa, koliko in kaj so sami pomagali drugim in kako doživljajo svojo pomoč drugim. Izvedeli smo marsikaj o doživljanju koristne in škodljive pomoči s strani prejemnikov, nič pa o tem, kakšna je ta pomoč objektivno bila. Za oblikovanje programov dolgotrajne oskrbe ter zdravega staranja to zadostuje, saj je pomoč namenjena prejemnikom – biti mora zanje učinkovita, da so z njo zadovoljni. Kljub temu pa je treba imeti pred očmi dejstvo, da je učinek pomoči odvisen od obeh strani: od tistega, ki pomaga (kaj stori in kako to stori), in od tistega, ki to pomoč prejema (kako je pripravljen na prejemanje, kako jo prejema ...). Pomoč je odnosna kategorija, podobna komuniciranju, kjer je uspešnost odvisna tako od pripovedovalca kakor od poslušalca.

Večkrat se zgodi, da je pomoč dobronamerna in ustrezna, njen prejemnik pa je v takem stanju, da jo zavrne ali zlorabi zaradi svoje zmote, da je zanj škodljiva, zaradi odpora do človeka, ki mu jo daje, zaradi slabega razpoloženja ali pa zaradi svoje življenjske usmerjenosti v samozadostnost, ko vsako prejemanje pomoči ogroža njegovo samozavest. Ob naši temi o koristni in škodljivi pomoči se torej odpira tudi vrsta drugih raziskovalnih vprašanj, ki so za razvijanje solidarnega sožitja pomembna.

Zgovorne pa so že zgoraj navedene surove številke naših podatkov o izkušnjah pri posamezni kategoriji prejete koristne in škodljive pomoči. Posebej markanten podatek so odgovori, da niso prejeli nobene pomoči, zato si jih malce oglejmo.

4.3 VELIKO JIH DOŽIVLJA, DA NISO PREJELI NOBENE POMOČI

Pri vprašanju o koristni in škodljivi pomoči izstopajo negativni odgovori – obakrat precejšen del starajočih se ljudi uporabi vprašanje o prejeti pomoči za poudarjen odgovor, da mu ni nihče nič pomagal.

Pri vprašanju, katera pomoč drugih jim je v življenju pripomogla k razvoju in kakovosti njihovega življenja, je vsak peti, ki je nanj odgovoril, poudaril, da ni prejel nobene pomoči; to je vsak šesti v celotnem reprezentativnem vzorcu. Dobra polovica od teh je z odgovorom izrecno poudarila, da jim ni nikoli nihče pomagal. Kaj to pomeni? Da je toliko socialno otopelih in zagrenjenih ljudi, ki ne zaznavajo soodvisnosti med ljudmi?

Pri drugem vprašanju, katera pomoč drugih jim je v življenju škodila, je vsak drugi poudaril, da ni prejel nobene škodljive pomoči; to je tretjina reprezentativnega vzorca. Vsakdo je v življenju deležen tudi škodljivih vplivov od drugih. Slepiti se pred tem, je naivno; trditi, da gre za tako množično naivnost ljudi v zrelih letih, pa bi bila kljub tem odgovorom drzna hipoteza. Vsekakor bi to poudroče terjalo poglobljeno raziskovanje.

Kaj doživljajo kot prejeta koristno pomoč tisti, ki so odgovorili, da niso prejeli nobene škodljive pomoči? Od 336 anketirancev, ki so odgovorili tako, je dobra tretjina (37,2 %) samo poudarila, da niso prejeli ne koristne in ne škodljive pomoči; ostali so prejeli pomoč za osebnostni razvoj (22,6 %), za lepo sožitje (20,2 %) in materialno pomoč (15,5 %), približno desetina pa je neodločnih.

In obratno: kaj so zaznali kot škodljivo pomoč tisti, ki menijo, da niso prejeli nobene koristne pomoči? Od 171 anketirancev, ki meni tako, jih je kar 125 (73,1 %) poudarilo, da ni prejelo tudi nobene škodljive pomoči.

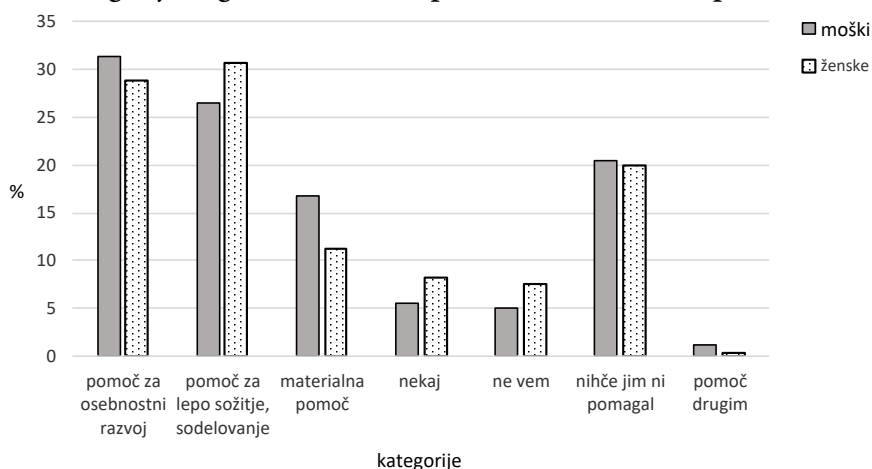
V prvem primeru dobra tretjina, v drugem pa skoraj tri četrtine odgovorov poudarja doživljanje anketiranca, da ni prejel nobene pomoči. V celotni raziskani populaciji ta dva podatka pomenita dobrih deset odstotkov prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 in več let. Govorita o množici blizu sto tisoč starajočih se ljudi, katerih odgovori kažejo v smeri doživljajske otopelosti za stvarno zaznavanje in vrednotenje dejstva, da smo ljudje med seboj odvisni, da nenehno živimo od

pomoči drugih, drugih pa od naše, da je to naša odločilna socialna povezanost. Ali gre za skrajno samozadostno usmerjenost, za doživljajsko otopelost ali kaj drugega? Eno in drugo sta hudi socialni bolezni, ki za sodelovanje in sožitje v srednjih letih ter za oskrbovanje v bolezni in starosti nista manj usodni, kakor hromost, gluhot, slepota ali demenca. Doživljajska otopelost za medsebojno soodvisnost in njen pomen za človekov razvoj skozi vse življenje, zlasti pa v starosti, je deficit, ki povzroča med starejšimi tako pogosto in moteče sitnarjenje, kritiziranje, zagrenjenost, črnogledost in podobno, kar vodi v osamljenost in depresivnost. Razvoj učinkovitih metod in programov za pomoč ljudem pri zdravem doživljajskem razvoju v tretjem življenjskem obdobju je ena najbolj perečih in obetavnih gerontoloških nalog.

Že ti surovi podatki kažejo na akutne razvojne naloge znanosti in strok, ki delajo z ljudmi in za ljudi, da bo njihova pomoč pri krepitvi socialnega zdravja začela dohitevati dosežke pri varovanju in krepitvi telesnega in duševnega zdravja. Vsekakor visok delež odgovorov, ki pri teh dveh vprašanjih poudarjajo, da jim ni nihče v življenju nič pomagal, kliče h globljemu raziskovanju doživljanja medsebojne odvisnosti in pomoči med ljudmi.

4.4 MOŠKI CENIJO MATERIALNO POMOČ, ŽENSKE POMOČ ZA LEPO SOŽITJE

Slika 1: Kategorije odgovorov koristne pomoči – razlike med spoloma



Med spoloma je najopaznejša in statistično pomembna razlika v doživljanju *materialne pomoči*: moški jo omenjajo pogosteje (16,7 %) kakor ženske (11,2 %): $X^2(1, N=842) = 5,355$ $p < 0,05$. Razliko lahko deloma pojasnimo s tradicionalno razporeditvijo vlog, kjer so imeli moški večinoma aktivnejšo vlogo pri gradnji hiše; pogosti moški odgovori so bili npr. *dali so mi zemljo, pomagali so mi pri gradnji hiše (z delom in denarjem)*.

Ženske izstopajo v doživljanju prejete pomoči za lepo sožitje (30,7 proti 26,4 %), vendar ta razlika ni statistično pomembna. Podobno je tudi pri pomoči za osebni razvoj (moški 28,9 %, ženske 31,4 %).

Pri trditvi nihče jim ni pomagal praktično ni razlik med spoloma (20,5 proti 20,0 %) – nevarnosti za socialno otopelo, zagrenjeno in črnogledno staranje sta enako izpostavljena oba spola.

Prav tako se spola skoraj ne razlikujeta v stališču, da niso prejeli škodljive pomoči (49,6 % moških in 47,4 % žensk). V tem velikem deležu odgovorov so verjetno ljudje, ki imajo – recimo temu – naivno gledanje, da jim noben vpliv drugih v življenju ni škodoval, prav tako pa ljudje s stvarnim gledanjem na vplivanje drugih nanje, njihovo zdravo doživljanje prejete koristne pomoči sprti nevtralizira grenkobo slabih izkušenj z zgrešeno pomočjo drugih.

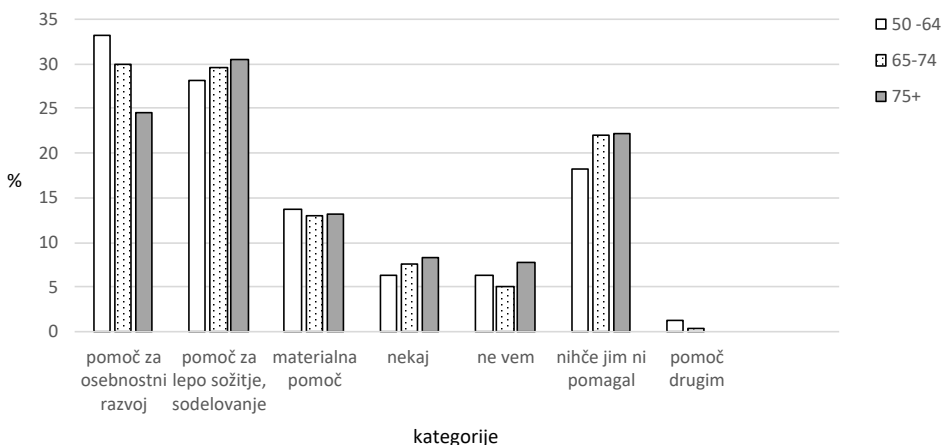
Na splošno pri zaznavanju škodljive pomoči ni prišlo do večjih razlik med spoloma.

O škodi s strani neopredeljenih ljudi poroča nekaj več žensk (16,1 proti 15,2 %); podobno tudi o slabih odnosih (16,3 proti 12,7 %).

4.5 STARANJE: VEČ POMOČI ZA SOŽITJE, MANJ ZA OSEBNOSTNI RAZVOJ

Raziskano populacijo smo razdelili v tri starostne skupine: 50 do 64 let (pozna srednja leta), 65 do 74 (zgodnja starost) ter vse nad 75 let (združeni srednja in pozna starost).

Slika 2: Prejemanje koristne pomoči po starostnih skupinah

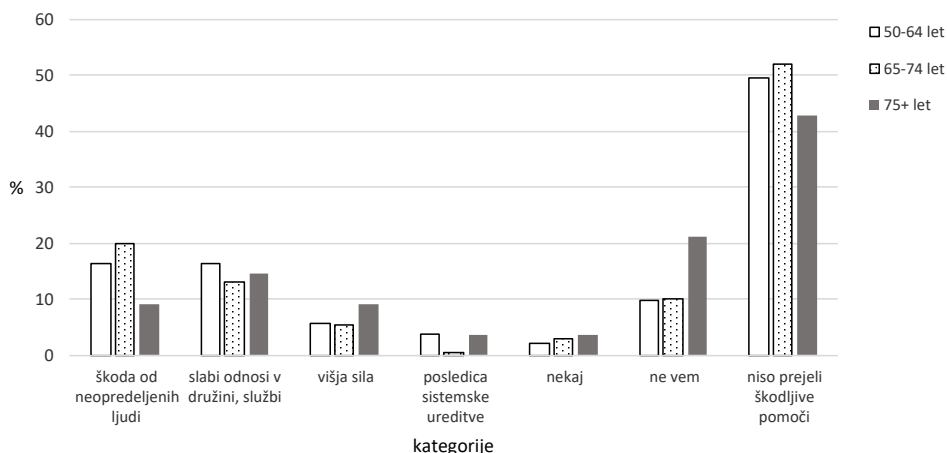


Pri doživljanju prejete koristne pomoči (slika 2) sta vidni dve tendenci. Prva je ta, da s starostjo upada pozornost na pomoč drugih pri svojem osebnem razvoju – v najmlajši skupini jo doživlja vsak tretji (33,2 %), v zgodnji starosti 29,9 % in v starosti nad 75 let vsak četrti (24,5 %). Druga tendenca: s starostjo

se večja zaznavanje pomoči za sožitje – od 28,1 % v poznih srednjih letih, preko 29,5 % v zgodnji starosti do 30,4 % po 75. letu. Druga tendenca je torej precej manj opazna kakor prva, nobena od njiju pa ni statistično pomembna.

V vseh starostnih obdobjih pa doživljajo relativno stabilno materialno pomoč – razlike med starostnimi skupinami so manjše od enega odstotka. Opozoriti pa velja na dejstvo, da se ljudje relativno malo zavedamo materialne pomoči drugih, čeprav smo je deležni tako rekoč na vsakem koraku od vsakdanjih obrokov hrane naprej – po naši raziskavi se te pomoči zaveda približno vsak osmi.

Slika 3: Prejemanje škodljive pomoči po starostnih skupinah



Vir: Inštitut Antona Trstenjaka 2010, N = 694

Pri prejeti škodljivi pomoči (slika 3) smo že poudarili, da je polovica anketiranih poudarila samo svoje stališče, da niso prejeli nobene škodljive pomoči. Pri tem prednjačijo ljudje v desetletju po upokojitvi (51,9 %), najnižji odstotek teh je po 75. letu starosti (42,8 %).

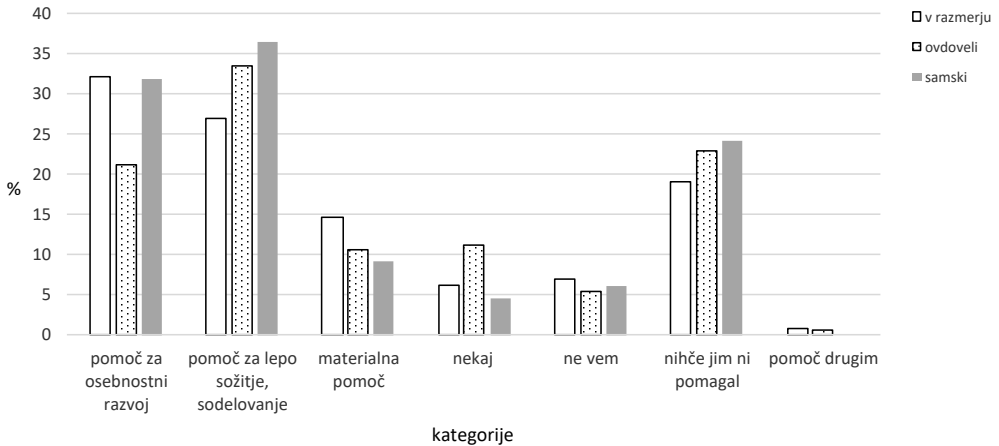
Razlike v kategoriji *škoda od neopredeljenih ljudi* so se pokazale za statistično pomembne: $X^2(2, N=689) = 8,448$ $p < 0,05$. Tu izstopa najstarejša skupina, kate-re delež je pol manjši od preostalih dveh. To razliko bi morda lahko pojasnili z učinkom pozitivnosti («positivity effect»), ki z naraščajočo starostjo zmanjšuje pomen negativnih spominov v primerjavi s pozitivnimi (Kennedy in sod., 2004).

Kot statistično pomembna se je pokazala tudi kategorija *ne vem*: $X^2(2, N=586) = 12,275$ $p < 0,01$. Tudi tu izstopa najstarejša skupina z dvakrat večjim deležem od mlajših dveh skupin. V heterogeni skupini po 75. letu bi bilo tvegano iskati enotna pojasnila za razliko pri kategoriji neopredeljenosti; da je že sama indiferentnost pri zavzemanju stališča do svojega doživljanja in izkušenj patogena, pa ugotavljajo psihoterapevti in se je večkrat potrdilo tudi v naši raziskavi (npr. Starc, Zabukovec, 2013, str. 101).

4.6 SMRT ZAKONCA JE KLIC PO POMOČI ZA OSEBNOSTNI RAZVOJ

Pri vprašanju o stanju anketirancev sva zaradi lažje obdelave spremenljivke združila v tri kategorije. V prvo (*v razmerju*) sva uvrstila poročene, tiste, ki živijo v izvenzakonski zvezi, in poročene, ki živijo ločeno. V drugi kategoriji so *ovdoveli*. V tretji kategoriji (*samski*) so združeni samski ali ločeni (slika 4).

Slika 4: Prejemanje koristne pomoči glede na stan



Tu so najbolj opazne razlike pri *pomoči za osebostni razvoj*. Med udeleženci v razmerju in samskimi praktično ni razlik, medtem ko ovdoveli s svojimi odgovori kažejo, da so prejeli okoli 10 % manj pomoči pri osebostni rasti kakor drugi dve skupini (21,2 proti 32,2 in 31,8 %); razlika je statistično pomembna: $X^2(2, N=845) = 7,797$ $p < 0,05$. Po tem zgovornem raziskovalnem podatku o doživljanju pomoči pri ovdovelih smo dali naslov temu podpoglavju – kaže, da gre za klic po pomoči za osebostni razvoj v stiski po izgubi najbližje osebe.

Zanimiv je tudi pogled na pomoč za lepo sožitje in sodelovanje: tisti v razmerju omenjajo najmanj te pomoči (26,9 %), ovdoveli kar precej več (33,5 %), največ pa samski (36,4 %). Ali to kaže, da tisti v razmerju sodelovanje jemljejo za samoumevno, samski pa se pomoči drugih najbolj zavedajo? Sicer pa imajo mnogi samski zelo razvejano socialno mrežo.

Z vidika stanu je enako razmerje tudi pri deležih tistih, ki doživljajo, da jim ni nihče pomagal: najvišji je pri samskih, nekaj nižji pri ovdovelih in najnižji pri zakoncih. To razmerje se sklada z rednimi ugotovitvami, da največ pomoči prihaja od družine. Kako pa razumeti vsaj na videz nasprotujoče si podatke zakoncev, da se pomoči za lepo sožitje najmanj zavedajo, medtem ko jih je tudi najmanj napisalo, da jim ni nihče pomagal? Lahko nadaljujemo s prejšnjo razlago, da je partnerjem in družinskim članom medsebojna pomoč v sožitju samoumevna danost, ki se je ne zavedajo, čeprav so je deležni; ob tej nezaveščenosti o pomoči bližnjih pa je logično, da ne izrečejo neresnice,

češ, da jim ni nihče pomagal – za to rizično trditev morajo biti težji psiho-socialni vzroki, kakor je vsakdanja samoumevnost pri medsebojni pomoči v zakonu in družini.

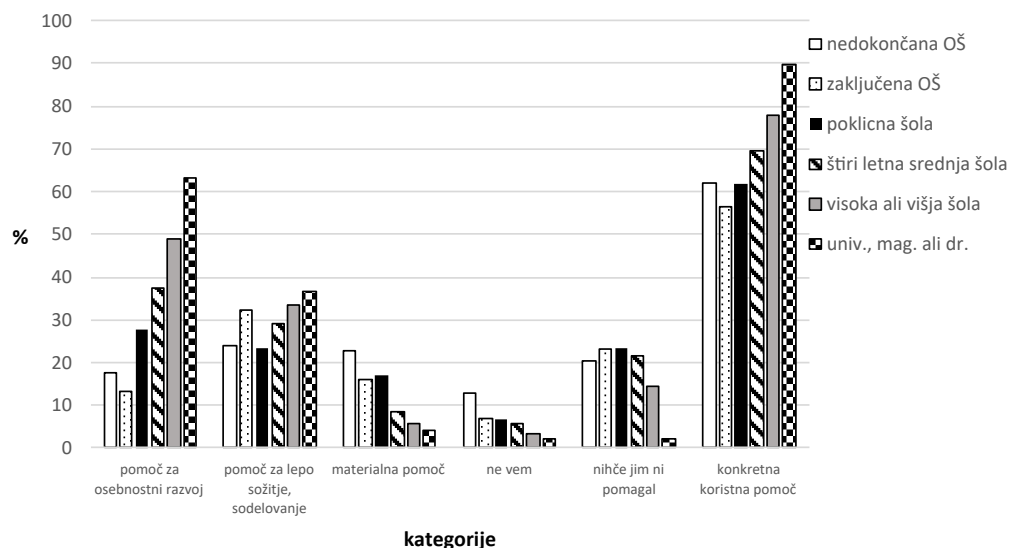
Ravno obratna slika je pri doživljanju materialne pomoči: največ jo navajajo partnerji (14,6 %), ovdovali manj (10,6 %) in najmanj samski (9,1 %). Rezultat je smiseln, če pomislimo, da materialna pomoč pride po navadi s strani družinskih članov.

Pri odgovorih na vprašanje o škodljivi pomoči je opaznejša razlika samo v kategoriji *slabi odnosi v družini, službi ali s prijatelji*. To slabo izkušnjo je napisalo 12,1 % ovdovalih, 15 % partnerjev in 20 % samskih, razlika pa ni statistično pomembna.

4.7 IZOBRAZBA VSESTRANSKO POMAGA H KAKOVOSTNEMU STARANJU

Za lažjo obdelavo podatkov in lepši prikaz sva v nadaljevanju vse tri kategorije koristne pomoči (pri osebnostnem razvoju, za lepo sožitje in materialno pomoč) združila v skupno kategorijo *konkretna koristna pomoč* (slika 5).

Slika 5: Prejemanje koristne pomoči glede na izobrazbo



Izstopa pomoč pri osebnostnem razvoju, ki enakomerno narašča skupaj z izobrazbo. Vzpon je strm: od 13,2 % do 63,3 %. Razlika se je pokazala za statistično pomembno: $X^2(5, N=837) = 79,947$, $p < 0,001$. Pri tem trendu so manjša izjema samo udeleženci z osnovnošolsko izobrazbo, ki so izrazili nekoliko nižji delež te pomoči kakor njihovi vrstniki z nedokončano osnovno šolo. Možna bi bila hipoteza, da se tisti, ki niso uspeli dokončati osnovne šole, že od začetka šolanja bolj zavedajo svoje potrebe po pomoči. Izjave govorijo o vlogi spodbude, pohvale

in nasveta. Seveda pa ostaja vprašanje o vzroku in posledici: ali izobrazba razvija človekovo osebnost ali razvitejša osebnost teži po izobrazbi.

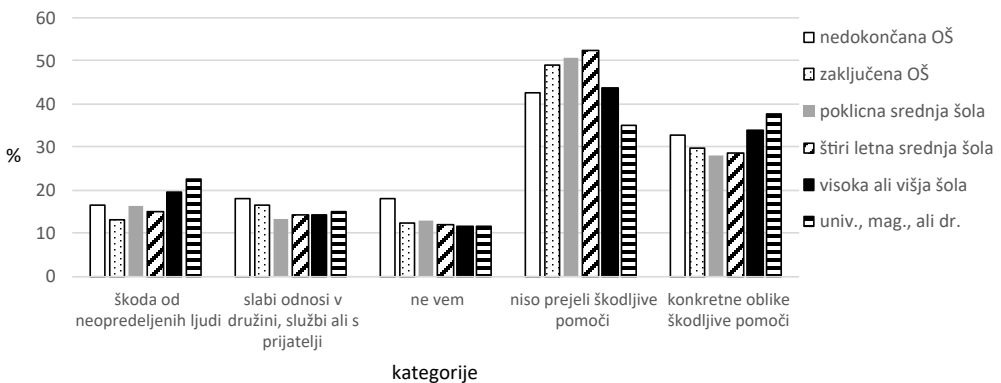
Obratni trend je pri materialni pomoči: med tistimi z nedokončano osnovno šolo jih največ izpostavlja, da so prejeli materialno pomoč (22,8 %), nato z rastočo izobrazbo ta delež pada, tako da je pri univerzitetni in podiplomski izobrazbi le še 4,1 %. Znano je, da z izobrazbo naraščajo osebni dohodki; povezavo med tem dvojim se tudi v naši raziskavi pokazala za statistično pomembno ($X^2(5, N=837) = 22,310, p < 0,001$). Ob dejstvu, da ljudje dejansko potrebujejo tem manj materialne pomoči, čim višjo izobrazbo imajo, je treba znova reči, da gre tudi tukaj za tiste vrste materialne pomoči, ki se je zavedamo, in ne za vsakdanjo medsebojno materialno soodvisnost, ki nam je samoumevna; na to smo opozorili že pri zakonskih partnerjih.

Kot statistično pomembna se je pokazala tudi kategorija *nihče jim ni pomagal* ($X^2(5, N=837) = 14,366, p < 0,05$), kjer izstopa zelo nizek delež (2 %, to je le ena oseba) tistih z univerzitetno ali višjo izobrazbo. Najvišje izobraženi torej v največji meri zaznavajo ali prepoznajajo koristno pomoč, ki so jo prejeli v življenju. V našem primeru torej praktično vsi z vsaj univerzitetno izobrazbo prepoznajajo koristno pomoč, ki so jo prejeli. Zelo pogosti so bili odgovori: *dobra vzgoja, delovne navade* in tudi *izobraževanje*.

Tudi na novo ustvarjena spremenljivka *konkretna koristna pomoč* se je pokazala za statistično pomembno $X^2(5, N=837) = 29,535, p < 0,001$. Zaznana prejeta konkretna koristna pomoč stalno raste od zaključene OŠ (56,4 %) do univerzitetne ali višje izobrazbe (89,8 %). Gre za zelo visoko povezanost, tako da bi lahko prišlo do drugačnega rezultata samo enkrat v tisoč ponovitvah.

Zaradi lažje obdelave in prikaza podatkov smo tudi pri škodljivi pomoči ustvarili novo skupno kategorijo *konkretne oblike škodljive pomoči*: ta vsebuje škodljivo pomoč v obliki nepravilnosti drugih ter škodljivo pomoč kot posledico slabih odnosov v družini, službi ali s prijatelji (slika 6).

Slika 6: Prejemanje škodljive pomoči glede na izobrazbo



Pri prejemanju škodljive pomoči glede na izobrazbo izstopata kategorija *niso prejeli škodljive pomoči*, kjer je delež najbolj izobraženih najnižji (35,0 %), ter kategorija *konkretne oblike škodljive pomoči*, kjer je delež najbolj izobraženih najvišji (37,5 %). Čeprav so razlike majhne in niso statistično pomembne, kaže da z izobrazbo raste tudi prepoznavanje škodljive pomoči. Tako prepoznavanje škodljive kot koristne pomoči (slika 5) torej narašča z izobrazbo. Skupna razlaga za to porast je lahko morda porast samorefleksije skupaj z izobrazbo.

4.8 POMOČ OSREČUJE IN POMAGA PRI DOŽIVLJANJU SMISLA

V nadaljevanju prikazujeva, kako se povezuje prejemanje koristne in škodljive pomoči z zadovoljstvom s svojim življenjem, s srečo in doživljanjem smisla. Predvidevava, da ljudje, ki zaznavajo, da so v življenju prejeli koristno pomoč ali več te od škodljive, bolj optimistično zaznavajo svojo preteklost, sedanjost in prihodnost.

Tudi tu smo zaradi lažje obdelave tri kategorije koristne pomoči združili v skupno kategorijo *konkretna koristna pomoč* (ta vsebuje *pomoč pri osebnostnem razvoju*, *pomoč za lepo sožitje* in *materialno pomoč*).

Zadovoljstvo s svojim dosedanjim življenjem

Zanimalo naju je, kakšne so razlike v splošnem zadovoljstvu s svojim dosedanjim življenjem med prejemniki konkretne koristne pomoči in tistimi, ki takšne pomoči niso prejeli (udeleženci so odgovarjali na vprašanje: *Kako gledate na svoje dosedanje življenje?*) (slika 7). Pričakovala sva, da bodo prejemniki koristne pomoči zadovoljnejši z življenjem, saj se zadovoljstvo redno povezuje s količino socialnih stikov.

Slika 7: Zadovoljstvo z življenjem in ne/prejemanje pomoči



Ob primerjanju ravni splošnega zadovoljstva z življenjem s prejeto ali neprejeta konkretno koristno pomočjo so se pokazale minimalne razlike. Prejemniki konkretne koristne pomoči so nekoliko bolj *zelo zadovoljni s svojim življenjem* kakor tisti, ki takšne pomoči niso prejeli (71,7 proti 68,3 %) ter malce manj *zelo nezadovoljni* (2,7 proti 3,5 %). A razlike niso statistično pomembne ($X^2(2, N=836) = 1,207, p = 0,547$).

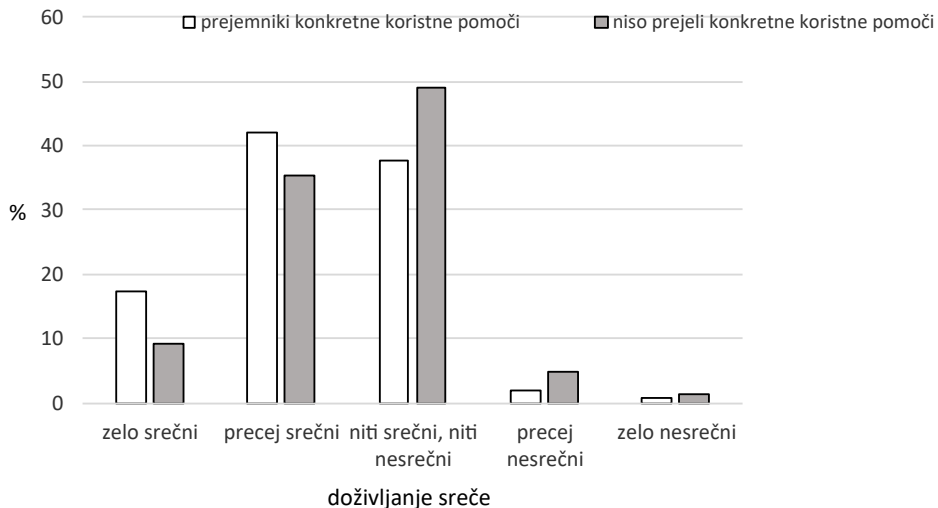
Eden od razlogov za to je lahko raba besede zadovoljstvo v vsakdanjem življenju. Oceno zadovoljstva dojemamo kot zelo celostno in relativno stabilno v času. Pogosto smo zadovoljni že, če nam ne gre nekaj zelo narobe. V tem smislu zaznana enkratna koristna ali škodljiva pomoč nima velikega vpliva na našo skupno oceno zadovoljstva z življenjem. Pomemben dejavnik je lahko tudi relativno neobčutljiva merska lestvica, ki je imela samo tri stopnje.

Tudi v primeru škodljive pomoči sva uporabila skupno kategorijo *konkretne oblike škodljive pomoči*. Tudi tu ni prišlo do razlik v zadovoljstvu z življenjem med tistimi, ki zaznavajo prejemanje škodljive pomoči, in tistimi, ki tega ne zaznavajo. Podobno kot zgoraj bi lahko šle razlage v smeri razumevanja besede zadovoljstvo in v majhni občutljivosti lestvice.

Sreča

Vprašanje o srečnosti se je glasilo: *Kako srečni ste na splošno?* Imelo je pet stopenj: dve pozitivni, dve negativni in nevtraln. Kakor pri zadovoljstvu naju je zanimalo ali prihaja do razlik pri doživljanju sreče med prejemniki konkretne koristne pomoči in tistimi, ki takšne pomoči niso prejeli (slika 8). Pričakovati je, da bodo prejemniki konkretne koristne pomoči doživljali več sreče kakor tisti, ki je niso prejeli.

Slika 8: Srečnost in ne/prejemanje pomoči

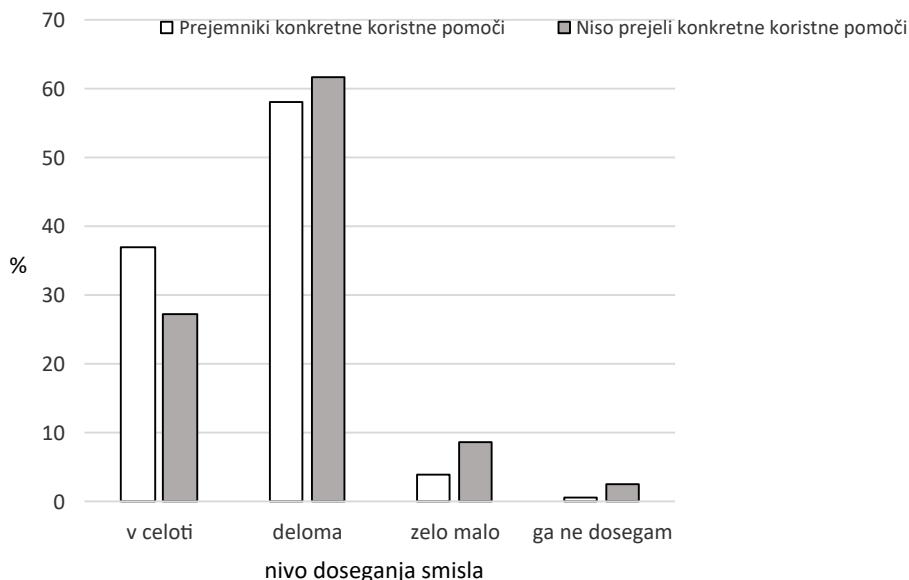


Med udeleženci, ki so na vprašanje, *kako srečni ste na splošno?*, odgovorili, da so *zelo ali precej srečni*, je 59,4 % takšnih, ki so odgovorili, da so prejeli konkretno koristno pomoč, ter 44,6 % tistih, ki so odgovorili, da je niso nikoli prejeli – kar 15 % prejemnikov konkretne koristne pomoči doživlja, da so znatno srečnejši od tistih, ki takšne pomoči niso prejeli. *Precej ali zelo nesrečnih* je na splošno malo, a je kljub temu tistih, ki niso prejeli konkretne koristne pomoči, dvakrat toliko kakor tistih, ki so konkretno koristno pomoč prejeli (2,9 % proti 6,2 %). Razlika se je pokazala kot statistično pomembna $X^2(4, N=843) = 22,072, p < 0,001$.

V doživljanju sreče in zadovoljstva se torej kažejo razlike med tistimi, ki doživljajo prejeto pomoč, in tistimi, ki je ne doživljajo. Sreča je čustvo, ki je občutljivo na trenutne dejavnike, medtem ko je zadovoljstvo z življenjem stabilnejši rezultat celotnega človekovega razvoja. Morda sreča ljudem pomeni tudi višji življenjski ideal kakor zadovoljstvo, zato lažje rečejo, da so zadovoljni – kot bi z zadovoljstvom hoteli reči, da so siti, imajo streho nad glavo in niso izpostavljeni posebnim nevšečnostim, medtem ko se mora za srečo zgoditi še nekaj več, npr. tudi doživeta koristna pomoč drugih. Poleg tega je bila lestvica, s katero smo merili srečnost, občutljivejša kakor lestvica, ki je merila zadovoljstvo.

Smisel

Slika 9: Doživljanje smisla in ne/prejemanje pomoči



Med udeleženci, ki so na vprašanje *Kako se vam zdi, da dosegate ali uresničujete smisel svojega življenja?* odgovorili, da ga doživljajo v celoti, je 37 % tistih, ki so prejeli konkretno koristno pomoč, v primerjavi z 27,2 % tistih, ki menijo,

da je niso prejeli; izstopa torej kar 10 % razlika med prejemniki in neprejemniki koristne pomoči (slika 9).

Največ je tistih, ki so odgovorili, da smisel doživljajo deloma (58,2 % proti 61,6 % v korist neprejemnikov pomoči). Pri udeležencih, ki smisel dosegajo v manjši meri (4,1 proti 8,6 %) ali sploh ne (0,7 proti 2,5 %), je slika obratna. Razlika se je pokazala kot statistično pomembna: $X^2(3, N=820) = 16,586, p < 0,001$.

Dobra tretjina prejemnikov koristne pomoči poroča o uresničevanju smisla v celoti. Kar imata prejetje koristne pomoči in doživljanje smisla skupnega je socialni vidik. Koristna pomoč predvideva uspešno izmenjavo in lep odnos. Doživljanje smisla pa se prav tako močno povezuje z dobro izmenjavo v osebnih odnosih.

4.9 KORISTNA POMOČ RAZREDČI ŠKODLJIVO

Poglejmo še primerjavo v duševnem počutju med prejemniki koristne in škodljive pomoči in tistimi, ki doživljajo, da ene in druge niso prejeli. Zanimala naju je predvsem pogostost pojavljanja različnih duševnih počutij, zato so tabelah 3 in 4 ter na sliki 10 deleži udeležencev, ki so ta počutja doživljali nekajkrat tedensko.

Tabela 3: Dejavniki duševnega počutja in prejetje konkretne koristne pomoči

nekajkrat tedensko	%	
	prejemniki konkretne koristne pomoči	niso prejeli nobene koristne pomoči
pozabljivost	12,5	22,9
osamljenost	6,4	10,0
tesnoba	6,3	13,6
nemir	7,8	14,2
otožnost	7,5	15,4
nesmiselnost	2,7	6,5
strah pred smrtjo	0,5	0,6

V tabeli 3 je očitno, da so vsi deleži v desnem stolpcu višji od tistih v sredinskem. Tisti, ki so poudarili, da niso prejeli nobene koristne pomoči, torej v primerjavi z udeleženci, ki so jo prejeli, v večji meri poročajo o rednem pozabljanju, osamljenosti, tesnobi, nemiru, otožnosti, občutku nesmisla in o strahu pred smrtjo. Pri tem še posebej izstopajo *pozabljivost*: 22,9 % tistih, ki niso prejeli nobene koristne pomoči, pravi, da se večkrat na teden česa ne spomnijo. Med prejemniki konkretne koristne pomoči je takšnih kar 10 % manj. Razlika je statistično pomembna: $X^2(3, N=724) = 12,135, p < 0,01$.

Prav tako so večje razlike pri doživljanju *tesnobe*: nekajkrat tedensko jo doživlja 6,3 % prejemnikov konkretne koristne pomoči, medtem ko je med tistimi, ki menijo, da je niso prejeli, ta delež dvakrat večji (13,6 %). Tudi ta razlika je statistično pomembna: $X^2(3, N=721) = 9,874, p < 0,05$.

Podobna razlika je pri otožnosti: 15,4 % pri tistih, ki doživljajo, da niso prejeli nobene koristne pomoči, in 7,5 % pri prejemnikih; razlika je statistično pomembna: $X^2(3, N=719) = 9,819, p < 0,05$.

Do razlik je prišlo tudi pri doživljanju osamljenosti, nemira in nesmisla in minimalno tudi pri strahu pred smrtjo, a te razlike niso statistično pomembne.

Gledano v celoti je zaznано prejetje koristne pomoči v primerjavi z doživljanjem njene odsotnosti lahko varovalen dejavnik pred neprijetnim duševnim doživljanjem.

Enako naju je zanimala povezanost duševnega počutja z doživljanjem škodljive pomoči (tabela 4).

Tabela 4: Dejavniki duševnega počutja in prejetje konkretne škodljive pomoči

nekajkrat tedensko	%	
	prejemniki konkretne škodljive pomoči	niso prejeli nobene škodljive pomoči
pozabljivost	16,7	11,1
osamljenost	9,2	6,9
tesnoba	9,3	7,5
nemir	11,2	9,9
otožnost	12,1	9,0
nesmiselnost	6,8	3,3
strah pred smrtjo	1,5	0,9

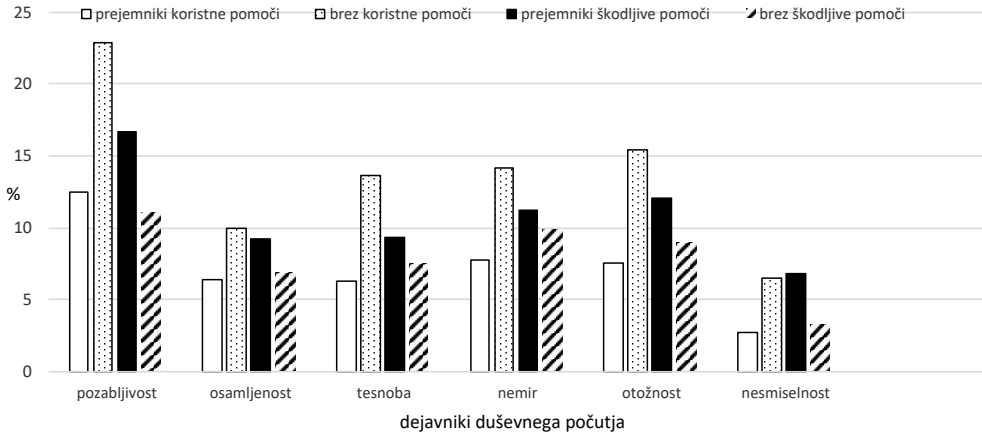
V tabeli 4 so vrednosti v srednjem stolpcu višje kakor v desnem: tisti, ki doživljajo, da so bili deležni konkretne škodljive pomoči, v primerjavi s tistimi, ki tega ne doživljajo, poročajo, da so redno bolj pozabljivi, osamljeni, tesnobni, nemirni, otožni ter doživljajo več občutkov nesmisla in strahu pred smrtjo.

Tako kakor v prejšnji tabeli ta razlika še posebej izstopa pri doživljanju *tesnobe*, kjer 9,3 % prejemnikov škodljive pomoči nekajkrat tedensko doživlja tesnobo, v primerjavi s 7,5 % tistih, ki ne doživljajo, da so prejeli škodljivo pomoč. Razlika je statistično pomembna: $X^2(3, N=540) = 14,488, p < 0,005$.

Prav tako izstopa *otožnost*, kjer 12,1 % prejemnikov škodljive pomoči nekajkrat tedensko doživlja občutke žalosti, v primerjavi z 9 % tistih, ki škodljive pomoči niso prejeli. Tudi ta razlika je statistično pomembna: $X^2(3, N=684) = 10,448, p < 0,05$.

Za boljšo predstavo odnosa med prejetjem ali odsotnostjo koristne ali škodljive pomoči sva deleže tabel 11 in 12 prikazala skupaj (slika 10).

Slika 10: Dejavniki duševnega počutja – nekajkrat tedensko



Pikčasti stolpci opazno izstopajo po višini – tisti, ki se ne zavedajo, da bi kdaj prejeli konkretno koristno pomoč, se torej kažejo kot najbolj pozabljivi, osamljeni, tesnobni, nemirni in otožni.

V nasprotni smeri izstopajo beli stolpci, ki so večinoma najnižji – tisti, ki doživljajo, da so prejeli konkretno koristno pomoč, torej doživljajo najmanj osamljenosti, tesnobe, nemira, otožnosti in nesmisla.

Izstopa tudi, da ima koristna pomoč večji vpliv na duševno počutje kakor škodljiva, saj je prisotnost ali odsotnost koristne pomoči odgovorna za najvišje in najnižje rezultate, torej za najprijetnejše in najslabše počutje.

Z vidika duševnega zdravja je zanimivo tudi, da se je odsotnost koristne pomoči (pikčasti stolpec) pokazala kot bolj škodljiva od dejanske škodljive pomoči (črni stolpec). Več raziskav je že potrdilo (npr. Diener, Kuppens in Realo, 2008), da imajo na pozitivno doživljanje sveta večji vpliv pozitivne emocije kakor negativne – pozitivne emocije so pogoj za pozitivno doživljanje sveta ne glede na prisotnost negativnih. Pozitivne emocije lahko raztopijo negativne. Obratno – samo odsotnost negativnih emocij – pa ni dovolj za pozitiven pogled na svet.

Z vidika varovalnih dejavnikov je torej pomembna odprtost za prejetje koristne pomoči; večkrat že samo zavedanje prejemanja koristne pomoči lahko blagodejno vpliva na človekovo počutje. Dobri odnosi ali odprtost za prejetje nasvetov sta zelo neoprijemljiva pojma, a nakazujeta vpetost v širšo skupnost in zaznavanje delujoče solidarnosti.

5 KAM KAŽEJO SPOZNANJA O KORISTNI IN ŠKODLJIVI MEDČLOVEŠKI POMOČI?

Iz podatkov reprezentativne raziskave prebivalcev Slovenije, ki so stari 50 let in več, se je izluščilo nekaj spoznanj o doživljanju medčloveške pomoči, ki so

pomembni za kakovostno staranje, za nudenje in prejemanje dolgotrajne oskrbe v času starostnega pešanja ali bolezni in nasploh za solidarno sodelovanje ljudi v družini, službi in družbi.

1. Za človekovo psihosocialno trdnost je odločilno, da zavestno doživlja pomoč, ki jo prejema od drugih in mu omogoča življenje in razvoj – to je najizrazitejše spoznanje naše analize. Tistim, ki se zavedajo, da so bili od drugih deležni koristne pomoči, ne povzročajo hujše škode zavedanje, da so bili deležni tudi škodljivih vplivov drugih ljudi. Zdi se, da doživljanje veselja in hvaležnosti ob dobrem, ki ga je človek iz dneva v dan deležen od drugih, deluje v njegovi duševnosti kot pomladno sonce, ki sproti raztaplja sneg.
2. Usodna psihosocialna poškodba, ki preprečuje doživljanje sreče, smisla in drugih ugodnih duševnih počutij ter lepo medčloveško sožitje, je doživljajska otopelost, ko človek ne zaznava pomoči drugih – vrti se v navidezno samozadostnem krogu samega sebe in se v njem čedalje bolj seseda sam vase. To hudo psihosocialno motnjo je možno preprečevati samo z vseživljenjskim učenjem zavestne pozornosti na to, kar nam drugi naredijo dobrega – da to opazimo, se tega veselimo in smo za to hvaležni. To učenje se kaže kot glavna pot v kakovostno staranje in lepše sožitje, še posebej kot pogoj za ustrezno prejemanje in dajanje pomoči v dolgotrajni oskrbi.
3. Človekov razvoj za stvarno doživljanje koristne in škodljive pomoči od drugih sovpada zlasti z izobrazbo. Znano je, da izobraženost prinaša boljše materialne in socialne življenjske razmere, ki olajšajo celosten razvoj človeka; za dajanje in prejemanje medčloveške pomoči je odločilno ravnotežje med storitvenim in doživljajskim vidikom. Zgodovinske izkušnje kultur in današnje potrebe ljudi, spoznanja zadnjih generacij izjemnih mislecev, nevroznanstvena spoznanja in raziskovalni podatki o doživljanju sreče in smisla življenja kažejo, da doživljajski vidik vseživljenjskega učenja odločilno krepi individualizirano svobodo v dojemljanju in zadovoljevanju svojih potreb, svojih zmožnosti in možnosti v danem trenutku ter ustrezno doživljanje medsebojne soodvisnosti in pomoči.

Dobljene rezultate v tej raziskavi lahko primerjamo z dvema spoznanji iz raziskovanja doživljanja v 80-ih letih o poškodbah pri zasvojenem človeku in njegovih družinskih članih: z doživljajsko otopelostjo – pri njej človek ne zaznava koristne pomoči drugih – in z zagrenjenostjo, pri kateri pretirano doživlja svojo pomoč drugim in škodljiv vpliv drugih nase (Ramovš, 1990). Vzroki otopelosti so zlasti psihosocialna nerazvitost, otopevanje zaradi kakršnekoli vrste omamljanja ter možganske bolezni in poškodbe, vzroki zagrenjenosti pa narcistična naravnost, pri kateri človek ne razvija zmožnosti za solidarnost, izgorelost in psihosocialne motnje. S staranjem se doživljajska zagrenjenost, še zlasti pri ljudeh, ki imajo v življenju večjo socialno moč in storilnostno usmerjeno znanje, rada razvija v

smeri navidezne vitalnosti (Ramovš K., 2001), za katero je značilna slepota za koristno pomoč drugih.

Ob koncu naj poudariva, da so podatki v naši raziskavi subjektivno doživljanje prejete pomoči. Ob tem je treba imeti pred očmi, da je subjektivno tudi zaznavanje potrebe po pomoči in doživljanje njene ustreznosti; le v nekaterih primerih je potrebna »objektivna« zunanja presoja o tem (npr. ko je človek v nezavesti ali pri hudi duševni zmedenosti). Polpretekli sistem industrijske paradigme v institucionalni dolgotrajni oskrbi je s svojo pozornostjo na kakovost storitev sicer dajal videz, da so njegovi oskrbovalni standardi objektivna norma potreb oskrbovancev, toda te oskrbovalne storitve v institucijah ljudi ne zadovoljijo. Zato se danes dogaja razvoj v smeri odnosne oskrbe, ki odgovarja osebni zgodovini in subjektivnim potrebam oskrbovanca. V tej luči naša omejitve raziskave na subjektivno doživljanje prejete pomoči ne pomeni hujše omejitve njenih ugotovitev, njeni podatki pa odgovarjajo trendom v razvoju deinstitucionalizirane, na osebo usmerjene in odnosne oskrbe.

Pomembni pa sta dve drugi raziskovalni omejitvi.

Primerjava med našimi podatki o koristni pomoči in o škodljivi pomoči kaže, da so oni o škodljivi pomoči veliko šibkejši. Odgovori na zastavljeno vprašanje so nam sicer omogočili primerjave, za globlji vpogled v nesmiselno pomoč pa bi bilo potrebno izdelati boljše raziskovalno orodje.

V naslednji podobni raziskavi bi bilo poleg izkušenj o doživljanju prejete pomoči dobro zbrati tudi podatke o doživljanju svoje pomoči, ki so jo ljudje dajali drugim – njihovo stališče o tem, ka tera njihova pomoč je bila drugim koristna, katera pa škodljiva, bi bili tudi pomembni.

Čemu torej služijo spoznanja ob analizi izkušenj nad 50 let starih prebivalcev Slovenije o prejeti koristni in škodljivi pomoči?

Primerjave z informacijami o njihovi izobrazbi, spolu, zlasti pa o duševnem počutju ter bivanjskem doživljanju svojega smisla in srečnosti nam kažejo razvojno smer za osebno kakovostno staranje ter za sožitje in sodelovanje med ljudmi. Prav tako nam kažejo smer za razvijanje programov kakovostne pomoči, zlasti v dolgotrajni oskrbi. Ker je vsaka pomoč namenjena prejemniku, je za človeka, ki drugemu pomaga, odločilno, da mu nudi takšno pomoč, ki odgovarja potrebam tega človeka, ter da jo nudi na osebni človeški način. Za poklice, ki delajo z ljudmi in za ljudi (zlasti v dolgotrajni oskrbi in v programih za zdravo in kakovostno staranje) so to zelo pomembne informacije za kakovostnejše, uspešnejše in lažje delo.

Za zdravstvene, socialne in druge znanosti in stroke, ki delajo neposredno z ljudmi in za ljudi, so posebej kričeči podatki o deležu starajočih se prebivalcev Slovenije, ki se ne zavedajo, da bi v življenju prejeli kako pomoč od drugih ljudi – njihovo število nekajkrat presega obolele za demenco, slepe ali slabo gibljive. Pomislimo, koliko učinkovite metodike je bilo v zadnjih letih razvite za zdravljenje

in oskrbovalno pomoč ljudem s temi telesnimi ali duševnimi boleznimi: dvigala, vozila, fizioterapevtske metode, slušni aparati, validacija za komuniciranje s človekom, ki boleha za demenco ... Dejstvo, da stroke dosegajo osupljiv razvoj metod za ustrezno pomoč ljudem s telesnimi motnjami, medtem ko je veliko večja skupina z usodno socialno motnjo povsem ob strani strokovne pozornosti, opozarja kolikšna razvojna pot je še pred znanostjo, da bo enakopravno upoštevala opredelitev zdravja v ustavi Svetovne zdravstvene organizacije, ki daje enak poudarek telesni, duševni in socialni razsežnosti zdravja (WHO, 2005).

Zaostanek znanstvene pozornosti na raziskovanje socialnih bolezni – v našem primeru doživljajske in socialne otopelosti za medsebojno solidarno pomoč – se pokaže šele na svetlem ozadju razvoja preventive, zdravljenja in obvladovanja telesnih bolezni. Ko primerjamo strokovno pozornost na razvijanje metod za zdravljenje telesnih bolezni s pozornostjo na socialne bolezni, vidimo na eni strani inovativnega znanstvenika in na drugi prvošolčka. Po vplivu na človekovo srečnost, duševno zdravje in doživljanje smisla življenja pa sožitje in sodelovanje med ljudmi ne zaostaja za telesnim zdravjem. Zadovoljstvo in nezadovoljstvo v sožitju odločilno vplivata na duševno stanje, to pa na telesno zdravje (socio-psiho-somatika) – večina kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so glavni problem zdravja v starosti, bolj ali manj izvira od tod. Ugotovitve te raziskave so torej tudi spodbuda za znanstveni in strokovni razvoj na socialnem področju. Ko bomo na socialne bolezni enako pozorni ter jih enako dobro poznali in obvladovali kakor telesne, se bo sožitje in sodelovanje med ljudmi povzpelo v nesluten razvoj, skupaj z njim pa tudi duševno in telesno zdravje vseh, še posebej najstarejše generacije.

LITERATURA

- Bolte Taylor Jill (2009). *Kap spoznanja. Moja pot okrevanja po možganski kapi*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Bregman Rutger (2020). *Im grunde gut. Eine neue Geschichte der Menschheit*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Buber Martin (1999). *Dialoški princip*. 2. predelana in dopolnjena izdaja. Ljubljana: Društvo 2000.
- Dermota Valter (1970). *Rast k samostojnosti*. Ljubljana (razmnožil Vinko Furlan).
- Diener E., Kuppens P., Realo A. (2008). The Role of Positive and Negative Emotions in Life Satisfaction Judgment Across Nations. V: *Journal of Personality and Social Psychology* 95(1):66-75
- Frankl Viktor Emil (2014). *Volja do smisla*. Celje: Mohorjeva družba.
- Fromm Erich (2004). *Imeti ali biti*. Ljubljana: Vale-Novak.
- Guggenbühl-Craig Adolf (1997). *Pomoč ali premoč. Psihologija in patologija medčloveških odnosov pri delu z ljudmi*. Ljubljana: Fors, Založba Sophia.
- Imperl Franc (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co., Seniorprojekt.
- Janžekovič Janez (1977). Gabriel Marcel in njegovo delo. V: *Misleci. Izbrani spisi*, 3. zvezek. Celje: Mohorjeva družba, str. 66-157.
- Laing Ronald D. (1969). *Phänomenologie der Erfahrung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Laing Ronald D., Phillipson H. (1978). *Interpersonelle Wahrnehmung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Lukas Elisabeth (1989). *Psychologische Vorsorge. Krisenprävention und Innenschutz aus logotherapeutischer Sicht*. Freiburg im Breisgau: Herder.

- Kennedy, Q., Mather, M., and Carstensen, L. L. (2004). The role of motivation in the age-related positivity effect in autobiographical memory. V: *Psychol. Sci.* 15, 208–214.
- Mlakar Tjaša, Mravljak Andoljšek Veronika, Ramovš Jože, Ramovš Ksenija in Vujović Ana (2018). *Varno staranje. Priročnik za člane skupin*. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Moreno L. Jakob in T. Zerka (2000). *Skupine, njihova dinamika in psihodrama*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Picchi Mario (1995). *Projekt človek*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Ramovš Jože (1990). *Doživljanje, temeljno človekovo duhovno dogajanje*. Ljubljana: Založništvo slovenske knjige.
- Ramovš Jože, ured. (2013). *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Ramovš Jože (2020). *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje v sodelovanju s Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu in Alma mater Europaea.
- Ramovš Jože (2020a). Drugi mi pomagajo in jaz drugim. V: *Ognjišče*, št. 652, september 2020, str. 27.
- Ramovš Ksenija (2001). Analiza pogovorov s starimi ljudmi pri usposabljanju za osebno družabništvo. V: *Kakovostna starost*, letnik 4, št. 1/2, str. 15-36.
- Richter Horst-Eberhard (1974). *Lernziel Solidarität*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schmidbauer Wolfgang (1977). *Die hilflosen Helfer*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Spitzer Manfred (2018). *Einsamkeit: die unbekannte Krankheit – schmerhaft, ansteckend, tödlich*. München: Droemer Verlag.
- Starc Martina in Zabukovec Mateja (2013). Zadovoljstvo s svojim življenjem v luči življenjskih sprememb. V: Ramovš Jože, ured. *Staranje v Sloveniji. Raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, str. 99–117.
- Voljč Božidar (2012). *Stališča, potrebe in zmožnosti prebivalcev Republike Slovenije v starosti nad 50 let na področju zdravja in socialnega funkcioniranja* (136 strani); dostopno na: http://www.inst-antonatrstenjaka.si/repository/datoteke/projekti/Volj_ZDRAVJE_IN_ZDRAVSTVO_-_celota_18.3.2012.pdf#search=%22volj%C4%8D%22.
- Willi Jürg (1985). *Koevolution. Die Kunst gemeinsamen Wachsens*. Reinbek/Hamburg: Rowohlt.
- WHO (2005). *Basic Documents*. Geneva: World Health Organisation.
- Yghemonos Stecy, Ogrin Alenka in Ramovš Marta (2018). Neformalna oskrba kot politični izziv. V: *Kakovostna starost*, letnik 21, št. 2, str. 70–86.

Naslava avtorjev:

Jože Ramovš: joze@inst-antonatrstenjaka.si

Alen Sajtl: alen@inst-antonatrstenjaka.si

Sonja Hlebš

Fizioterapevtska merilna orodja za ocenjevanje mišično-kostne bolečine pri starejših

POVZETEK

Mišično-kostna bolečina je pogosta pritožba pri starejših. Za fizioterapevte je pomembno, da imajo primerna in ustrezna orodja za oceno bolečine pri starejših ljudeh kot začetni korak k učinkovitemu obvladovanju bolečine. V prispevku so predstavljene glavne vrste merilnih orodij za posameznikovo poročanje o svoji bolečini in za opazovanje resnosti bolečine pri starejših. Vizualno analogna lestvica, numerična lestvica, bolečinski termometer, ocenjevalna lestvica z obrazno mimiko in besedna ocenjevalna lestvica so orodja za poročanje o svoji bolečini, ki so se izkazala za zanesljiva, veljavna in sprejemljiva za uporabo pri starejših. Za starejše ljudi je značilna tudi velika razširjenost demence in drugih bolezni, ki imajo za posledico slabše kognitivne sposobnosti ali besedno sporazumevanje, zato so poleg protokolov za ocenjevanje svoje bolečine potrebni še protokoli za opazovanje bolečinskega vedenja. Ti vrednotijo bolj samozaznavanje prisotnosti / odsotnosti bolečine, kot pa intenzivnost ali resnost bolečine. Njihova uporaba se priporoča za spremljanje sprememb bolečinskega vedenja starejših v daljšem časovnem obdobju oziroma odzivov na zdravljenje. Večina ocenjevalnih lestvic opisanih v tem prispevku ni uradno prevedenih v slovenski jezik. Za ugotavljanje psihometričnih lastnosti je potrebno nadaljnje raziskovanje v slovenskem jeziku ter kulturi in ne le v angleščini.

Ključne besede: starejši ljudje, bolečina, ocenjevanje svoje bolečine, opazovanje, lestvice

AVTORICA

Mag. Sonja Hlebš je zaključila študij na Visoki šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani in na Fakulteti za organizacijske vede Kranj ter magistrirala na University of East London, Department of Rehabilitation Sciences, Združeno kraljestvo. Je višja predavateljica za rehabilitacijsko področje Fizioterapija. Zaposlena je na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani. Je avtorica in soavtorica znanstvenih ter strokovnih člankov objavljenih v domačih in tujih revijah. Njeni raziskovalni interesi zajemajo proučevanje normalnega delovanja gibalnega sistema za prepoznavanje funkcijskih izpadov zaradi začasno ali trajno okvarjenih struktur in proučevanje učinkov različnih fizioterapevtskih manualnih pristopov za zdravljenje okvar na gibalnem sistemu.

ABSTRACT

Measuring tools in physiotherapy for the assessment of musculoskeletal pain in older people

Musculoskeletal pain is a common complaint among older people. It is important for physiotherapists to have suitable and appropriate tools to assess pain in older people as the initial step towards effective pain management. This review covers the main types of self-assessment and observational assessment tools available to assess pain severity in elderly. The Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, Iowa Pain Thermometer, Facial Pain Scale, and Verbal Descriptor Scale are self-assessment tools that have been shown to be reliable, valid, and acceptable for use in older people. Older population is characterized by a high prevalence of dementia and other diseases that result in poor cognitive abilities or verbal communication, therefore, in addition to self-assessment protocols for pain assessment, the use of observational assessment protocols for pain behaviour is needed. Since many of observational protocols only detect the presence or absence of pain, rather than intensity and pain severity, these tools may be better used to monitor longitudinal changes in the increase or decrease of pain behaviours or for treatment responses. Many of the self-assessment and observational pain assessment instruments for older people presented in this review are not translated into Slovenian language. Further research in Slovenian language and culture rather in English is needed to establish psychometric properties.

Key words: older people, pain, self-assessment, observation, assessment tools

AUTHOR

Sonja Hlebš, MSc, BSc graduated from the Health Care Professionals University of Applied Sciences in Ljubljana and from the Organizational Sciences Faculty in Kranj and holds a master's degree from the University East London, Department Rehabilitation Sciences, United Kingdom. She is a senior lecturer in physiotherapy at the Faculty of Health Sciences in Ljubljana. She is the author or co-author of scientific and professional articles published in domestic and international journals. Her research areas include the study of normal musculoskeletal function to identify functional limitations due to temporarily or permanently impaired structures, as well as the study of the effects of different manual approaches of physiotherapy for the treatment of movement disorders.

1 UVOD

V današnjem času se staranju namenja posebna pozornost, saj mednarodne projekcije kažejo dramatično povečanje starejše populacije. Do leta 2030 naj bi bilo približno 8 milijonov ljudi starih 85 let ali več (Farell, 2004, str. 240). Leta 2060 naj bi bil vsak tretji prebivalec Slovenije star 65 let ali več, kar je posledica zmanjševanja rodnosti in zviševanja pričakovanega trajanja življenja (Medved in drugi, 2011). Bolečina je pogost problem pri starejših ljudeh, ki živijo v domačem okolju ali v ustanovah za subakutno in dolgotrajno oskrbo. Prisotnost akutne bolečine ostaja približno enaka skozi celotno življenjsko dobo odraslih, vendar se

razširjenost kronične bolečine povečuje s starostjo do sedmega desetletja življenja (Tse in drugi, 2011, str. 642). Čeprav je kronična bolečina pri starejših zelo razširjena, pa v literaturi o njeni razširjenosti različno poročajo. Raziskave kažejo, da 50 % odraslih prebivalcev starih 60 let ali več, ki živijo samostojno, doživlja bolečino, se pa to število poveča na 45 – 80 % v populaciji v domovih za starejše, kjer se analgetiki uporabljajo pri 40 % do 50 % stanovalcev (Ersek in drugi, 2004, str. 6). Brown in drugi poročajo (2011, str. 193) še o večjem odstotku in navajajo, da je več kot 90 % starejših, ki živijo samostojno, v zadnjem mesecu občutilo bolečino.

Kronična mišično-kostna bolečina je najpogostejše nemaligno onesposablja-joče stanje, ki prizadene vsaj enega od štirih starejših (Froncini in drugi, 2007, str. 167). Najbolj pogosta je v sklepkih zgornjih in spodnjih udov, zlasti v kolkah, kolenih in rokah ter je povezana z degenerativnimi spremembami ali artrozo (Morone in drugi, 2009, str.639). Vzrok so lahko tudi tendinitis, burzitis ter vnetne sklepne in mišične bolezni. Najpogostejša boleča mišično-kostna obolenja pri starejših so artroze, bolečine v križu, fibromialgija, kronične bolečine v ramenih in v kolenih, sindrom miofascialne bolečine ter mesta predhodnih zlomov (Yamada in drugi, 2011, str. 550). Vpliv kronične mišično-kostne bolečine je sklenjen krog neuporabe gibalnega sistema in upadanja telesne dejavnosti, ki posledično vodita do nadaljnjega zmanjšanja funkcioniranja in slabe kakovosti življenja (Cavalieri, 2002, str. 481). Več avtorjev je poudarilo medsebojno povezane težave, ki jih povzročajo neustrezno zdravljenje bolečine pri starejših. Posledice slabo obravnavane kronične mišično-kostne bolečine v tej populaciji so lahko strah pred gibanjem, zmanjšana premičnost, funkcionalna odvisnost, invalidnost, motena drža, tveganje za nastanek preležanin, atrofija mišic, povečano tveganje za padce in poslabšanje krhkosti (Cavalieri, 2002, str. 485; Won in drugi, 2004, str. 867).

Za fizioterapevtski pregled posameznika z mišično-kostno bolečino je pomembno ocenjevanje bolečine s pomočjo merilnih orodij za ocenjevanje bolečine, ki omogočajo sprotno vrednotenje in spremljanje učinkov terapije. Poznamo samoocenjevalne protokole ter protokole za oceno bolečine pri posameznikih, ki zaradi kognitivnih primanjkljajev bolečino sami težko ocenijo. Slednji temeljijo na opazovanju bolečinskih vedenj in vrednotenju bolečine s pomočjo opazovanja različnih bolečinskih pokazateljev. Za populacijo starejših ljudi je značilna večja prevalenca demence in drugih bolezni, ki imajo za posledico slabše kognitivne zmožnosti, zato je poleg samoocenjevalnih protokolov za ocenjevanje bolečine smiselna uporaba ocenjevalnih protokolov z opazovanjem. Namen prispevka je na podlagi pregleda literature prikazati najbolj pogosto uporabna merilna orodja za ocenjevanje intenzitete bolečine pri starejših ljudeh.

2 OCENJEVANJE BOLEČINE

Za ocenjevanje in ustrezno fizioterapevtsko obravnavo je pomembno, da znamo pravilno oceniti značilnosti bolečine in stopnjo nezmožnosti posameznika

zaradi bolečine. Rezultate ocenjevalnih protokolov kasneje uporabimo za sprotno spremljanje učinkov terapije na bolečino. Bolečina je vedno posameznikova subjektivna izkušnja. Najpogosteje je opredeljena kot neprijetna čutna ali čustvena izkušnja, povezana z resnično ali grozečo poškodbo tkiva. Širše jo lahko opredelimo kot kompleksen, večdimenzionalen nevropsihološki fenomen s številnimi dejavniki in čutnimi, čustvenimi, spoznavnimi ter vedenjskimi komponentami. Vzrok bolečine ni nujno poškodba tkiva in hkrati ni nujno, da vsako poškodbo tkiva spremlja bolečina. Določimo ji lahko intenzivnost, časovni potek, kakovost in osebno dožemanje. Oceniti je potrebno ali je bolečina akutna, kronična, prekinjajoča (intermitentna) ali kombinacija obeh ali vseh treh oblik. Začetna ocena naj vedno vključuje pet razsežnosti bolečine: mesto, intenzivnost, kakovost, sprožilne dejavnike in čas in trajanje bolečine. Vprašanja, ki jih postavimo za oceno določene komponente so predstavljena v tabeli 1.

Tabela 1: Ocena petih značilnosti bolečine (prirejeno po O'Rourke, 2004)

Značilnosti bolečine	Vprašanje
Mesto	Kateri del telesa vas boli? Ali lahko pokažete mesto bolečine? Ali vas boli na več mestih?
Intenzivnost	Koliko vas boli zdaj? Koliko vas je bolelo včeraj?
Kakovost	Kako bi opisali vašo bolečino? Kakšna je vaša bolečina?
Sprožilni dejavniki	Kaj povzroči vašo bolečino? Kaj povzroča večjo in kaj manjšo intenzivnost vaše bolečine?
Čas in trajanje bolečine	Kdaj boli? Koliko časa boli? Kakšne so časovne značilnosti bolečine?

V kategorijo trajanja bolečine spada akutna, kronična ali intermitentna bolečina. Akutna bolečina je navadno dobro umeščena in opisana in je pričakovan fiziološki odgovor na škodljive kemične, toplotne ali mehanične dražljaje, ki so navadno združeni s kirurškimi postopki, poškodbo ali akutno boleznijo (Carr in Goudas, 1999, str. 2051). Pridruženi so lahko znaki vzbujenja avtonomnega živčnega sistema, kar se kaže s povečano srčno frekvenco, pospešenim dihanjem, povišanim krvnim tlakom in razširjenimi zenicami. Lahko se pojavijo tudi spremljajoči znaki v obliki nemira, nezmožnosti koncentracije in strahu. Kronično bolečino posamezniki težje opišejo in umestijo. Pogosto je povezana z degenerativnimi boleznimi sklepov, revmatoidnim artritisom, kirurškimi posegi, poškodbami in težavami s hrbtenico (Goldberg in drugi, 2001, str. 3). Posledice kronične bolečine se kažejo na duševnem, telesnem, socialnem in duhovnem področju. So resne in številne ter vključujejo tudi depresijo, nezmožnost za opravljanje dnevnih dejavnosti, motnje socialnega življenja in slabšo kakovost življenja. Spremembe in odstopanja v procesu delovanja avtonomnega sistema so redke, bolj značilno kronično bolečino lahko spremlja depresija in spremembe v razpoloženju. Pri degenerativnih spremembah tkiva jo posamezniki opisujejo glodajočo, utrujajočo, ostro bolečino. Pri vnetnih spremembah pa žgočo, ostro, močno, pulzirajočo, trgajočo bolečino. Mišično in ligamentno bolečino občutijo

kot hladno, razpršeno ali trgajočo. Vzdraženje nociceptorjev v burzah ali kitah daje posamezniku občutek trgajoče in glodajoče bolečine. Žilno bolečino opisujejo kot občutek teže, napetosti, počasi naraščajočega pritiska ali mraza (Booker in Herr, 2016, str. 677; Sahin in Devrimsel, 2020, str. 15).

Prevladujejo trije načini ocenjevanja bolečine in vključujejo poročanje o svoji bolečini oziroma samoocenjevanje (lestvice, risbe, vprašalniki), opazovanje (vedenje, funkcija, obsegi gibljivosti) in fiziološke odgovore (npr. frekvenca srčnega utripa, frekvenca in globina dihanja, znojenje, mišični tonus). Idealna bi bila ocena, ki bi združevala poročanje o svoji bolečini in enega ali več drugih načinov. Fizioterapevti moramo spraševati o bolečini, poročanje pacienta o svoji bolečini pa mora biti prvi korak ocenjevanja bolečine. Ocenjevanje bolečine je in mora biti vedno subjektivno, saj lahko le posameznik sam oceni značilnosti svoje bolečine. V starosti je zaradi kognitivnih primanjkljajev poročanje pacientov o svoji bolečini pogosto oteženo. V takšnih primerih je primernejše subjektivno opazovanje posameznika. Pozorni smo na bolečino vezane vzorce obnašanja (gibanje, obrazna mimika, grimase obraza, zatiskanje oči, neartikulirani glasovi, preklinjanje, klicanje na pomoč, agresivno vedenje, zapiranje vase, spremembe pri že dalj časa ustaljenih opravilih, povečana zmedenost, položaj telesa) in fiziološke kazalce bolečine, ki se kažejo kot povišana srčna frekvenca, krvni tlak, frekvenca dihanja, znojenje in glasno dihanje (Williamson in Hoggart, 2005, str. 804).

3 FIZIOTERAPEVTSKA MERILNA ORODJA ZA OCENJEVANJE MIŠIČNO-KOSTNE BOLEČINE PRI STAREJŠIH LJUDEH

Zaradi dobrih psihometričnih lastnosti, avtorji priporočajo uporabo naslednjih merilnih orodij za ocenjevanje bolečine mišično-kostnega izvora pri starejših ljudeh (Wong in drugi, 2017, str. 9).

3.1 PROTOKOLI ZA POROČANJE O SVOJI BOLEČINI

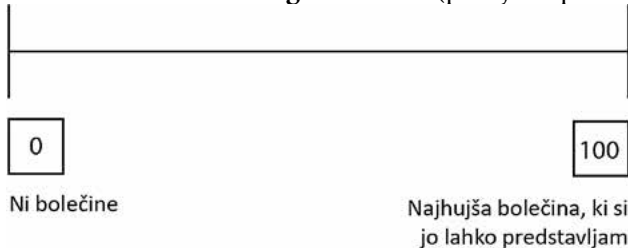
3.1.1 Vizualna analogna lestvica intenzivnosti bolečine (VAL-IB) – angl.

Visual Analogue Scale (VAS)

Vizualna analogna lestvica (slika 1) je sprva nastala na področju psihologije za oceno počutja. Kasneje je bila prilagojena za ocenjevanje intenzivnosti bolečine, zato jo lahko s kraticami označimo VAL-IB (Herr in Mobility, 1993, str. 40). Lestvico predstavlja 10 cm dolga daljica, intenziteta bolečine narašča od leve proti desni strani daljice. Na začetku daljice naj bo oznaka »ni bolečine«, na koncu pa oznaka »najhujša bolečina, ki so jo lahko predstavljam«. Daljica naj bo, razen začetka in konca, brez oznak. Pred začetkom ocenjevanja pacienta opozorimo katero časovno obdobje prisotne bolečine ocenjujemo (trenutna bolečina, bolečina ponoči, bolečina ob aktivnosti). Pacient lahko na več načinov določi intenziteto svoje bolečine. Uporablja se označevanje točke s svinčnikom, premik drsnika

po lestvici ali uporaba programa za ocenjevanje na tabličnem računalniku. Po pacientovi oceni preiskovalec izmeri razdaljo v milimetrih od začetne točke do točke, ki jo je določil pacient. Izmerjena razdalja pomeni intenzivnost bolečine. Priporoča se, da ima pacient pri drugem ali vsakem naslednjem ocenjevanju vpogled v prejšnje ocene. S tem lahko zmanjšamo napako trenutnega ocenjevanja. Pomembno je, da vedno ocenjujemo z enako lestvico in na enak način. Težave pri ocenjevanju imajo lahko starejši s kognitivnim primanjkljajem. Opaziti je odstopanja pri pacientih po preboleli možganski kapi zaradi enostranskega zanamaranja, slabe pozornosti in slabših ročnih spretnosti. VAL-IB splošno velja za zelo ponovljivo in zanesljivo merilno orodje pri vseh osebah, razen pri tistih s kognitivnim primanjkljajem. Izsledki raziskav so pokazali, da ima lestvica VAL-IB znatno slabšo ponovljivost (okrog 20 %) med starejšimi v primerjavi besedno ocenjevalno lestvico (Horgas in drugi, 2009, str. 130).

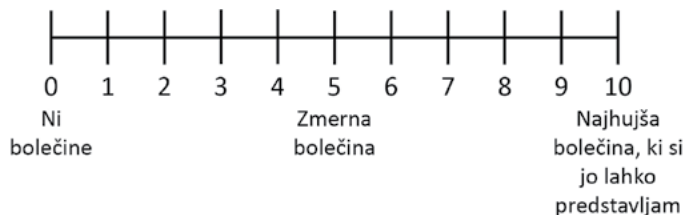
Slika 1: Vizualna analogna lestvica (prirejeno po Herr in Mobility, 1993)



3.1.2 Številčna ocenjevalna lestvica – angl. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Številčna ocenjevalna lestvica (slika 2) je merilno orodje za oceno intenzivnosti bolečine. Čeprav obstaja več različic te lestvice, se najpogosteje uporablja 11-stopenjska številna lestvica in je različica VAS. Lestvico predstavlja daljica, intenziteta bolečine narašča od leve proti desni strani. Na začetku daljice je število 0 z oznako «ni bolečine», na koncu pa število 10 in oznaka »najhujša bolečina, ki si jo lahko predstavljam«. Vmesna ocena s številom 5 kaže na zmerno bolečino. Med začetno in končno oznako so nanizana števila od 1-9. Način uporabe tega ocenjevalnega protokola je lahko usten ali grafičen. Pri ustnem načinu vprašamo: »Ocena 0 pomeni, da ne čutite bolečine in ocena 10 pomeni, da čutite najhujšo možno bolečino, ki si jo lahko predstavljate. S katerim številom bi opisali intenziteto vaše bolečine?«. Pri grafičnem načinu ocenjevanja pacient s svinčnikom zariše ali s prstom pokaže na točko, ki opisuje intenziteto občutene bolečine. Ocenjevanje s tem protokolom je hitro, traja največ minuto. Uporaba tega ocenjevalnega protokola pri starejših je pokazala visoko ponovljivost ($r = 0,96$) in veljavnost ($r = 0,86-0,95$), tudi pri pacientih z kognitivnimi okvarami (Ferraz in drugi, 1990, str. 1024; Rodriguez, 2001, str. 40; Williamson in Hoggart, 2005, str. 802; Hawker, 2011, str. 250).

Slika 2: Številčna ocenjevalna lestvica (prirejeno po Ferraz in drugi, 1990)



3.1.3 Bolečinski termometer – angl. Iowa Pain Thermometer (IPT)

Grafični prikaz v obliki narisane termometra (slika 3) omogoča posamezniku lažje oceniti intenziteto bolečine. Barva in opis bolečine se spreminjata na risbi od spodaj navzgor. Na dnu lestvice je opisano stanje brez bolečine, na vrhu pa najmočnejša bolečina, ki si jo posameznik lahko predstavlja. Dodatne možnosti med skrajno spodnjo in skrajno zgornjo točko so namenjene za izboljšanje občutljivosti ocenjevalne lestvice. V primerjavi z VAS besedno ocenjevalno lestvico in lestvico ocenjevanja z mimiko obrazov, se je IPT izkazal za najbolj ponovljivega in zanesljivega pri uporabi; je dobra izbira za mejenje intenzitete bolečine za starejše in mlajše, vključno za posameznike z blagimi do zmernimi kognitivnimi okvarami (Herr in drugi, 2007, str. 598). Rezultati so sicer pokazali, da je verjetnost, da posameznik zna oceniti svojo bolečino z lestvicami VAS, NRS in IPT z napredovanjem starosti nižja, vendar so avtorji ugotovili močne ter statistično značilne povezave ($r = 0,80-0,95$; $p < 0,001$; Bergh in drugi, 2001, str. 360).

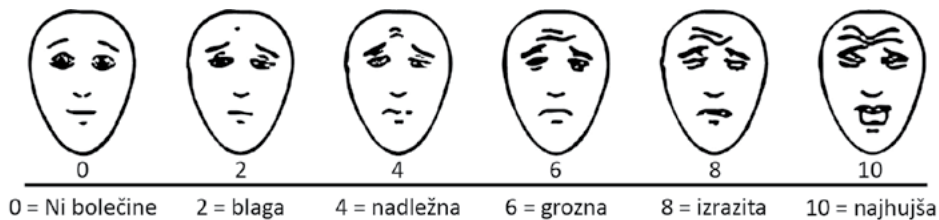
Slika 3: Bolečinski termometer (prirejeno po Herr in drugi, 2007)



3.1.4 Ocenjevalna lestvica z obrazno mimiko – angl. *Facies Pain Scale (FPS)*

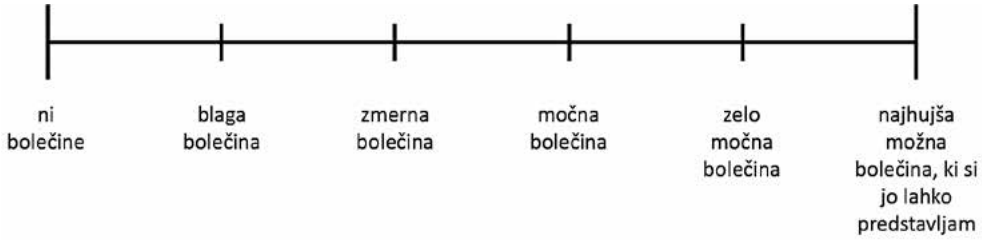
Posameznik oceni intenziteto bolečine na podlagi sličic, na katerih so prikazani različni obrazni izrazi (slika 4). Obrazi kažejo koliko bolečine ali nelagodja nekdo čuti. Obraz na levi ne kaže bolečin. Vsak obraz kaže vedno več bolečin, zadnji obraz pa najhujšo možno bolečino. Pacient pokaže na obraz, ki kaže, kako hudo bolečino ima zdaj. S točkovanjem posameznik oceni izbrani obraz kot 0, 2, 4, 6, 8 ali 10, od leve proti desni, tako da je 0 = »brez bolečine« in 10 = »najhujša možna bolečina«. Preiskovalec nato ovrednoti intenziteto bolečine s številom, ki je zapisano pod izbranim obraznim izrazom. Pri primerjavi veljavnosti in ponovljivosti FPS, IPT, NRS in besedne ocenjevalne lestvice so avtorji ugotovili najnižje povezave med FPS in navedenimi lestvicami (veljavnost $r = 0,56-0,90$; ponovljivost $r = 0,77-0,89$), kar kaže na to, da FPS meri tudi druge razsežnosti doživljanja bolečine starejšega (npr. vpliv na razpoloženje, neprijetnost prisotne bolečine). Lestvica FPS se je izkazala za bolj prednostno uporabno v primerjavi z NRS pri pacientih z zmanjšanimi kognitivnimi sposobnostmi (Jowers in drugi, 2006, str. 117; Jackson in drugi, 2006, str. 580).

Slika 4: Ocenjevalna lestvica z obrazno mimiko (prirejeno po Jackson in drugi, 2006)



3.1.5 Besedna ocenjevalna lestvica – angl. *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

Lestvico sestavlja daljica, razdeljena na več intervalov označenih s pridevniki o intenzivnosti bolečine (slika 5). Stopnja intenzivnosti narašča od leve proti desni. Začetno in končno polje označujeta skrajnost intenzivnosti (0 = »ni bolečine« na začetnem polju in »najhujša možna bolečina, ki si jo lahko predstavljam«, na koncu daljice). Vmesna polja označujejo postopno naraščanje bolečine. Pacient sam prebere oznake vseh polj ali mu jih prebere preiskovalec in nato izbere tisti pridevnik, ki najbolje opisuje njegovo bolečino. Kritika metode točkovanja intervalov na lestvici je, da je velikost intervala med pridevniki enak. Interval med bolečino in blago bolečino je lahko precej manjši od tistega med zmerno in hudo bolečino, vendar se interval šteje kot da je razlika enakovredna. Lestvica VDS je primerna za paciente, ki so sposobni besednega sporazumevanja, ker starejši lažje razložijo ali izrazijo svojo bolečino in ocenijo intenzivnost bolečine z besedami. Primerna je za ocenjevanje tudi pri starejših s kognitivnim primanjkljajem (Herr in drugi, 2007; Muhammad Amirul in drugi, 2020, str. 65). Lestvica dobro ponovljivost in veljavnost pri uporabi za starejše (Herr, 2011).

Slika 5: Besedna ocenjevalna lestvica (prirejeno po Herr in drugi, 2007)

3.2 OPAZOVALNI OCENJEVALNI PROTOKOLI

Čeprav je poročanje o svoji bolečini zlati standard ocenjevanja bolečine, je pri starejših pogosto oteženo. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci pozorno opazujejo pacientovo vedenje med pregledom, zdravstveno nego ali rehabilitacijo. Pri pacientih z diagnozo npr. afazije po možganski kapi ali demence pa pogosto prihaja do težav pri poročanju o občutkih intenzitete bolečine. Zdravstveni delavci morajo zato dosledno opazovati posameznike in prepoznati tiste, ki imajo potencialne ali obstoječe kognitivne motnje. Posebna pozornost naj se nameni tistim, ki imajo v svoji družinski anamnezi diagnozo demence, težave pri besednem sporazumevanju in so stari več kot 85 let, saj je pri tej starosti prevalenca demence več kot 50 odstotno (Wong in drugi, 2017, str. 10). Večina v nadaljevanju opisanih opazovalnih ocenjevalnih protokolov vrednoti bolj samozaznavanje prisotnosti oz. odsotnosti bolečine kot pa intenzivnost ali resnost bolečine. Njihova uporaba se priporoča za spremljanje sprememb bolečine skozi daljše časovno obdobje (npr. povečanje ali zmanjšanje bolečinskega vedenja) oziroma odzivov na zdravljenje. Ne glede na to da z opazovalnimi protokoli lahko ocenimo bolečinsko vedenje pacienta, ki kaže na prisotnost bolečine, mora biti izvor bolečine ugotovljen z natančnim kliničnim pregledom. V nedavno objavljenih raziskavah se priporoča vsaj 24 opazovalnih merilnih orodij za ocenjevanje bolečine pri starejših z oteženim ali odsotnim besednim sporazumevanjem (Prkachin in drugi, 2014, str. 1220), najbolj pogosto uporabljena pa so opisana v nadaljevanju.

3.2.1 Kontrolni seznam nebesednih bolečinskih kazalnikov – *angl. Checklist of Non-verbal Pain Indicators (CNPI)*

Opazovalna tabela (tabela 2) vsebuje šest kategorij: besedno izražanje, glasovno izražanje, obrazni izraz, varovalni položaji, nemirnost in drgnjenje bolečega mesta. Posamezno kategorijo nato razdelimo še na dve kategoriji: bolečina v mirovanju in med gibanjem. Preiskovalec opazuje vedenje pacienta med mirovanjem ali gibanjem. Posamezno kategorijo vedenja nato oceni z oceno 0, če vedenje ni prisotno. Z oceno 1 oceni kakršno koli zaznano spremembo v vedenju. Oceno 3 zapiše, kadar je določeno vedenje, ki nakazuje na prisotnost bolečine, prisotno tako v mirovanju kot med gibanjem. Skupni rezultat 0 pomeni, da pri nobenem

gibu ali v mirovanju ni bilo opaženo vedenje, ki nakazuje na bolečino. Skupni rezultat 5 bi bil dosežen, če bi opazili vse kazalnike bolečine, vendar le pri opazovanju med gibanjem. Skupni rezultat 10 bi bil dosežen, če bi bili vsi kazalniki bolečine opaženi v mirovanju in med gibanjem. Uporaba slednjega ocenjevalnega protokola se je izkazala za zanesljivo in veljavno orodje za ocenjevanje pri starejših z akutno ali kronično bolečino in pri odraslih ljudeh z demenco (Feldt, 2000).

Tabela 2: Kontrolni seznam nebesednih bolečinskih kazalnikov (prirejeno po Feldt, 2000)

bolečinski kazalnik	med gibanjem	v mirovanju	skupaj
besedno izražanje (uporabi izraze: av, to boli, ustavi se, dovolj je)			
glasovno izražanje (momlja, joka, vzdihuje, sope)			
obrabi izrazi (stiska ustnice, guba čelo, stiska obrvi, stiska zobe)			
varovalni položaji (močno se drži za boleč predel telesa ali posteljo, stol)			
nemirnost (Spreminja položaj telesa, giba rok, težko se umiri)			
drgnjenje bolečega mesta (se dotika, drgne ali masira boleče mesto)			
skupaj			

3.2.2 Ocena bolečine pri napredovani demenci – angl. *The Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)*

Pri diagnozi napredovane demence so kognitivne sposobnosti pacientov zelo zmanjšane. V ta namen se je razvila ocenjevalna lestvica, ki fizioterapevtu in tudi drugemu zdravstvenemu osebju omogoča oceno bolečine pri teh pacientih (tabela 3). Lestvica je razdeljena v pet razdelkov: od vokalizacije neodvisno dihanje, negativna vokalizacija, obrazni izraz, govorica telesa in utolažljivost. Vsak posamezni razdelek lahko opazovalec oceni z najmanj nič in največ dvema točkama. Pred ocenjevanjem se priporoča, da preiskovalec pacienta najprej opazuje vsaj pet minut. Opazujemo ga med gibanjem, v mirovanju, med izvajanjem zdravstvene nege ali pred in po uporabi protibolečinskih zdravil. Skupna ocena se giblje od 0 do 10 točk. Možno tolmačenje rezultatov je: 1-3 = blaga bolečina; 4-6 = zmerna bolečina; 7-10 = huda bolečina (Warden in drugi, 2003, str. 9). Organizacija za nacionalno sodelovanje za obravnavo bolečine v domovih za starejše (angl. The National Nursing Home Pain Collaborative) priporoča PAINAD v klinični praksi, predvsem v negovalnih domovih za starejše. Lestvica dobro zazna prisotnost ali odsotnost bolečine in stopnjo spreminjanja vedenja, težje pa je z njo natančno določiti intenziteto bolečine. Zaradi majhnega števila neposrednih bolečinskih kazalnikov v posameznih razdelkih lestvica ne zazna pristnosti bolečine pri osebah z manj očitnimi spremembami vedenja, tako da

je lahko intenziteta bolečine pri teh posameznikih nepravilno ocenjena ali celo podcenjena. Rezultate opazovanja vedenja je potrebo upoštevati v povezavi s poznavanjem obstoječih bolečinskih stanj pri posamezniku ali pridobiti informacije o bolečinskem vedenju od nekoga (npr. svojci, skrbniki), ki osebo pozna. Lestvica ima visoko stopnjo ponovljivosti ($r = 0,80-0,97$), zanesljivosti ($r = 0,90$) in veljavnosti ($r = 0,56-0,90$) (Wong in drugi, 2017, str. 12)

Tabela 3: Ocena bolečine pri napredovani demenci (prirejeno po Warden in drugi, 2003)

ocena	0	1	2
od vokalizacije neodvisno dihanje	normalno	občasno težavno dihanje, kratke dobe intenzivnejšega dihanja	zelo glasno dihanje, dolga obdobja intenzivnejšega dihanja
negativna vokalizacija	brez	občasno stokanje, ječanje; tišji govor, z negativnim značajem ali nestrinjanjem	ponavljajoči klici na pomoč, jokanje, ječanje, glasno stokanje
obrazni izraz	zmožen smejanja; ni posebnega izraza	žalosten, prestrašen, nagubano čelo	obrazne grimase
govorica telesa	sproščena	napeta, neenakomerno pospeševanje. živčnost.	napeta, stisnjene pesti, kolena pritegnjena k telesu, odiranje ali pritegovanje k sebi, udarjanje
utolažljivost	ni potrebe	utolažljivost z glasom ali dotikom, usmerjanje pozornosti drugam	utolažljivost ni možna, usmerjanje pozornosti drugam ni možno
skupaj:			

3.2.3 Abbey lestvica ocenjevanja bolečine – angl. *Abbey Pain Scale (APS)*

Lestvica je bila prvotno razvita za ocenjevanju bolečine pri pacientih z zelo napredovano demenco pri paliativni oskrbi (Abbey in drugi, 2004, str. 6) z namenom merjenja in vrednotenja učinkovitosti vsakršnih postopkov za lajšanje bolečine. Lahko se uporablja tudi pri pacientih z zelo slabim ali odsotnim besednim ali telesnim sporazumevanjem pri drugih terminalnih zdravstvenih stanjih. Na podlagi opazovanja pacienta in poznavanja njegovega vedenja med premikanjem pri oskrbi (npr. ko zdravstveni delavec ali oskrbovalec opravlja osebno nego pacienta, oskrbo preležanin, pomaga pri menjavi položajev v postelji) in pacientove anamneze, opazovalec oceni pacientovo vedenje s pomočjo šestih vprašanj na lestvici z eno izmed štirih točk (odsotno = 0, blago = 1, zmerno = 2, hudo = 3). Ocenjuje se vokalizacija, izražanje obraza, sprememba v telesnem obnašanju, sprememba vedenja, fiziološke in telesne spremembe (tabela 4). Rezultati ocenjevanja se na koncu povzamejo in seštejejo. Skupni seštevek 0-2 kaže na to, da je bolečina odsotna, 3-7 pomeni blago bolečino, 8-13 zmerno bolečino in 14 ali več označuje hudo bolečino. Zabeleži se tudi ali je bolečina akutna, kronična ali akutna in kronična. Rezultati so pokazali, da se je z APS lestvico po učinkovitem postopku za lajšanje bolečin zaznalo zmanjšanje bolečine za več kot

za polovico, kar kaže na njeno dobro občutljivost (Abbey in drugi, 2004, str. 9). Ocena bolečine se ponovi največ eno uro po kakršnikoli protibolečinski terapiji.

Tabela 4: Abeey lestvica za ocenjevanje bolečine (prirejeno po Abeey in drugi, 2004)

V1: vokalizacija (momljanje, vzdihovanje, jok)			
odsotno 0	blago 1	zmerno 2	hudo 3
V2: obrazni izraz (obrazne grimase, prestrašen pogled, izgled napetosti)			
odsotno 0	blago 1	zmerno 2	hudo 3
V3: spremembe v telesnem obnašanju (zibanje, varovanje bolečega predela)			
odsotno 0	blago 1	zmerno 2	hudo 3
V4: spremembe vedenja (zmedenost, zavračanje hrane, spremenjeni vzorci vedenja)			
odsotno 0	blago 1	zmerno 2	hudo 3
V5: telesne spremembe (poškodbe kože, preležanine, kontrakture, prejšnje poškodbe)			
odsotno 0	blago 1	zmerno 2	hudo 3
V6: fiziološke spremembe (zardevanje, povišana telesna temperatura, pulz)			
odsotno 0	blago 1	zmerno 2	hudo 3
skupaj			
skupni seštevek števila točk:			
0-2 ni bolečine	3-7 blaga bolečina	7-13 zmerna bolečina	14+ močna bolečina
trajanje bolečine:			
akutna	kronična	akutna+kronična	

3.2.4 Doloplus-2 lestvica ocenjevanja bolečine – *The Doloplus-2*

Ocennevalno lestvico Doloplus je leta 1992 uvedel Bernard Wary (www.doloplus.fr/index.php) in je bila prvotno 15 mestno klinično orodje za ocenjevanje bolečine pri starejših ljudeh s kognitivnim primanjkljajem. Temelji na merilnem orodju za vedenjsko oceno bolečine, ki so ga razvili za otroke z neoplastičnimi boleznimi (angl. The Douleur Enfant Gustave Roussy Scale). Doloplus lestvico je leta 1995 izpopolnila švicarsko-francoska mreža geriatričnih strokovnjakov in jo poimenovala Doloplus-2. Psihometrične lastnosti lestvice so bile obsežno preizkušene, lestvica velja za zanesljivo ($r = 0,67-0,97$), ponovljivo ($ICC = 0,96$) in veljavno ($r = 0,72$) (Rostad in drugi, 2017, str. 2). Ocenjuje bolečino pri starejših s težavami pri besednem sporazumevanju na podlagi bolečinskih vedenj oziroma pacientovih odzivov na bolečino s pomočjo treh podlestick: somatskega, psihomotoričnega in psihosocialnega odziva na bolečino. Somatski odziv na bolečino določa pet elementov: somatske pritožbe, zaščitne telesne drže v mirovanju, zaščita bolečih predelov, obrazni izrazi in motnje spanja. Psihomotorični odziv na bolečino določata dva elementa: osebno nego in/ali oblačenje (npr. sposoben je opravljati običajno osebno nego, sposoben je opravljati običajno

osebno nego počasi, vendar v celoti) in mobilnost (npr. običajne sposobnosti in dejavnosti so nespremenjene, pacient se izogiba določenim gibom, pacientova prehojena razdalja se zmanjšuje). Psihosocialni odziv na bolečino določajo trije elementi: komunikacija, družabno življenje in spremembe vedenja. Posamezni elementi v podlestvicah ocenijo z najmanj 0 in največ 3 točkami, naraščanje intenzitete bolečine se povečuje od 0 proti 3. Ocenjevanje traja od 5 do 10 minut. Ponovna ocena naj se opravi vsaj dvakrat na dan, dokler bolečina ni zmanjšana ali odpravljena (Lefebvre-Chapiro, 2001, str. 192). Skupni rezultat lestvice se lahko giblje od 0 do 30. Ocena podlestvice somatskih odzivov se giblje od 0 do 15, podlestvice psihomotoričnih odzivov od 0 do 6 in podlestvice psihosocialnih odzivov od 0 do 9. Če ocenjevalec oceni, da je posamezen element v podlestvici neprimeren za oceno, se ga ne oceni. Skupna ocena 5 ali več kaže na prisotnost bolečine (Lefebvre-Chapiro, 2001, str. 192-3).

3.2.5 Ocenjevalni protokol za osebe z odsotnim sporazumevanjem – angl.

Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)

Protokol je namenjen ocenjevanju bolečine pri posameznikih, ki niso sposobni besednega sporazumevanja. Največkrat se uporablja pri pacientih z demenco. Ocenjevanje bolečine temelji na opazovanju bolečinskih vedenj med izvajanjem zdravstvene nege ali v mirovanju, namenjena pa je predvsem negovalnemu osebju (Snow in drugi, 2004, str.240). Ocenjevalno orodje ima štiri razdelke. V prvem razdelku ocenjevalec opazuje bolečinsko vedenje med opravljanjem dnevnih dejavnosti (ležanje v postelji, obračanje v postelji, transfer, sedenje, sedanje, oblačenje, slačenje, hranjenje, vstajanje, hoja, kopanje). Opazovalec za vsako od kategorij vpiše, ali je starejši določeno dejavnost opravil sam ali z pomočjo negovalnega osebja ter ali je pri izvajanju dejavnosti opazil kakršno koli bolečinsko vedenje. Odgovore označi s križcem pod možnost DA ali NE. V drugem razdelku opazovalec opazuje vidne ali slušne bolečinske odzive pacienta. Ta vključujejo besedno izražanje bolečine („au“), obrazno mimiko, ki kaže na bolečino, drgnjenje bolečega mesta, nebesedne glasovne odzive na bolečino (jok, momljanje), podpiranje bolečega mesta ter nemirnost. Opazovalec v posamezni kategoriji označi prisotnost določenega vedenja z DA ali NE ter za vsako vedenje določi intenziteto bolečine, ki jo opazuje. Intenziteto določi s pomočjo šest stopenjske Likertove številčne lestvice, na kateri 0 pomeni, da bolečina ni prisotna, z oceno 5 pa označi najvišjo intenziteto prisotne bolečine. Tretji razdelek prikazuje obris človeškega telesa, na katerega opazovalec z križcem označi boleče mesto. V kolikor ima pacient na telesu poškodbe kože, jih opazovalec označi s krožcem na mestu, kjer jih opazi. V četrtem razdelku opazovalec na bolečinskem termometru označi intenziteto bolečine, ki je prisotna med opravljanjem zdravstvene nege. Uporaba diagramov in slik omogoča ocenjevalcu enostavno razumevanje in uporabo. Ker je bil NOPPAIN prvotno razvit za opazovanje bolečinskih vedenj pacientov pri izvajanju nege, ga ne bi smeli uporabljati kot

merilno orodje za oceno bolečine kot take, temveč kot orodje za zbiranje podatkov o opažanjih o možni bolečini, kar bi prispevalo k celoviti klinični oceni pacienta (Snow in drugi, 2004, str. 245). Nacionalna organizacija za obravnavo bolečine v domovih za starejše je potrdila učinkovitost uporabe tega ocenjevalnega protokola, a hkrati poroča o morebitni preobsežnosti ocenjevalnega postopka, kar bi lahko oviralo njegovo klinično uporabnost (Herr, 2011, str. 3).

3.2.6 Kontrolni seznam za oceno bolečine za starejše z zmanjšano zmožnostjo sporazumevanja – angl. *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)*

Ameriško geriatrično združenje je opisalo seznam domen, ki so pomembne pri ocenjevanju bolečine pri starejših z demenco. Ocenjevalna lestvica PACSLAC je razdeljena v štiri kategorije, ki skupno ocenjujejo 60 bolečinskih vedenj. Kategorije so razdeljene na obrazne izraze, telesne dejavnosti in gibanje, spremembe osebnosti in počutja ter fiziološke spremembe, spremembe hranjenja in spanja. Izsledki raziskav so pokazali, da redna uporaba te lestvice vodi do izboljšanja praks zmanjševanja bolečine (Ellis-Smith in drugi, 2016, str. 38). Klinične smernice Ameriškega združenja geriatrov so jo ocenile kot eno najmočnejših psihometričnih orodij za razlikovanje med bolečinskimi in nebolečinskimi stanji pri pacientu (Aubin in drugi, 2007, str. 195). V zadnjem času je bil PACSLAC posodobljen, imenovan je PACSLAC II (Chan in drugi, 2014, str. 816), po obsegu je krajši in bolj specifičen. Vključuje oceno le 31 bolečinskih vedenj. Odstranjena so bolečinska vedenja, ki bi se v klinični praksi lahko pokrivala z znaki delirija. Ocenjevanje traja približno pet minut. Avtorji so poročali, da ima posodobljena oblika vprašalnika izboljšano sposobnost razlikovanja med bolečinskimi in ne bolečinskimi stanji in ohranjeno klinično uporabnost v primerjavi s starejšo različico.

4 SKLEPNE MISLI

Zaradi upada večine telesnih funkcij v starosti so starejši ljudje bolj nagnjeni k nastanku različnih obolenj, pojavlja se sočasna prisotnost več bolezenskih stanj, kar lahko vpliva na razvoj in pojav mišično-kostnih bolečin. Kadar so starejši zmožni sami oceniti svojo bolečino, je priporočljivo uporabljati protokole za samoocenjevanje bolečine, saj je bolečina subjektivna izkušnja in posameznik sam najlažje oceni svoje doživljanje. V primerih, ko starejši odrasli nimajo več sposobnosti izražanja oziroma so kognitivni primanjkljaji tako izraziti, da ocena svoje bolečine ni mogoča, je primerno bolečino oceniti s pomočjo opazovalnih protokolov. Pomembno je, da zdravstveni delavci dobro poznamo postopke ocenjevanja ter možnosti, ki jih lahko uporabimo kadar je samoocenjevanje bolečine oteženo. Večina ocenjevalnih lestvic opisanih v tem prispevku ni uradno prevedenih v slovenski jezik. Potrebno bi bilo prevedeti v slovenski jezik vsaj

del ocenjevalnih protokolov, ki so po poročanju avtorjev v literaturi glede na psihometrične lastnosti ustrezni za ocenjevanje bolečine pri starejših ljudeh ter preizkusiti njihove psihometrične lastnosti.

LITERATURA

- Abbey Jennifer, Neil Piller, Anita De Bellis, Adrian Esterman, Deborah Parker, Lynne Giles, Belinda Lowcay (2004). The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. V: *International Journal of Palliative Nursing*, letnik 10, št.1, str. 6–13.
- Aubin M, Giguère A, Hadjistavropoulos T, Verreault R (2007). The systematic evaluation of instruments designed to assess pain in persons with limited ability to communicate. V: *Pain Research Management*, št.12, str. 195–203.
- Bergh, Indgrid, Sjöström, B, Odén, A. Steen B. (2001). Assessing pain and pain relief in geriatric patients with non-pathological fractures with different rating scales. V: *Aging Clinical and Experimental Research*, št. 13, str. 355–61.
- Booker Staja Q, Keela A. Herr (2016). Assessment and measurement of pain in adults in later life. V: *Clinical Geriatric Medicine*, letnik 32, št. 4, str. 677–92.
- Brown T. Sylvia, Mary K. Kirkpatrick, Melvin S. Swanson, Ila Leigh McKenzie (2011). Pain experience of the elderly. V: *Pain Management Nursing*, letnik 12, št.4, str. 190–6.
- Carr B. Daniel, Leonidas C. Goudas (1999). Acute pain. V: *Lancet*, letnik 353, št. 6169, str. 2051–8.
- Cavalieri A. Thomas. Pain management in the elderly (2002). V: *Journal of the American Osteopathic Association*, letnik 102, št. 9, str. 481–5.
- Chan Sarah, Thomas Hadjistavropoulos, Jaime Williams, Amanda Lints-Martindale (2014). Evidence-based development and initial validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate-II (PACSLAC-II). V: *Clinical Journal of Pain*, letnik 30, št. 9, str. 816–24.
- Ellis-Smith Clare, Evans J. Catherine, Bone E. Anna, Henson A. Lesley, Dzingina Mendwas, Kane M. Pauline, Higginson J. Irene, Daveson A. Barbara (2016). Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: a systematic review. V: *BMC Medicine*, letnik 4, št. 1, str. 38.
- Ersek Mary, Judith A. Turner, Kevin C. Cain, Carol A. Kemp (2004). Chronic pain self-management for older adults: a randomized controlled trial. V: *BMC Geriatric*, 30. julij, št. 7, str. 4–7.
- Feldt KS (2000). The checklist of nonverbal pain indicators. V: *Pain Management Nursing*, letnik 1, št. 1, str. 13–21.
- Ferraz B. Marcos, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH (1990). Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. V: *The Journal of Rheumatology*, letnik 17, št. 8, str. 1022–24
- Ferrell A. Bruce (2004). The management of pain in long-term care. V: *Clinical Journal of Pain*, letnik 20, št.4, str. 240–3.
- Fron dini C, Lanfranchi G, Minardi M, Cucinotta D (2007). Affective, behaviour and cognitive disorders in the elderly with chronic musculoskeletal pain: the impact on an aging population. V: *Archives of Gerontology and Geriatrics*, letnik 44, Suppl 1, str. 167–71.
- Goldberg S. Daniel, Summer J. McGee (2011). Pain as a global public health priority. V: *BMC Public Health*, št. 11, str. 1–5.
- Hawker A. Gillian, Samra Mian, Tetyana Kendzerska, Melissa French (2011). Measures of adult pain. V: *Arthritis Care and Research*, letnik 63, št. S11, str. S240–S252.
- Herr Keela, Kevin F. Spratt, Linda Garand, Li Li (2007). Evaluation of the Iowa Pain Thermometer and other selected pain intensity scales in younger and older adult cohorts using controlled clinical pain: a preliminary study. V: *Pain Medicine*, letnik 8, št. 2, str.585–600.
- Herr Keela, Mobily, P. (1993). Comparison of selected pain assessment tools for use with the elderly. V: *Applied Nursing Research*, št. 6, str. 39–46.
- Herr Keela. Pain assessment strategies in older patients (2011). V: *The Journal of Pain*, letnik 12, št. 3, str. S3–S13.
- Horgas Ann, Amanda F. Elliott, Michael Marsiske (2009). Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioural observation. V: *Journal of American Geriatric Society*, št. 57, str. 126–32.

- Jackson D, Horn S, Kersten P, Turner-Stokes L (2006). Development of a pictorial scale of pain intensity for patients with communication impairments: Initial validation in a general population. V: *Clinical Medicine*, št. 6, str. 580–85.
- Jowers Laurie, Cynthia D. Epps, Keela Herr, Abbot Packard (2006). Evaluation of the revised faces pain scale, verbal descriptor scale, numeric rating scale, and Iowa pain thermometer in older minority adults. V: *Pain Management Nursing*, letnik 7, št. 3, str. 117–25.
- Lefebvre-Chapiro Sylvie. The DOLOPLUS-2 scale - evaluating pain in the elderly (2001). V: *European Journal of Palliative Care*, letnik 8, št. 5, str. 191–4.
- Medved Robert, Zdenka Tičar, Jože Ramovš (ured.) (2011). *Geriatrja in zdravstvena gerontologija v slovenskem prostoru*: zbornik: problemska konferenca, Brdo, Slovenija 15. September 2011: zbornik referatov Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje in Ministrstvo za zdravje RS.
- Morone E. Natalia, Jordan F. Karp, Cheryl S. Lynch, James E. Bost, Samar R. El Khoudary, Debra K. Weiner (2009). Impact of chronic musculoskeletal pathology on older adults: a study of differences between knee OA and low back pain. V: *Pain Medicine*, letnik 10, št. 4, str. 693–701.
- Muhammad Amirul Maidin, Shyh Ooh Teo (2020). Assessment tools for pain severity in the elderly: a review. V: *Pacific Journal of Medical Sciences*, letnik 20, št. 2, str. 63–7.
- O'Rourke Deborah (2004). The measurement of pain infants, children, and adolescents: from policy to practice. V: *Physical Therapy*, letnik 84, št. 6, str. 560–70.
- Prkachin Kenneth, Keela Herr, Kenneth Craig. Pain assessment in elderly adults with dementia (2014). V: *The Lancet. Neurology*, št. 13, str. 1216–27.
- Rodriguez S. Carmen (2001). Pain measurement in the elderly: a review. V: *Pain Management Nursing*, letnik 2, št. 2, str. 38–46.
- Rostad Hanne Marie, Inger Utne, Ellen Karine Grov, Martine Puts, Liv Halvorsrud (2017). Measurement properties, feasibility, and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review. V: *BMC Geriatrics*, letnik 17, št. 257, str. 1–28.
- Sahin Nilay, Gül Devrimsel (2020). The effects and characteristics of musculoskeletal pain on quality of life in geriatric patients. V: *European Journal of Geriatrics and Gerontology*, letnik 2, št. 1, 13–17.
- Snow A. Lyn, Weber B. Jan, Kimberly J. O'Malley, Marisue Cody, Cornelia Beck, Eduardo Bruera, Carol M. Ashton, Mark E. Kunik (2004). NOPPAIN: A nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia. V: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, letnik 17, št. 3, str. 240–46.
- Tse Y. Mimi, Vanessa Wan, Suki K. Ho (2011). Physical exercise: does it help in relieving pain and increasing mobility among older adults with chronic pain? V: *Journal of Clinical Nursing*, letnik 20, št. 5–6, str. 635–44.
- Warden Viktorija, Hurley C. Ann, Volicer Ladislav (2003). Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. V: *Journal of the American Medical Directors Association*, letnik 4, št. 1, str. 9–15.
- Williamson Ameila, Hoggart Barbara (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. V: *Journal of Clinical Nursing*, letnik 14, št. 7, str. 798–804
- Wong Arnold, Karppinen Jaro, Samartzis Dino (2017). Low back pain in older adults: risk factors, management options and future directions. V: *Scoliosis and spinal disorders*. letnik 12, št. 14, str. 1–23.
- Won B. Aida, Lapane L. Kate, Vallow Sue, Jeff Schein, John N. Morris, Lewis A. Lipsitz (2004). Persistent non-malignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. V: *Journal of the American Geriatrics Society*, letnik 52, št. 6, str. 867–74.
- Yamada Erica, David C. Thomas (2011). Common musculoskeletal diagnoses of upper and lower extremities in older patients. V: *Mount Sinai Journal of Medicine*, letnik 78, št. 4, str. 546–57.

Naslov avtorice:

Sonja Hlebŝ, UL Zdravstvena fakulteta – oddelek za fizioterapijo,
Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana; sonja.hlebs@zf.uni-lj.si

Urša Bratun

Medgeneracijsko sožitje na delovnem mestu pred covidom-19 in po prvem valu pandemije

POVZETEK

Delovna okolja postajajo vedno bolj generacijsko raznolika. Vendar pa sodelovanje starejših in mlajših delavcev pogosto otežujejo stereotipi o starostnih skupinah in staromrzništvo. Namen kvalitativne raziskave je bil proučiti izkušnje starejših delavcev z medgeneracijskimi odnosi na delovnem mestu pred in po pojavu pandemije covid-19. Z devetimi delavci, starimi med 59 in 72 let, je bilo izvedenih 18 intervjujev. Tri glavne teme, ki so izšle iz tematske analize intervjujev, so se navezovala na (1) medgeneracijsko sodelovanje in pomoč, (2) medgeneracijsko napetost in (3) skrb za prihodnost mlajše generacije. Raziskava je pokazala, da v nekaterih delovnih okoljih deluje kompleksna medgeneracijska dinamika in določena mera napetosti, ki pa so jo udeleženci doživljali različno intenzivno. V času prvega vala covid-19 so nekateri starejši delavci napovedali, da se bodo medgeneracijski odnosi zaradi ekonomske krize lahko poslabšali, skrbela pa jih je tudi prevlada tehnologije. Izpostavljen je bil pomen dobrega medgeneracijskega vodenja za sodobna delovna okolja.

Ključne besede: delo, kvalitativna raziskava, medgeneracijski odnosi, medgeneracijsko vodenje, staromrzništvo.

Urša Bratun je diplomirana delovna terapevtka. Magisterij iz delovne terapije je zaključila na Karolinskem inštitutu na Švedskem. Zaposlena je na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani kot predavateljica za področje delovne terapije. Je doktorska študentka socialne gerontologije na Alma Mater Europaea. Ukvarja se z raziskovanjem motivacije in izkušenj delavcev, ki se odločijo ostati delovno aktivni, ko izpolnijo pogoje za upokožitev.

ABSTRACT

Intergenerational Dynamics Before COVID-19 and After the First Wave of the Pandemic

Workplaces are becoming increasingly intergenerational. However, age-related stereotypes and ageism often inhibit the collaboration between younger and older workers. This qualitative study aimed to explore the experiences of older workers with intergenerational relationships at work before and after COVID-19. Nine workers, aged between 59 and 72 years, participated in 18 interviews. Three main themes were developed following a thematic analysis: (1) intergenerational collaboration and support, (2) intergenerational tensions, and (3) concerns about the future of the younger generation. The study found examples of a complex

and tense intergenerational work dynamic. However, the experiences varied between the participants in their intensity and quality. During the first wave of COVID-19, some of the older workers predicted that the relationship between different generations was going to worsen due to the economic hardship. They were also concerned about the dominant role of technology. Age management was identified as an essential component of contemporary workplaces.

Keywords: ageism, age management, intergenerational relationships, qualitative study, work.

Urša Bratun is an occupational therapist and holds a Master of Science degree in Occupational Therapy from Karolinska Institutet, Sweden. She works at the Faculty of Health Sciences at the University of Ljubljana as a lecturer in occupational therapy. She is a PhD student of social gerontology at Alma Mater Europaea in Maribor. Her research interests include the motivation and experience of workers who continue working after fulfilling the retirement criteria.

1 GENERACIJSKO RAZNOLIKA DELOVNA OKOLJA IN NJIHOVI IZZIVI

Zaradi staranja prebivalstva se spreminja razmerje med delovno aktivnim prebivalstvom in prebivalstvom nad 65 let (koeficient starostne odvisnosti). Da bi ohranili stabilnost pokojninskih sistemov in javnih financ, se vedno bolj vzpodbuja podaljševanje delovne aktivnosti. Delo lahko posameznikom, ki se odločijo odložiti upokožitev, prinese številne prednosti: od ekonomske sigurnosti in ohranjanja dnevne rutine do občutka doprinosa, smisla in vključenosti v družbo. Vendar pa podaljševanje delovne aktivnosti lahko hkrati poveča socialne razlike med ljudmi, saj vsi nimajo enakih možnosti in sposobnosti, da bi z delom nadaljevali, oziroma so motivi za nadaljevanje zelo raznoliki in nekatere postavijo v boljši položaj v primerjavi z vrstniki (Di Gessa et al., 2018).

Delež ljudi, ki ostajajo delovno aktivni, ko izpolnijo pogoje za starostno upokožitev, se povečuje v večini članic EU, tudi Sloveniji (Eurostat, 2020). Delovna okolja postajajo vedno bolj generacijsko raznolika. Nič neobičajnega ni, da v podjetjih skupaj dela štiri ali pet generacij delavcev. Posledično se pojavlja potreba po medgeneracijskem vodenju, katerega namen je omogočiti dobro komunikacijo in sodelovanje med generacijami ter sobivanje (Becker, Richards in Stollings, 2020; Čič in Žižek, 2017).

Različne starostne skupine povezujemo z različnimi delovnimi značilnostmi in navadami. Za »baby boom« generacijo ali generacijo blaginje, rojeno po 2. svetovni vojni, je značilna delavnost, lojalnost in iskanje občutka varnosti v organizaciji. Pripravljeni so na timsko delo in naklonjeni kolektivnemu načinu razmišljanja; pomembna jim je dobrobit organizacije (Guerin-Marion, Manion in Parsons, 2018). V primerjavi z njimi je generacija X, rojena med 1965 in 1981, bolj individualistična in usmerjena v samostojnost. Medtem ko »baby boom«

generacija pogosto živi za delo, je za generacijo X pomembno ravnovesje med delom in prostim časom, zato radi izbirajo delovna okolja s prožnim delovnim časom. Za generacijo Y ali milenijce, rojene med 1982 in 1995, pa je značilno, da so odrasli s tehnologijo. Gledajo v prihodnost, so kreativni in iznajdljivi delavci, ki zlahka uporabljajo tehnologijo in iščejo priložnosti za učenje in napredovanje (Guerin-Marion, Manion in Parsons, 2018). Na trg dela se zdaj začne vključevati generacija Z, torej rojeni po letu 1995, v nekaterih delovnih okoljih pa so prisotni tudi pripadniki generacije veteranov, rojenih med 1928 in 1945, kar povečuje raznolikost delovne sile. Kljub temu, da med generacijami obstajajo pomembne razlike, so si v nekaterih vidikih tudi podobne. Pri vseh je izražena usmerjenost v osebni razvoj in želja po vključevanju v odločanje. Cenijo tudi oblike vodenja, ki so usmerjene na zaposlene (Guerin-Marion, Manion in Parsons, 2018).

Vedno bolj se poudarja, da so v uspešnih delovnih okoljih navzoče vse opisane generacije delavcev, ki pa morajo biti med seboj v dobrih odnosih (Guerin-Marion, Manion in Parsons, 2018). Raziskava, ki so jo izvedli Becker, Richards in Stollings (2020) je pokazala, da delavci raje delajo v večgeneracijskih timih kakor v timih, kjer je zastopana le ena generacija. Po drugi strani pa so v praksi pogosto zabeleženi medgeneracijski konflikti in napetosti. Nezadovoljstvo in negativni občutki so lahko še posebej izraziti v večgeneracijskih organizacijah s togo hierarhično strukturo, na primer v zdravstvu (Anderson in Morgan, 2017; Sauer, 2012).

Raziskave o medgeneracijskih odnosih in vzdušju na delovnem mestu kažejo, da so medgeneracijske napetosti lahko povezane s predsodki in stereotipi o starejših ljudeh (Lagace, Van de Beeck in Firzly, 2019; Van de Beeck, and Firzly, 2019). Björklund Carlstedt in sodelavci (2018) opozarjajo na razširjenost prepričanja o tem, da starejši delavci »jemljejo službe mlajšim« in bi se torej morali umakniti s trga delovne sile. Staromrzništvo (angl. ageism), ki ga zaznamuje odpor do starih ljudi, staranja in starosti, je po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) v današnji družbi prisotno celo bolj kot seksizem in rasizem (SZO, 2020). Lahko je del socialnega konteksta delovnega okolja in širše družbe; povezan je z odnosi, vrednotami, stereotipi in tudi ponotranjenostjo teh stereotipov (Lagace, Van de Beeck in Firzly, 2019).

Obsežen pregled literature, ki sta ga na temo staromrzništva in stereotipov na delovnem mestu naredila Posthuma in Champion (2009) je pokazal, da v družbi obstaja stereotip o nižjih dosežkih starejših delavcev, ki naj bi izhajal iz prepričanja o tem, da so starejši manj motivirani za delo, imajo zmanjšane sposobnosti in so manj produktivni. Tudi slovenska raziskava, ki so jo izvedle Rožman, Treven in Čančer (2020), je pokazala, da so starejši delavci pogosto izpostavljeni stereotipom, ki so povezani z njihovo starostjo. Nanje se gleda kot na manj produktivne, manj motivirane, manj inovativne in energične in manj prilagodljive. Predvideva se tudi, da se upirajo spremembam in da porabijo več časa za učenje in izvedbo delovnih nalog v primerjavi z mlajšimi kolegi.

Potrebno je poudariti, da raziskave teh stereotipov ne potrjujejo. Nasprotno; nekateri avtorji so pokazali, da delavci z leti delajo bolje in če pride do upada, je ta navadno majhen (Posthuma in Champion, 2009, str. 166-167; Rožman, Treven in Čančer, 2020, str.175). Tudi mlajši delavci so lahko izpostavljeni stereotipom. Doživlja se jih kot manj lojalne, manj zanesljive, neizkušene, neprofesionalne in kot tiste z manj znanja (Rožman, Treven in Čančer, 2020). Stereotipi torej niso omejeni le na eno starostno skupino delavcev.

2 COVID-19 IN DELAVCI

Decembra 2019 so bili zabeleženi prvi primeri okužb z virusom SARS-CoV-2, ki povzroča bolezen covid-19. Marca 2020 je Svetovna zdravstvena organizacija razglasila pandemijo. Njene posledice so daljnosežne in obsegajo tako področje zdravstva kot ekonomije, kjer vplivajo tudi na trg delovne sile (Holmes et al., 2020).

Med pojavom prejšnjih zoonoz (SARS, MERS, Ebola, prašičja gripa) je bilo narejenih nekaj študij o vplivu teh virusov na delavce, predvsem na zdravstveno osebje in na bolj izpostavljene skupine zaposlenih (Koh in Goh, 2020). Vendar pa je novi koronavirus presegel razsežnosti preteklih epidemij in dolgoročne posledice bodo po vsej verjetnosti večje. Ne vemo, kako bodo na zaposlovanje starejših v Sloveniji in drugod vplivali ukrepi sprejeti v povezavi z novim koronavirusom (SARS-CoV-2) oziroma kakšen bo dolgoročni vpliv pandemije na ekonomijo in zaposlovanje starejših, duševno in fizično zdravje, ter odnose med generacijami (Holmes et al., 2020).

Namen pričujoče raziskave je bil proučiti izkušnje slovenskih delavcev, ki izpolnjujejo pogoje za upokožitev, z medgeneracijskimi odnosi na delovnem mestu pred covidom-19 in po pojavu pandemije.

3 METODE

3.1 RAZISKOVALNI PRISTOP IN VZOREC

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop, ki je temeljil na interpretativni paradigmi (Creswell in Plano Clark, 2018). Poudarek je bil na proučevanju subjektivnega doživljanja udeležencev in na ugotavljanju pomena, ki ga pripisujejo svojim izkušnjam z medgeneracijskimi odnosi na delovnem mestu. Predstavljeni izsledki so del obsežnejše longitudinalne študije, ki proučuje motive in izkušnje skupine delavcev, ki nadaljujejo z delom po izpolnitvi pogojev za upokožitev.

V raziskavo je bilo vključenih devet delavcev, starih od 59 do 72 let. Uporabljeno je bilo namensko vzorčenje, v kombinaciji z metodo snežne kepe (Patton, 2014). Tabela 1 predstavlja socialno-demografske značilnosti udeležencev. Da bi zavarovali identiteto udeležencev, smo uporabili psevdonime.

Pri izvedbi raziskave smo sledili etičnim standardom Helsinške deklaracije. Etično dovoljenje je odobrila Etična komisija Alma Mater Europaea (št. 4/2019-20, št. 8/2019-20). Vsi udeleženci so podpisali soglasje za udeležbo v raziskavi.

Tabela 1: Značilnosti udeležencev

Udeleženec	Spol	Starost	Izobrazba	Poklic	Panoga
Srečko	M	60	IV	prodajalec	gospodarstvo
Darko	M	60	IV	kovinostrugar	gospodarstvo
Minka	Ž	59	V	administratorica	izobraževanje
Marjan	M	63	III	skladiščnik	gospodarstvo
Jože	M	68	VII	učitelj v srednji šoli	izobraževanje
Ljudmila	Ž	63	VII	visokošolska učiteljica	izobraževanje
Marjeta	Ž	72	VIII	zdravnica	zdravstvo
Pavle	M	62	VII	vodja servisne službe	zdravstvo
Mitja	M	66	VIII	profesor	izobraževanje

3.2 ZBIRANJE IN ANALIZA PODATKOV

Izvedena sta bila dva kroga intervjujev, skupaj 18 intervjujev. Prvi pol-strukturirani intervju je bil z vsakim udeležencem narejen med decembrom 2019 in marcem 2020. Po preklicu epidemije, 31. maja 2020, je bil narejen drugi krog intervjujev, in sicer med junijem in avgustom 2020. Vprašanja so se nanašala na različne vidike dela, med drugim na motivacijo za nadaljevanje z delom, vpliv pandemije na delo in odnose na delovnem mestu. Intervjuji so bili dolgi od 40 do 70 minut in so bili z dovoljenjem udeležencev digitalno posneti in prepisani. Zbrano gradivo smo analizirali s tematsko analizo (Braun in Clarke, 2006).

4 IZSLEDKI

4.1 GLAVNE TEME

Iz analize intervjujev so izšle tri teme, in sicer 1) medgeneracijsko sodelovanje in pomoč, 2) medgeneracijska napetost in 3) skrb za prihodnost mlajše generacije. Prvi dve temi sta bili opisani pred pojavom covida-19, tretja pa se je izrazila po pojavu pandemije.

4.2 MEDGENERACIJSKO SODELOVANJE IN POMOČ

Tema medgeneracijsko sodelovanje in pomoč vključuje pozitivne izkušnje delavcev pri sodelovanju z mlajšimi kolegi in opisuje prenos znanja, vrednot in primere dobre prakse. Ko je sodelovanje uspešno in recipročno, izkušnja prinese zadovoljstvo in vzpodbudi starejšega k nadaljnjemu delu, saj se čuti koristnega. Pavle je opisal primer obojestranske izmenjave; mladi pokažejo, kako se uporablja nova tehnologija, starejši pa so vzor preko svojega vedenja.

Jaz nimam skrbi. Mislim, da je naloga starejših, da pokažemo mlajšim, kako smo delali, da se te dobre prakse obdržijo. In pa vključijo tiste nove, za katere mi ne vemo. Mislim, da smo prvič v življenju prišli do tega, da moramo mi starejši mlajše kaj vprašati. Mi ne moremo slediti tako hitro tehnologiji in smo najbrž prvič v položaju, da moramo vprašati mlajše. In to se mi ne zdi nič slabega. To je nek razvoj. To, da moram biti prijazen s pacienti pa pričakujem, da oni znajo in da to prevzamejo od mene. Te izkušnje, ki jih mogoče zdaj v šolskem sistemu nimajo. V šolah je zdaj sama tekmovalnost, nič kolegialnosti.

Tudi Ljudmila je povedala, da se včasih med predavanji obrne na študente, da ji pomagajo s tehnologijo.

Meni je stres, da pridem v predavalnico in nekaj ne dela. In v vsaki predavalnici so druge aparature. To ne dela, to ne dela. To je strašanski stres. In potem začneš s predavanjem/.../Jaz hočem posnetek zavrteti, pa ne dela, ker je potrebno iz ne vem katerih poti zavrteti. In pojma nimam več, ker nisem s tem zrasla. V zadnjem letu sem se malo sprostila, pa raje rečem [študentom]: »Pridite vi, ki ste bolj veščiči.«

Darko je opisoval, kako se je določenih znanj naučil od mlajših kolegov in je neformalni prenos znanja lahko nadomestil formalno izobraževanje.

D: Zdaj so pa drugačni stroji. Daš kos železa v stroj in ga stroj sam obdeluje. Prej si moral pa sam, na roke. Potem so prišli drugi stroji, ki so bili boljši. Zdaj so pa še boljši. Se usedeš zraven in čakaš, da naredi.

I: Potem ste se morali to na novo naučiti?

D: Tisti, ki je bil mlajši od mene, se je naučil in je pokazal. Nismo hodili na tečaje.

Starejši delavci so svoje znanje in izkušnje radi prenašali na mlajše, kar jim je dalo občutek, da imajo naslednika, oziroma se bo njihovo delo nadaljevalo tudi, ko njih ne bo več na tem delovnem mestu. Ljudmila je opisala, kako na novo sodelavko, ki je zelo motivirana, prenaša svoja znanja, kar jo navdaja z veseljem.

Sprejeli so eno mlajšo v skupne službe. Sva že speljali skupaj ene dva dogodka in ona je zelo veščica in zelo učljiva in vse je spremljala, snemala, fotografirala. Tako da tukaj imam nadaljevanje. To, da so to naredili, so pa naredili eno dobro potezo, zelo dobro/.../ To je tudi zadovoljujoče, ko je nekdo, ki je željen znanj. Si piše, je rekla: »Te bom lahko poklicala, ko boš v penziji in mi boš pomagala?« Z velikim veseljem.

4.3 MEDGENERACIJSKA NAPETOST

Tema medgeneracijska napetost opisuje negativno doživljanje mlajše generacije delavcev s strani starejših kolegov ter negativno ocenjevanje njihovih vrednot, delovne etike in sposobnosti. Prisotna je lahko tudi tekmovalnost in občutek

ogroženosti, ki preprečuje sodelovanje in prenos znanja. Tekmovalnost je lahko vzpodbujal sam delodajalec, kot na primer pri Srečku, kjer je mlajšemu delavcu že na razgovoru dejal, da bo ta zamenjal starejšega in ga starejši zato ni želel ustrezno uvajati, saj je v njem videl grožnjo.

Ja, njemu je že na razgovoru povedal, da se nekdo pripravlja, da bo šel v pokoj in da bi ga on lahko zamenjal. Naš delodajalec je tako zvit, da je namerno njega s tem stimuliral. Dal mu je pogodbo za določen čas, da bi se še bolj izkazal/.../ Treba je vedeti, da tudi jaz nisem pristopil k njemu tako, da bi ga izobrazil ali usposabljal, ker sem videl v njem svojo konkurenco. Tako da ni bilo tako uvajanje kot bi moralo biti. Ampak tudi on ni pokazal nobenega zanimanja.

Mlajšemu delavcu delodajalec kasneje ni podaljšal pogodbe, saj z njim ni bil zadovoljen. Srečko je ostal.

Pogosto so starejši mlajšo generacijo delavcev ocenjevali negativno, kot je bilo na primer v Minkini izkušnji.

M: Ko je šla bivša tajnica v pokoj, smo dobili novo. Ampak čisto po pravici ti povem, meni je ta kader, ki zdaj prihaja, to je »kr neki« ...

I: A ti mlajši?

M: Ja. To je, ne vem... na primer, naša tajnica, bivša, je vsaj bila sposobna. Prišla je v službo ob pol osmih pa smo šli včasih tudi ob pol treh domov ali pa petnajst do treh. Naša nova tajnica pride pred sedmo, jaz pridem ob sedmih, pa je ona zmeraj že v službi, pa hodi iz službe ob štirih, pol petih. Sem že velikokrat rekla, jaz ne vem, ali ne obvlada te zadeve, ampak potem sem pa ... Recimo, ravno danes je bil primer, ko se je z nepomembno stvarjo ukvarjala 15 minut. Ona sicer pravi, koliko ima dela, ampak, če si ti ne znaš dela organizirati kot je treba ...

Marjan je negativno doživljanje mlajših izrazil še bolj direktno.

Poglej, jaz zmeraj trdim, da take generacije kot smo mi, ko res znamo delati, da take več ne bo. Imamo od direktorja sina, nima dve, 15 levih rok ima. Njemu je vseeno /.../ Ja, tudi dobiti ne moreš več enega. Saj je bilo par fantov, ampak so začeli »flankirati«. S takim potem nimaš nič. Tukaj bi bila edina stvar, da ga k meni dajo, pa bo pri meni 10 let, potem bo pa delal tako kot jaz naprej [smeh].

Slab prenos znanja je bil včasih pripisan nizki motivaciji mlajših.

Mogoče bi se našel kakšen mlajši, samo bi naredil polovico tega, kar naredim jaz. Glede na izkušnje, motivacijo. Ti mlajši zdravniki se ne učijo od mene, ne vem zakaj ne. Lahko bi jih učila to, kar znam. Je škoda. (Marjeta)

4.4 SKRB ZA PRIHODNOST MLAJŠE GENERACIJE

V času covida-19 so starejši delavci izrazili več zaskrbljenost za mlajšo generacijo in njihovo prihodnost. Videli so socialne, ekonomske in emocionalne

nevarnosti pandemije in se včasih postavili v starševsko, zaščitniško vlogo v odnosu do mlajših. Marjan, ki je bil prej zelo kritičen do mlajših, je zdaj zaskrbljeno razmišljal o prihodnosti, ki jih čaka.

Nekateri so se bili pripravljeni umakniti in mesto prepustiti mlajšim, kot na primer Darko, ki je to izrazil v obeh intervjujih. Drugi so se zavedali, da bo lahko v prihodnosti prihajalo do večjih medgeneracijskih napetosti, če jih bodo mlajši kolegi doživljali bolj negativno zaradi slabše družbene in ekonomske situacije.

Srečko je povedal, da je mlajša sodelavka od začetka pandemije začela govoriti, da bi se starejši morali upokojiti in dati prostor mlajšim, kar ga je nekoliko prizadelo, saj ima občutek, da dobro dela. Tudi Mitja je pričakoval, da bo zaradi spremenjene situacije prišlo do več napetosti med generacijami: *Več bo brezposelnosti in manj služb... in povečevala se bo nervoza nekoga, ki čaka, da jaz grem. Še posebej, če bom kar sedel tukaj (pokaže na svojo mizo) in se ne bom premaknil (smeh).*

Hkrati so nekateri izmed intervjuvancev pričakovali, da bo velika odvisnost od tehnologije medsebojne odnose še poslabšala. Jože je nekoliko v šali dejal: *In tudi ta »kavč kultura«, ki so jo gremo zdaj, je smrt. Otrok bo še manj. Verjetno bomo morali vpeljati dogovorjene poroke, »arranged marriage«, če bomo hoteli, da se narod sploh razvija /.../ Ne moreš vse v računalnik dati. To mene bolj skrbi kot pa to, kaj bo z nami, če sem čisto natančen.*

Pavle pa je o tehnologiji in vplivu na generacije dejal: *Pri mojem samem delu sem videl, da je dejansko tehnologija res šla toliko naprej, da se da določene stvari delati od doma. Ampak jaz to ne bi podprl. Zdaj so ti, ki so neoliberalno usmerjeni, naklonjeni, da gredo na tehniko. Ampak potem pa vemo, kaj je. Samo pravice klatimo. Jaz nisem pristaš tega. Vseeno se mi zdi ta socialni stik zelo pomemben. Če se to začne izključevati... saj pravim, ti, ki so najbolj nastradali, dijaki, študentje. Če boste koga vprašali, tisti, ki imajo malo socialne fobije, jim je to všeč. In če bodo ti prevladali, se bojim, v katero smer bomo šli ... Učitelji, učenci, ko poslušáš, a jih to izberejo in jih dajo [na TV], da rečejo, da je bilo fino? Ne vem, če je to fino. To gre za skupino ... prikažejo, kar hočejo (smeh). Vseeno smo ljudje socialna bitja in ta del mi ni všeč.*

5 RAZPRAVA

Kvalitativna raziskava, ki smo jo izvedli, je bila po naših podatkih ena prvih, ki je proučevala medgeneracijsko dinamiko v kontekstu SARS-CoV-2. Pred pandemijo so nekateri udeleženci (Pavle, Ljudmila, Darko) opisali primere pozitivnega sodelovanja med generacijami in prenos znanja v obe smeri, od starejših k mlajšim in obratno. Ko je bilo sodelovanje omogočeno in je lepo teklo, so ob tem izražali zadovoljstvo in ponos. Mlajši so na starejše največkrat prenašali znanje povezano z uporabo tehnologije, starejši pa na mlajše svoje delovne izkušnje,

znanje in vrednote. Tehnologija je bila tudi v literaturi prepoznana kot področje, na katerem pogosto pride do medgeneracijske povezave in priložnosti za učenje starejših od mlajših (Leek, 2020). Kot sta povedala Pavle in Ljudmila je pri tem pomembno, da starejši ostajajo odprti za novo znanje in jim ni težko pristopiti k mlajšim in jih vprašati za pomoč.

Vendar pa je bil s strani drugih udeležencev (Srečko, Minka, Marjeta, Mario) izražen tudi negativen pogled na mlajšo generacijo in njihove sposobnosti. V skupini udeležencev vključenih v raziskavo je bilo tako opaziti nekakšno dihotomijo; medtem, ko so nekateri z mlajšimi sodelovali zelo dobro in jim bili naklonjeni, so jih drugi doživljali negativno in kritično. Ne vemo, kaj vse je vplivalo na diametralno nasprotna doživljanja med udeleženci. Razlogov bi lahko bilo več; od vrste dela in kulture organizacije do osebnostnih lastnosti in preteklih izkušenj posameznih udeležencev. Podobna dihotomija je bila identificirana tudi pri raziskovanju odnosa mlajših zaposlenih do starejših. Kvalitativna študija, ki so jo med mladimi delavci izvedli Patel, Tinker in Corna (2018) je pokazala, da so nekateri starejše kolege in njihove izkušnje cenili in se od njih želeli učiti, pri drugih pa je bilo prisotno staromrzništvo, ki je bilo še posebej izraženo v prepričanjih o tem, da so starejši nesposobni uporabljati novejšo tehnologijo in se prilagoditi na spremembe.

Literatura izpostavlja, da je način vodenja in upravljanja z viri temeljnega pomena pri izgradnji dobrih medgeneracijskih odnosov (Guerin-Marion, Manion in Parsons, 2018; Čič in Žižek, 2017). Vpliv vodje na medgeneracijsko dinamiko je demonstrirala tudi Srečkova izkušnja. Če bi njegov delodajalec ustvaril drugačno delovno klimo – na primer klimo sodelovanja – bi se tudi Srečko najbrž odzval drugače ob zaposlitvi novega kadra. Tako pa se je v delovnem okolju vzpodbujalo tekmovalnost med mlajšimi in starejšimi in med generacijami ni potekal ustrezen prenos znanja. Za medgeneracijsko vodenje je pomembno, da se potrebe organizacije uskladi s potrebami posameznika, pri čemer je ključnega pomena dobra komunikacija in razumevanje različnih generacij in njihovih značilnosti (Guerin-Marion, Manion in Parsons, 2018). Ne vemo ali je bil Srečkov primer le osamelec, vsekakor pa prikazuje pomanjkanje zavedanja o tem, kako pomembno je za starejšega delavca to, da se na delovnem mestu počuti varno in sprejeto. Izraža tudi prepričanje specifičnega vodje o tem, da se delavce najbolje motivira preko kazni in nagrad, torej preko zunanje motivacije. Vendar pa je potrebno upoštevati, da so za starejše delavce notranji motivi, kot so občutek pripadnosti, doprinosa, dobrega dela in koristnosti, pogosto bolj pomembni kot pa zunanji motivatorji (Bratun in Zurc, 2020).

Po pojavu pandemije so udeleženci veliko razmišljali o prihodnosti, ki je v večini niso videli pozitivno. Skrbelo jih je za mlajšo generacijo in kako bo nanje vplivala kriza ter tudi ali bo prišlo do prevlade tehnologije nad človekovim socialnim čutom. Izraženo je bilo mnenje, da se bodo medgeneracijski odnosi

zaradi krize lahko (še) poslabšali, zlasti, če bo prišlo do ekonomske krize in se bo nanje gledalo kot na nekoga, ki ni več zaželen na trgu delovne sile, kar sta opisala Srečko in Mitja. Za »baby boom« generacijo delavcev je občutek varnosti zelo pomemben, zato morajo biti delovna okolja oblikovana tako, da se v njih delavci počutijo sprejeto, spoštovano in varno. To, da se jim vzbuja občutek negotovosti – na primer preko neprimerne načina vodenja, diskriminatorne zakonodaje in groženj – je povsem neučinkovito in nehumano.

V naši raziskavi, ki je proučevala slabo poznan fenomen medgeneracijskih odnosov pred in med pandemijo covid-19, je bila uporabljena kvalitativna metodologija. Kljub temu, da je bil vzorec relativno majhen, je vzorčenje upoštevalo načelo maksimalne raznolikosti v spolu, poklicu, izobrazbi in socialno-ekonomskem statusu udeležencev. Longitudinalni dizajn študije pa je omogočil, da so se razlage razvile v dialogu in skozi čas. Da bi povečali veljavnost raziskave, smo uporabili različne tehnike, med drugim triangulacijo, povratno informacijo s strani udeležencev (t.i. »member checks«) in natančno dokumentiranje procesa analize (Creswell in Miller, 2000). O posameznih fazah raziskave smo se večkrat posvetovali z dvema raziskovalcema, ki imata veliko izkušenj s kvalitativno metodologijo.

6 ZAKLJUČEK

Naša raziskava potrjuje, da v delovnih okoljih obstaja kompleksna medgeneracijska dinamika in določena mera napetosti, ki se je ob pojavu pandemije covid-19 v nekaterih primerih še bolj izrazila. Nekateri posamezniki so generacijsko raznolikost pripravljeni sprejeti bolj kakor drugi in imajo pozitivne izkušnje z medgeneracijskim sodelovanjem.

V prihodnosti bi bilo smiselno raziskati, kateri dejavniki najbolj prispevajo k temu, da so izkušnje nekaterih delavcev z medgeneracijskim sodelovanjem izrazito pozitivne, izkušnje drugih pa negativne. Pri tem bi morali upoštevati tako mikro dejavnike, ki izhajajo iz značilnosti delavcev, kot tudi mezo in makro dejavnike, ki izhajajo iz delovne organizacije in širše družbe.

LITERATURA

- Anderson Lindsey B. in Morgan Melanie (2017). An Examination of Nurses' Intergenerational Communicative Experiences in the Workplace: Do Nurses Eat Their Young?" V: *Communication Quarterly*, letnik 65, št. 4, str. 377–401.
- Becker Karin L, Richards Melanie B. in Stollings Jessica (2020). Better Together? Examining Benefits and Tensions of Generational Diversity and Team Performance. V: *Journal of Intergenerational Relationships*, DOI: 10.1080/15350770.2020.1837708
- Björklund Carlstedt Anita, Brushammar Gunilla, Bjursell Cecilia, Nystedt Cecilia in Nilsson Gunilla (2018). A Scoping Review of the Incentives for a Prolonged Work Life after Pensionable Age and the Importance of 'Bridge Employment.' V: *Work*, letnik 60, št.2, str. 175–89.
- Bratun Urša in Zorc Joca (2020). The Motives of People Who Delay Retirement: An Occupational Perspective. V: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, October, str. 1–13.

- Braun Virginia in Clarke Victoria (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. V: *Qualitative Research in Psychology*, letnik 3, št.2, str. 77–101.
- Čič Veingerl, Živa in Šarotar Žižek Simona (2017). Intergenerational Cooperation at the Workplace from the Management Perspective. V: *Naše gospodarstvo/Our Economy*, letnik 63, št. 3, str. 47–59.
- Creswell John in Plano Clark Vicki (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Di Gessa Giorgio, Corna Lorie, Price Debora, Glaser Karen (2018). The Decision to Work after State Pension Age and How It Affects Quality of Life: Evidence from a 6-Year English Panel Study. V: *Age and Ageing*, letnik 47, št. 3, str. 540-457.
- Eurostat. *Ageing Europe - Statistics on Working and Moving into Retirement*. V: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_working_and_moving_into_retirement#Employment_patterns_among_older_people. (julij 2020)
- Guerin-Marion Camille, Manion Ian in Parsons Heather (2018). Leading an Intergenerational Workforce: An Integrative Conceptual Framework. V: *International Journal of Public Leadership*, letnik 14, št.1, str. 48–58.
- Holmes Emily A., O'Connor Rory C, Perry V. Hugh, Tracey Irene, Wessely Simon, et al. (2020). Multidisciplinary Research Priorities for the COVID-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science. V: *The Lancet Psychiatry*, letnik 7, št. 6, str. 547–60.
- Koh David in Poh Goh Hui (2020). Occupational Health Responses to COVID-19: What Lessons Can We Learn from SARS? V: *Journal of Occupational Health*, letnik 62, št.1, <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12128>.
- Lagace Martine, Van de Beeck Lise in Firzly Najat (2019). Building on Intergenerational Climate to Counter Ageism in the Workplace? A Cross-Organizational Stud. V: *Journal of Intergenerational Relationships*, letnik 17, št. 2, str. 201–19.
- Leek Joanna (2020). The Role of ICT in Intergenerational Learning between Immigrant Youth and Non-Related Older Adults: Experiences from Sweden. V: *Scandinavian Journal of Educational Research*, October, str. 1–14. <https://doi.org/10.1080/00313831.2020.1833238>.
- Patel Jasmine, Tinker Anthea in Corna Laurie (2018). Younger Workers' Attitudes and Perceptions towards Older Colleagues. V: *Working with Older People*, September. <https://doi.org/10.1108/WWOP-02-2018-0004>.
- Patton Michael Quinn (2014). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 4th ed. Newbury Park, CA: Sage Publication.
- Posthuma Richard A. in Campion Michael A. (2009). Age Stereotypes in the Workplace: Common Stereotypes, Moderators, and Future Research Directions. V: *Journal of Management*, letnik 35, št. 1, str: 158–88.
- Rožman Maja, Treven Sonja, Čančer Vesna (2020). The Impact of Promoting Intergenerational Synergy on the Work Engagement of Older Employees in Slovenia. V: *Journal of East European Management Studies*, letnik 25, št.1, str. 9–34.
- Sauer Penny (2012). Do Nurses Eat Their Young? Truth and Consequences. V: *Journal of Emergency Nursing*, letnik 38, št. 1, str. 43–46.
- Svetovna zdravstvena organizacija. *Ageing and life course. Frequently asked questions: Ageism*. V: <https://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/en/> (19.junij 2020)

Naslov avtorice:

Urša Bratun: ursa.bratun@zf.uni-lj.si

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

10 Priorities towards a Decade of Healthy Ageing, WHO, Department of Ageing and Life Course (16 strani). V: <https://www.who.int/ageing/WHO-ALC-10-priorities.pdf>

DESET PRIORITET ZA DESETLETJE ZDRAVEGA STARANJA

1. oktobra 2020 je minilo trideset let, odkar je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) ta dan proglasila za mednarodni dan starejših ljudi. Ob tej okrogli obletnici je razglasila desetletje 2020 – 2030 za desetletje zdravega staranja.

Kljub nepredvidljivim in negotovim zdravstvenim razmeram v letu 2020 en trend zagotovo ostaja: prebivalstvo po vsem svetu se hitro stara in ta demografski prehod bo vplival na skoraj vse družbene vidike. Zdravje je za starejše še posebno pomembno. A več let življenja še ne pomeni, da so ta leta bolj zdrava. Poleg tega je ena od značilnosti starejše generacije precejšnja raznolikost v zdravju in načinu življenja.

Leta 2015 je bila sprejeta Agenda 2030 za trajnostni razvoj, v kateri je bilo obljubljeno, da v razvoju nihče ne bo ostal pozabljen in da bo vsak človek imel priložnost dostojno izkoristiti svoj potencial in enakost. Z globalno strategijo in akcijskim načrtom SZO za staranje in zdravje, ki so ju sprejele države članice leta 2016, so zagotovili politični okvir za skupni svetovni odziv na staranje prebivalstva, ki je usklajen s to ambiciozno razvojno agendo.

Strategija se je zavezala k ukrepanju na določenih področjih, vendar tudi opozorila na številne ključne vrzeli v znanju in

zmogljivostih. Zato so si predlagatelji vzeli štiri leta za pripravo na desetletje usklajenega globalnega delovanja, poimenovanega »Desetletje zdravega staranja«, od leta 2020 do leta 2030. Strategija napoveduje konkretne ukrepe, ki bodo prispevali k uspešnosti tega desetletja. Pri snovanju je sodelovala vrsta strokovnjakov, vrstila so se posvetovanja z zainteresiranimi deležniki. Z ukrepi je potrebno začeti takoj in nekateri se že izvajajo.

SZO zdravo staranje opredeljuje kot proces razvijanja in ohranjanja funkcionalnih sposobnosti, ki omogoča dobro počutje v starosti. Funkcionalne sposobnosti so zmognosti, ki ljudem omogočajo, da so in delajo tisto, kar se jim zdi vredno, vključno z zadovoljevanjem osnovnih potreb, tudi po učenju, rasti in sprejemanju odločitev, da ostajajo mobilni, da vzdržujejo odnose z drugimi in prispevajo k družbi.

Za uspešno izvajanje ukrepov SZO predvideva nov način sodelovanja s partnerji, kar pomeni usklajevanje predvidenih sistemskih sprememb s strategijo. Prve prioritete se zato osredotočajo na ukrepe, potrebne za učinkovitejše sodelovanje SZO z zainteresiranimi deležniki, za izboljšanje delovanja, krepitev zmogljivosti, zapolnitev vrzeli v raziskavah in informiranju ter za podporo pri izvajanju inovativnih lokalnih odzivov na problematiko staranja.

Za odločanje, kateri ukrepi so smiselni za spodbujanje zdravega zdravja, so potrebne primerljive informacije. Mnogi odločevalci nimajo ključnih informacij o zdravstvenem stanju in potrebah starejših,

niti o tem, kateri dosednji ukrepi so bili učinkoviti. Kjer pa ti podatki obstajajo, so le redko zbrani v obliki, ki omogoča mednarodne ali longitudinalne primerjave. Prav pomanjkanje informacij je glavna ovira za razvoj in ovrednotenje ustreznih ukrepov in programov za zdravo staranje.

Glede na omejene razpoložljive vire morajo biti raziskave na področju zdravega staranja starejših ključnega pomena za odločevalce. Na primer, pri kliničnih testiranjih pogosto izključujejo starejše udeležence in tiste s sočasnimi boleznimi, čeprav so prav ti največkrat uporabniki potrebnih posegov. Zato SZO spodbuja usklajena prizadevanja za boljše prilagajanje raziskav za zdravo staranje dejanskim potrebam načrtovalcem politik, strokovnjakov in starejših ljudi.

Katere so prioritete?

Prve štiri prioritete se nanašajo na ustvarjanje razmer in podporo državam za uvajanje inovacij in sprememb.

1. Vzpostavitev platforme za inovacije in spremembe

Strokovnjaki SZO bodo skupaj z načrtovalci razvoja v vseh državah pripravili program za inovacije in spremembe na področju zdravega staranja ter spodbujali sodelovanje strokovnjakov in izmenjavo idej z vsega sveta. Virtualna informacijska platforma »starejšim prijazni svet« bo služila kot portal za vse zainteresirane, kjer bodo imeli dostop do najnovejših podatkov, znanstvenih dokazov, pilotnih projektov in inovativnih praks s področja staranja. Platforma bo omogočila strokovne razprave, izmenjave izkušenj in dobrih praks ter nasvete strokovnjakov kako uresničiti zadane prioritete.

2. Podpora državam pri načrtovanju in ukrepanju

SZO bo državam nudila podporo pri pridobivanju znanj in orodij, potrebnih za ustvarjanje možnosti za dolgo in zdravo življenje prebivalcev. Razvili bodo različna usposabljanja o zdravem staranju, tudi preko spleta, namenjena oblikovalcem politik, osebju SZO, predstavnikom ministrstev za zdravje in drugih relevantnih ministrstev in organizacij civilne družbe. Na teh usposabljanjih bodo udeleženci spoznali koncept zdravega staranja, se ozavestili o potrebah reševanja problemov staranja, obrazložen bo koncept zdravega staranja, pridobivali bodo znanje in veščine za spodbujanje zdravega staranja itd.

Strokovnjaki SZO bodo državam pomagali pri pregledu obstoječih strategij, povezanih s staranjem in zdravjem ter njihovo izvajanje. Pristop bo celovit, medsektorski in bo presegal zgolj zdravstvene sisteme, saj bo zajemal tudi zaposlovanje, izobraževanje in druga področja.

3. Zbiranje podatkov s področja zdravega staranja na globalni ravni

Namen te prioritete je omogočiti enoten pristop k merjenju, spremljanju in nadzoru zdravega staranja na vseh ravneh (posameznik, skupnost, institucija, prebivalstvo) po starostnih skupinah, državah in na dolgi rok. S tem bodo državam omogočili oceno in primerjavo stanja, spremljanje napredka itd.

Namen je z analitičnim pregledom sedanjih virov in podatkov ugotoviti, kje obstajajo vrzeli pri merjenju zdravega staranja skozi življenjski cikel in katere so možne izboljšave. Obstoječi in novi podatki bodo vključeni v zbirke podatkov,

povezane z uporabniki preko platforme za inovacije in spremembe. Uporabljeni bodo za poročilo o stanju zdravega staranja 2020 in bodo omogočali prihodnje napovedi in služili kot izhodišče za merjenje desetletnega napredka upoštevajoč Agendo 2030 in cilje trajnostnega razvoja.

Mednarodni konzorcij za meritve in spremljanje zdravega staranja bo svetoval raziskovalcem in končnim uporabnikom podatkov ter spodbujal nove pristope spremljanja zdravega staranja.

4. Promoviranje raziskav o sedanjih in prihodnjih potrebah starejših ljudi

Z izboljšavami baz znanja in podatkov bo lažje prepoznati tako zadovoljene kot nezadovoljene potrebe starejših in aktivnosti za učinkovite poti do zdravega staranja v drugi polovici življenja. Jasne smernice SZO o raziskavah in pristopih bodo zagotovile kakovost in primerljivost med študijami. Izvedli bodo raziskave o ključnih temah kot so zlorabe starejših, padci, o položaju starejših v zdravstvenih in humanitarnih krizah itd.

Zdravje za vse - celostna oskrba starejših oseb

Države morajo svoje zdravstvene sisteme bolje prilagoditi dejanskim potrebam starejših.

Sedanji zdravstveni sistemi so namenjeni predvsem reševanju posameznih akutnih zdravstvenih stanj, v manjši meri pa zapletenim in kroničnim zdravstvenim potrebam, ki so značilne za starost. Nujno je razviti in izvesti celovite in usklajene pristope v primarnem zdravstvu na področjih, kjer se lahko upad zmogljivosti prepreči ali upočasni.

Ko pa so ti upadi neizogibni, je potrebno najti pristope, ki maksimirajo funkcionalne sposobnosti starejši oseb. A ti pristopi morajo biti usmerjeni na potrebe starejših in ne na potrebe ponudnikov storitev; temeljiti morajo na skupnosti in biti učinkovito usklajeni s ponudniki dolgotrajne oskrbe – tako formalne kot neformalne.

Le malo držav ima dobro delujoč sistem dolgotrajne oskrbe starejših ljudi. Sedaj so mnogi pomoči potrebni v veliki meri odvisni od družinskih članov, ki zagotavljajo oskrbo brez potrebnega usposabljanja in podporne infrastrukture, kar je nevzdržno in pogosto nepravilno. V 21. stoletju vsaka država potrebuje sistem dolgotrajne oskrbe, ki starejšim z znatnim upadom zmogljivosti omogoča oskrbo in podporo, ki ju potrebujejo za dostojanstveno življenje.

Pogosto se dogaja, da sistemi zdravstva in dolgotrajne oskrbe delujejo neodvisno drug od drugega, kar vodi v neučinkovito uporabo zdravstvenih storitev in nesmotrno porabo sredstev. Pri oskrbovanju svojcev so družinski člani pogosto prepuščeni samim sebi, njihovo delo je neprepoznano in neplačano. Mnogi oskrbovalci, predvsem ženske, ki v večini oskrbujejo, se zaradi oskrbovalnih obveznosti ne morejo poklicno ali drugače družbeno angažirati. Nujno je potrebno povezati te sisteme v nove modele dolgotrajne oskrbe.

Delovna sila, tako formalni in neformalni oskrbovalci, so v veliki meri nepripravljeni na potrebe starejših. Zaposleni v zdravstvu in v dolgotrajni oskrbi morajo imeti ustrezne kompetence, njihovo delo mora biti dobro organizirano in čim učinkovitejše razporejeno.

Ni nekega splošnega modela za učinkovito, trajnostno in pravično integrirano oskrbo

za vse države. SZO pa državam članicam lahko pomaga v treh prioritetah.

5. Prilagajanje zdravstvenih sistemov dejanskim potrebam starejših oseb

Ta prednostna naloga bo izboljšala dostop starejših do kliničnih posegov za vzdrževanje njihovih sposobnosti in krepitev zdravja. Države članice bodo lahko postavile diagnozo stanja zdravstvenih storitev in po potrebi prilagodile sisteme celostnega zdravstvenega varstva. Ta prioriteta se bo izvajala na več ravneh.

Na ravni posameznika (zdravnika) v primarnem zdravstvu: usmeritev in razvoj orodij za celovito oceno zdravstvenega stanja starejše osebe v povezavi z integriranim zdravstvenim varstvom, kar bo omogočilo upočasnitev upada fizičnih in psihičnih sposobnosti starejših oseb.

Na ravni zdravstvenega sistema: razvoj smernic, kako razvijati, spremljati in ocenjevati storitve celostnega zdravstvenega varstva starejših.

Predvidena je ustanovitev kliničnega konzorcija SZO za zdravo staranje in za napredek raziskav in kliničnih praks. Omogočal bo izmenjavo podatkov in analiz, podpiral vrednotenje klinične prakse in krepil zmogljivosti zdravstvenih delavcev na področju zdravega staranja.

6. Vzpostavitev temeljev za dolgotrajno oskrbo v vseh državah

Starejši bodo prejeli ustrezno oskrbo, oskrbovalci pa podpora za dostojanstveno življenje ob upoštevanju osnovnih človekovih pravic.

V tej prioriteti bo SZO podpirala države pri razvoju učinkovitih, trajnostnih in pravičnih sistemov in storitev dolgotrajne oskrbe.

Obstajajo tri ključna področja za ukrepanje:

- širitev razumevanja in zavezanosti razvoju sistemov dolgotrajne oskrbe na globalni, regionalni in lokalni ravni;
- pregled trenutnih razmer v dolgotrajni oskrbi in na podlagi ugotovitev ukrepanje glede na potrebe, na vrsto in kakovost obstoječih storitev, zakonodajo, človeške vire in mehanizme financiranja;
- podpora državam z usmeritvami, orodji in tehnično pomočjo na vseh socialno-ekonomskih ravneh.

7. Zagotovitev ustreznih kadrov za integrirano oskrbo

Ta prioriteta bo državam omogočila razumevanje vpliva staranja prebivalstva na delovno silo, za optimizacijo obstoječe delovne sile in načrtovanje za prihodnost. Ima štiri medsebojno povezana delovna področja:

- Razvoj analize trga dela v zdravstvu; komplet orodij in zagotavljanje tehnične podpore državam pri identificiranju prednosti in slabosti sedanje delovne sile. Razvoj strategije za zadovoljevanje potreb po delovni sili ob staranju prebivalstva.
- Krepitev zmogljivosti za izobraževanje in usposabljanje: ključne kompetence ter razvijanje in pilotno preizkušanje programov za informiranje, izboljšanje sposobnosti plačanih in neplačanih oskrbovalcev in smernice za prilagajanje in izvajanje na lokalni ravni.
- Izgradnja ali krepitev zmogljivosti upravljanja in mehanizmi – vključno s politikami, predpisi in financiranjem – za zagotavljanje trajnostnega zdravja. Razvili bodo zakonodajne modele za zaščito oskrbovalcev, npr. za zaščito oskrbovalcev pred revščino, smernice o

dostojnem delu in o pogojih za negovalce. Preko platforme bo moč sodelovati na mednarodnih oz. regionalnih konferencah, kjer bodo predstavljali izkušnje in izmenjavali dobre prakse.

- Pilotni projekti: ugotoviti kako lahko različne družbene skupine (na primer združenja ali društva starejših) ob ustrezni podpori prevzamejo del oskrbovanja starejših. Spodbujali bodo razvoj novih kariernih možnosti, ki upoštevajo demografske in tehnološke spremembe. Opozarjali bodo na karijerne in ekonomske priložnosti oskrbovanja starejših.

Zagotavljanje ustreznega okolja

Fizično, socialno in ekonomsko okolje so pomembne determinante funkcionalne sposobnosti na življenjski poti starejše osebe, ki močno vplivajo na izkušnje staranja in priložnosti, ki jih staranje prinaša. Starosti prijazno okolje starejšim omogoča varno staranje, vključenost v skupnost in obenem ohranjanje samostojnosti in zdravja.

Stereotipe, predsodke in diskriminacijo posameznikov oz. skupin na podlagi njihove starosti imenujemo staromrzništvo.

V analizi podatkov iz raziskave iz leta 2016, ki so jo v SZO opravili v 57 državah, je 60 % vprašanih izjavilo, da se starejših ljudi ne spoštuje dovolj. Za razliko od drugih oblik diskriminacije, vključno s seksizmom in rasizmom, staromrzništvo marsikje ostaja družbeno sprejemljiv, institucionaliziran, a večinoma neopažen pojav.

Urbanizacija in staranje prebivalstva sta trenda, ki spreminjata način življenja, dela in doživljanje našega življenja. Mesta in skupnosti imajo zato ključno vlogo, da omogočajo starejšim daljše in bolj zdravo življenje. Zato je potrebno najti trajnostne

modele, ki bodo vsem omogočili dostop do zdravstvenega in socialnega varstva, izobraževanja, do dostojnih delovnih mest, stanovanja, prevoza, zaščite in varnosti.

8. Zaveza globalni kampanji za boj proti staromrzništvu

Leta 2016 je skupščina SZO pozvala generalnega direktorja SZO naj skupaj s partnerji začne globalno kampanjo za boj proti staromrzništvu.

Izkušnje s seksizmom in rasizmom so pokazale, da se družbene norme spreminjajo in da so spremembe v miselnosti in percepciji uspešne in pravične družbe mogoče. Zato je tudi na področju percepcije staranja mogoča sprememba v načinu razmišljanja, občutenja in delovanja.

Ključne komponente te kampanje so:

- zbiranje potrebnih podatkov in dokazov za učinkovito komunikacijo in konkretne informacije o ukrepih proti staromrzništvu,
- globalna koalicija za usmerjanje družbenih sprememb in konkretnih dejanj,
- komunikacijska platforma za podporo globalni kampanji za obveščanje javnosti o spreminjanju zaznav staranja in o boju proti staromrzništvu,
- usmerjanje, podpora in usposabljanje lokalnih in nacionalnih načrtovalcev politik.

9. Definiranje ekonomskih vidikov; boljše razumevanje teh vidikov zdravega staranja naj bo izhodišče za trajnostne, pravične in učinkovite odzive.

Odločevalci v državah potrebujejo uravnoteženo in celovito razumevanje ekonomskih posledic staranja prebivalstva. V sodelovanju s Svetovno banko, OECD in Azijsko razvojno banko iščejo vrzeli in

omejitve v sedanjem razumevanju ekonomskih vplivov staranja. Ta prioriteta bo zagotovila ključni prispevek k ostalim prednostnim nalogam, povezanim s starostjo, zdravjem in sistemi dolgotrajne oskrbe. Predvidene aktivnosti:

- Povzeti trenutno stanje in zagotoviti prepričljive argumente za primerne naložbe v starejšo populacijo. Pri tem bodo upoštevali ekonomske prispevke starejših, ekonomske učinke upada zmogljivosti, ki bi jih bilo mogoče ob pravočasnem ukrepanju preprečiti in gospodarske koristi, ki bi jih lahko dosegli z intervencijami zdravstvenega in socialnega varstva.
- Določili bodo vrsto modelov za dolgoročno financiranje sistemov oskrbe za starejše populacije, zlasti v primeru omejenih razpoložljivih sredstvih.

10. Krepitev globalne mreže starosti prijaznih mest in občin

Starosti prijazna mesta in občine spodbujajo zdravo staranje in omogočajo dobro počutje skozi vse življenje. Globalna mreža starosti prijaznih mest in občin, ki je bila ustanovljena leta 2010 in zdaj zajema več kot 500 mest in občin v 37 državah, nudi podporo skupnostim in mestom, omogoča medsebojno učenje in izmenjavo izkušenj ter nudi smernice in informacije o dobro delujočih praksah. Povezano s platformo za inovacije in spremembe bo mreža vir navdiha za povezovanje mest in skupnosti po vsem svetu. Predvidene aktivnosti so:

- razvoj interaktivne baze podatkov o starosti prijaznih praksah,
- povečanje lokalnih zmogljivosti s pomočjo mentorskega programa za

starosti prijazne strokovnjake in spletnega tečaja (MOOC) o tem, kako ustvariti in razviti starosti prijazna okolja,

- uporaba raziskav, podatkov in stroškovno dostopnih evalvacij, ki lahko mestom in občinam omogočijo sprotno preverjanje uspešnosti ukrepov,
- organizacija konferenc kot priložnosti za mreženje, izmenjavo in vzajemno učenje,
- osredotočanje na posebne prednostne naloge ali projekte, kot je npr. projekt »megacity«.

Prevod in priredba Alenka Ogrin

Vitali Umberto (2020). Prevention and fight against alzheimer. E-samozaložba, 66 strani.

PREPREČEVANJE ALZHEIMERJEVE BOLEZNI

Avtor knjige *Prevention and fight against alzheimer* (v slovenščini bi se naslov lahko glasil *Preprečevanje in boj proti Alzheimerjevi bolezni*), Vitali Umberto, je bil mnogo let dejaven zdravnik na področju pediatrije in kot specialist športne medicine. Objavil je veliko znanstvenih del. Elektronska verzija knjige, ki jo prikazujemo, je izšla v samozaložbi 7. februarja 2020. Razdeljena na 9 poglavij. Posvetil jo je svoji mami, ki je umrla pri 96 letih, nikoli ni bila v bolnišnici in do konca življenja duševno popolnoma orientirana.

V knjigi opisuje preventivne dejavnike, ki prispevajo k preprečevanju Alzheimerjeve bolezni. V uvodu poudari podatek, da bo leta 2050 na svetu predvidoma 80 milijonov ljudi z Alzheimerjevo boleznijo, kar pomeni enega na sto prebivalcev. Alzheimerjeva bolezen je posledica

mnogih vzrokov, ki jih je težko najti, zato je zelo pomembno preprečevanje in zavi-ranje bolezni.

V prvem poglavju avtor poudari, da se preventiva Alzheimerjeve bolezni začne že med nosečnostjo in poteka skozi vse življenje. Že na fetus vplivajo različni dejavniki od genetskih preko materinega življenjskega sloga do dejavnikov iz okolja, v katerem živi. V drugem poglavju predstavi znake Alzheimerjeve bolezni in opiše najučinkovitejše preiskave te bolezni. V naslednjem poglavju so izpostavljeni vzroki za njen nastanek. Med njimi je zelo pomembno kopičenje aluminija v možganskih celicah in vzroki, ki so povezani z življenjskim slogom ter z vplivi iz okolja. V četrtem poglavju posebej izpostavi in opiše dodatke k prehrani in prehrano, s katero preprečujemo nastanek Alzheimerjeve bolezni. Tako kot za preprečevanje mnogih drugih bolezni je tudi tukaj pomembna zdrava in uravnotežena prehrana.

V petem poglavju avtor opisuje vpliv kardiovaskularnih bolezni na Alzheimerjevo bolezen. Te bolezni vplivajo na prenos kisika do možganov, s čimer je povezana možnost poškodb in krvavitev, kar lahko pripelje do Alzheimerjeve bolezni. Šesto poglavje je avtor namenil različnim vnetjem, ki tudi lahko vplivajo na nastanek Alzheimerjeve bolezni in podal priporočila glede prehrane. Sedmo poglavje posveča pomenu psihologije v preventivi te bolezni, v osmem pa opisuje pomen homeopatije pri njenem preprečevanju; zanj je homeopatija zelo dragocena kot samostojna preventiva ali pa v povezavi z medicino. V zadnjem, devetem poglavju avtor opiše sposobnost regeneracije

možganov v povezavi z Alzheimerjevo boleznijo. Pri tem opiše veliko napotkov, ki pripomorejo k možganski regeneraciji.

Avtor končuje knjigo s poudarkom, da bo Alzheimerjeva bolezen epidemija tega stoletja. Pomembno je, da se na to odzovemo čim prej, izboljšamo življenjski slog in ukrepamo proti Alzheimerjevi bolezni. Obžaluje, da se tako malo razmišlja o njeni preventivi.

Knjiga je napisana na zelo berljiv in enostaven način. Izhaja iz želje, da bi se vsi ljudje zavedali, da je treba nekaj narediti zase v preprečevanju kroničnih bolezni in posebej Alzheimerjeve bolezni. Za družbo je odločilno zavedanje, da se populacija stara in je vedno več obolelih za Alzheimerjevo boleznijo; to bo povzročilo večje finančne stroške in potrebe po oskrbi. Cilj knjige je spodbuditi bralce k zavedanju, kako lahko preprečujemo to bolezen in zaviramo njen razvoj. Avtor knjigo priporoča vsem, ki imajo sorodnike s to boleznijo in tudi tistim, ki imajo težave s spominom. Knjigo bi priporočila tudi zaposlenim na področju gerontologije in vsem, ki se srečujejo z ljudmi, ki imajo težave s spominom ali diagnosticirano Alzheimerjevo bolezen.

Bojana Sečnjak

<https://mainichi.jp/english/articles/20210708/p2a/00m/0li/029000c>

TELOVADBA POMLADI TELESNO STAROST STAREJŠIH ZA 10 LET IN ZMANJŠA ZDRAVSTVENE STROŠKE – JAPONSKA ŠTUDIJA

Devetmesečne redne tedenske telovadne vaje za starejše lahko telesno starost udeležencev pomaknejo za desetletje

nazaj in posledično zmanjšajo potrebo po zdravstveni negi in s tem povezanimi stroški, je bila zaključna ugotovitev študije zdravstvene univerze v prefekturi Miyazaki na Japonskem.

Univerzitetna skupina je ugotovila, da je vadba pomagala udeležencem, da se izognejo potrebi po zdravstveni negi. Rezultati študije, v kateri so v prefekturi Miyazaki spremljali udeležence tečaja za krepitev telesne čvrstosti proti padcem, bodo verjetno prispevali k povečanju števila udeležencev na podobnih tečajih.

Primer telovadnih vaj neke skupine: starejši udeleženci so sedeli na stolih, razporejenih v polkrogu in izvajali vaje, npr. z rokami gibal navzgor in navzdol, zraven pa so peli pesmi iz otroštva. Najstarejši član skupine je bil star 94 let. 80-letni Fusako Nakamura, ki se je tečaju pridružil pred petimi leti, je z nasmehom dejal: »Včasih sem imel težave s hojo, zdaj pa ne več.«

Tečaj, ki ga organizira občinska oblast mesta Miyakonojo in ki se ga prostovoljno udeležujejo prebivalci tega mesta od leta 2014, je dobra referenca za podobne programe tudi v drugih mestih. Poleg telovadbe organizatorji tečaja vsakih šest mesecev na prizorišča vadbe pošljejo še osebje, vključno z medicinskimi sestrami, ki izvajajo zdravstvena in druga izobraževanja. V letu 2014 se je tečaja na 25 lokacijah udeležilo približno 636 ljudi. V letu 2020 je bilo že 3.834 udeležencev na 253 prizoriščih.

Univerzitetna raziskovalna skupina je v analizirala rezultate približno 3.500 ljudi, ki so se tečaja neprekinjeno udeleževali tri leta in tri mesece ali dlje na 115 prizoriščih, ter približno 36.000 starih 60 let ali več, ki se tečaja niso udeležili. Testi za merjenje mišične moči, ravnotežja in gibljivosti so pri udeležencih, ki so redno telovadili, pokazali 10 let nižjo telesno starost v primerjavi z neudeleženci. Udeleženci stari 60 let in več so po devetih mesecih tečaja lahko z odprtimi očmi stali na eni nogi približno 30 sekund dlje kot njihovi sovrstniki v testni skupini. Mlajši kot so bili udeleženci, večji je bil učinek. Z vajami se je ohranila tudi moč stiska roke, ki s staranjem navadno oslabi.

Ugotovili so, da so stroški zdravljenja na osebo obratno sorazmerni s pogostnostjo obiskovanja tečaja in izračunali precejšnje prihranke za zdravstveno blagajno.

Direktor občinske bolnišnice Kushima Toshiharu Eto, ki je bil do leta 2019 profesor na Univerzi za zdravstveno nego na prefektorni univerzi Miyazaki, je analiziral pridobljene podatke in komentiral: »Starejši, ki imajo še vedno bazalno mišično moč, si z redno telesno vadbo z lahkoto povrnejo funkcije mobilnosti. Če začnejo ljudje zavestno vaditi v svojih 40-ih ali 50-ih letih, namesto da se prepričujejo ›Še vedno sem v redu«, lahko bistveno upočasnijo izgubo mišične moči.«

Maruška Budič

SIMPOZIJI, DELAVNICE

TEHNOLOGIJA ZA AKTIVNO IN SAMOSTOJNO STARANJE Mednarodna virtualna konferenca eng(aging)!, 10. in 11. februarja 2021

Letošnja že četrta mednarodna konferenca (*eng(aging)!*) je dolgoročni projekt češke nevladne organizacije *Active Aging Center*, katere namen je spodbuditi razpravo o demografski krizi in staranju prebivalstva. Njena osrednja tema je bila vloga tehnologije v starosti. Na konferenci, ki je bila letos izvedena v virtualnem okolju, je sodelovalo več kakor petdeset govorcev, njihovi prispevki pa so se nanašali na najnovejše raziskave in spoznanja o vlogi tehnologije pri zmanjševanju socialne izolacije in osamljenosti starejših ljudi ter pridobivanju novih digitalnih veščin, pri staranju delovno aktivnega prebivalstva ter na telemedicinske in teleskrbovalne inovacije. V nadaljevanju so strnjeni povzetki štirih prispevkov iz širokega nabora predavanj te dvodnevne konference.

1. Covid 19, starejši ljudje in vloga tehnologije

Konferenco je odprla ga. Rosette Farugia-Bonello iz Mednarodnega inštituta za staranje Združenih narodov na Malti, ki je predstavila povezavo med epidemijo covid-19 in pojavom strahu, tesnobe in zaskrbljenosti za preskrbo z osnovnimi potrebščinami in za lastno zdravje pri starih ljudeh. V obdobju epidemije je izolacija starejših ljudi povečala osamljenost, poslabšalo se je njihovo telesno in duševno

zdravje, zmanjšale so se njihove kognitivne zmožnosti ter povečala umrljivost. Ga. Bonello je izpostavila starejše ljudi z demenco in njihove težave s prilagajanjem na nove ukrepe. Omenila je tudi neformalne oskrbovalce, ki so bili v tem obdobju še posebej obremenjeni. Velik del pomoči, ki so jo sicer prejeli od oskrbovalnih služb, je bil v tem obdobju zmanjšan oziroma popolnoma odpravljen.

Vloga tehnologije je predvsem v povezanju, opravljanju osnovnih nakupov (spletno nakupovanje), zabavi in razvedrilu, informiranju, izobraževanju itd. Tehnologija omogoča, da starejši ostanejo čim dlje samostojni in hkrati razbremeni neformalne oskrbovalce. Raziskave kažejo, da starejši ljudje danes uporabljajo več tehnologije, kar pozitivno prispeva k njihovem socialnemu vključevanju.

Kljub vsem tem prednostim obstajajo nekatera tveganja pri uporabi tehnologije, na primer spletne zlorabe, kjer so starejši ljudje glavna tarča pri uporabi bančnih kartic. Povečuje se tudi neenakost med starejšimi ljudmi, ki imajo dostop do digitalnih storitev, ter tistimi, ki ga nimajo. Prav tako je ga. Bonello izpostavila, da staromrznost še nikoli ni bilo tako vidno kakor v času epidemije – starejši od 70 let so bili v javnosti pogosto predstavljeni kot nemočni posamezniki, ki ne prispevajo k delovanju družbe.

Pri uporabi tehnologije je potrebno upoštevati, da starejši ljudje niso homogena skupina. Ker imajo zelo raznolike želje in pričakovanja, potrebujejo tehnološke rešitve, ki odgovarjajo potrebam posameznika.

Ta tehnologija mora biti cenovno dostopna, preprosta in lokalizirana, na primer prevedena v domač jezik. Poleg tega je potrebno nadaljevati z izobraževanjem starejših ljudi o pomenu tehnologije, digitalizaciji in povezovanju ter s tem izpolnjevati 20. načelo sklepa Sveta o človekovih pravicah, participaciji in dobrem počutju starejših ljudi v dobi digitalizacije.

2. Implementacija telemedicine na Poljskem – študija in primeri dobrih praks

Po uvodni predstavitvi vloge tehnologije v obdobju epidemije covid-19 so številni predavatelji izpostavili prispevek telemedicine. Hitro napredovanje in širjenje virusa je namreč preseгло običajne zmogljivosti zdravstvene oskrbe, zato je telemedicina igrala ključno vlogo pri zagotavljanju zdravstvenih storitev hkrati z vzdrževanjem telesne razdalje, ki se je izkazala za najboljši način za preprečevanje okužb.

Telemedicina povezuje udobje doma, nizko ceno, dostopnost zdravstvenih informacij ter komunikacijo z zdravstvenim osebjem. Začenši z uporabo telefonskih posvetovanj je z napredkom tehnologije postala vse bolj izpopolnjena in dandanes vključuje kompleksne informacijsko komunikacijske tehnologije, ki ne omogočajo samo posvetovanj, pač pa tudi postavitev diagnoze in celotno zdravljenje na daljavo.

V obdobju epidemije je telemedicina olajšala zdravstveno delo na različne načine. Preko spletnih posvetovanj so lahko bolniki stopili v stik z zdravnikom, opisali simptome in dobili nasvet za svoje zdravstveno stanje. Storitve ni bila namenjena le bolnikom, okuženim s covidom-19, pač

pa tudi vsem ostalim bolnikom, ki so se soočili z zdravstvenimi težavami ali s poslabšanjem kronične bolezni. V teleskrbi so lahko sodelovali tudi zdravniki, ki so se morali preventivno izolirati zaradi simptomov, ki so kazali na morebitno okužbo s covidom-19. V obdobju epidemije je postalo zelo pomembno tudi spremljanje na daljavo ali telemonitoring, kjer gre za uporabo naprav za zbiranje in vrednotenje osnovnih fizioloških parametrov kot so srčni utrip, krvni tlak, raven nasičenosti s kisikom, hitrost dihanja itd. Bolnik izpolnjuje tudi vprašanja o svojem počutju in prisotnosti morebitnih simptomov. Njegove odgovore skupaj s fiziološkimi parametri posredujejo zdravstveni ekipi. V času epidemije se je razširila tudi uporaba sledilnih aplikacij, ki uporabnika obvestijo, če je v bližini okužena oseba. Tako se lahko uporabnik pravočasno izogne potencialno nevarnim situacijam. Med epidemijo so razmah doživeli tudi različni virtualni asistenti, ki so sposobni poiskati relevantne odgovore na vprašanja uporabnikov.

Prispevek telemedicine je bil v obdobju epidemije zelo viden; skrajšala je diagnostični čas, pričetek zdravljenja, odredbo karantene in s tem preprečila nadaljnje okužbe. Omogočila je natančno spremljanje bolnika, ki je lahko ostal doma in se izognil prenapolnjenim zdravstvenim ustanovam ter s tem potencialnim bolnišničnim okužbam. Z večjim številom oskrbovanih bolnikov na domu se je povečal prihranek zaradi zmanjšane uporabe zaščitnih sredstev (rokavic, mask in oblačil za enkratno uporabo ter razkužil), kar je pozitivno prispevalo k varovanju okolja.

Čeprav telemedicina izboljšuje dostopnost zdravstvenih storitev, se

moramo zavedati, da vključuje tudi dvosmerno sporočanje občutljivih zdravstvenih informacij, kar lahko predstavlja določeno tveganje za nadzor, nedovoljeno uporabo ali razkritje teh informacij. Mobilne zdravstvene aplikacije bi se lahko na primer financirale z deljenjem potencialno občutljivih podatkov z neodvisnimi oglaševalci, ki lahko posamezniku posledično ciljno oglašujejo izdelke oz. storitve glede na to, katere informacije je uporabnik vnašal v aplikacijo. V času epidemije je torej bolj kot kdaj koli prej nujno izvajanje predpisov za zagotavljanje ustreznih omejitev glede uporabe osebnih podatkov. Samo tako bomo lahko gradili in ohranjali javno zaupanje v telemedicino.

Tudi po koncu epidemije bi bilo potrebno z uporabo telemedicine nadaljevati. Spremljanje sladkornih bolnikov, bolnikov s kroničnimi obolenji in bolnikov, ki iz bolnišnične oskrbe preidejo v domačo, so le tri izmed priložnosti, kjer lahko telemedicina olajša vsakodnevno klinično prakso. Zdravstvena stroka predvideva, da bi lahko uporaba telemedicine skrajšala čakalne dobe za specialistične preglede, gerontologe pa navdušuje predvsem dejstvo, da bi olajšala spremljanje starostnikov, ki so oskrbovani doma in tako bistveno vplivala na kakovost njihovih življenj.

3. Izboljšan dostop do socialnih storitev in lokalna podpora neformalnim oskrbovalcem

Predavatelji so opozorili na obremenitev neformalnih oskrbovalcev, ki se je v času epidemije covid-19 še dodatno povečala. Sociologinja in koordinatorka projekta *Care at home* Olga Starostova in Ivo Mareš iz nevladne humanitarne organizacije

DIAKONIA sta predstavila spletno stran *Pečuj doma* (Oskrbujemo doma), kjer so dostopne informacije o storitvah za starejše ljudi in je namenjena predvsem neformalnim oskrbovalcem. Opozorila sta, da ima Češka po neuradnih podatkih več kot milijon neformalnih oskrbovalcev, ki so pogosto preobremenjeni ter premalo osveščeni o različnih oblikah pomoči. Spletna stran deluje podobno kot baza podatkov za iskanje službe in prikazuje podatke v njihovem lokalnem okolju in tudi na ravni celotne države. Na spletni strani zbrane storitve so glede na potrebe razdeljene v kategorije: potrebujem nasvet, pomoč na domu, oddih, pripomoček za oskrbo oz. si ga želim sposoditi, iščem dom za starejše in potrebujem podporo pri umiranju svojca. Ta razdelitev omogoča enostavno podrobnejše iskanje lokalnih ponudnikov, kontaktnih informacij in cenovnih ponudb.

Opolnomočenje neformalnih oskrbovalcev omogoča nadzor nad lastnim življenjem, blaginjo, ohranjanje neodvisnosti ter izboljšanje kakovosti življenja. Projekt *Pečuj doma* odlikuje tudi nov način multidisciplinarnega sodelovanja, ki pomeni korenit premik v povezovanju nevladnega in vladnega sektorja – zdravstvenih delavcev, neformalnih oskrbovalcev in drugih oblik oskrbe na domu.

Spletna stran *Pečuj doma* pa poleg baze storitev ponuja še druge možnosti za podporo neformalnim oskrbovalcem: svetovanje, spletno izobraževanje, sezname dogodkov, predavanj, prispevkov ter drugih izobraževalnih možnosti. Med zanimivejšimi možnostmi je »načrt nujne oskrbe« (*Emergency Care Plan*), ki omogoča oskrbo starejše osebe oziroma oskrbovanca v

primeru, ko se oskrbovalec sam znajde v situaciji, ko ne more poskrbeti za svojega oskrbovanca, na primer ob nepričakovani bolezni. Oskrbovalec se predhodno dogovori z dvema do tremi osebami v domačem okolju, ki lahko skrbijo za oskrbovanca. Na spletni strani oskrbovalec izpolni vprašalnik, v katerem navede vse potrebne informacije za oskrbo svojca in kontaktne informacije nadomestnih oskrbovalcev. Prijavitelj nato prejme kartico z napisom, da je oskrbovalec ter nalepko, ki jo prejme njegov svojec. V primeru, ko se oskrbovalec znajde v nujni situaciji, pristojne službe in policija takoj identificirajo, da ta oseba nekoga oskrbuje, posreduje informacije izdajatelju kartice, ta pa kontaktira osebe, ki so bile navedene v načrtu nujne oskrbe.

Predstavljene storitve bi bile v veliko pomoč neformalnim oskrbovalcem tudi v slovenskem prostoru.

4. Oskrba s pomočjo digitalnih svetovalcev – sodelovalni pristop k zdravemu staranju

Martjin Vastenburger, ustanovitelj in direktor nizozemskega inštituta Connected Care je predstavil inovativne rešitve, ki omogočajo kakovostno staranje v domačem okolju in podaljšujejo samostojno življenje. Inštitut skupaj s številnimi raziskovalnimi organizacijami, podjetji, oskrbovalci in starostniki razvija rešitve za lažje sodelovanje med oskrbovanci in oskrbovalci, tako formalnimi kot neformalnimi.

Prva rešitev je *Med Guide*, ustvarjena z namenom, da starostnikom z demenco pomaga pri pravilni uporabi zdravil. Gre za aplikacijo, ki starostnika opomni, kdaj mora vzeti zdravila. Aplikacijo pred prvo

uporabo skupaj namestijo zdravnik, neformalni oskrbovalec in starostnik, njena glavna prednost pa je v tem, da je popolnoma personalizirana. Preko samo-poročanja ter senzorjev se beleži uporaba zdravil in počutje starostnika, te informacije pa program pošilja oskrbovalcu in osebnemu zdravniku. Zdravniku posreduje tudi informacije o morebitnih neželenih učinkih zdravil. Starostniki, ki so MedGuide že preizkusili, so poročali o pozitivnem vplivu uporabe aplikacije na sodelovanje pri zdravljenju, neformalni oskrbovalci pa o občutku večje varnosti in samozavesti pri izvajanju oskrbe.

Naslednja predstavljena rešitev je »val ruh« (*Guardian*). To je platforma, ki povezuje socialnega robota na starostnikovem domu ter neformalnega oskrbovalca preko aplikacije na pametnem telefonu. Socialni robot služi kot spremljevalec starostnika, saj komunicira z njim in ga opozarja, naj je, pije ali vzame zdravila. V kolikor starostnik upošteva njegova opozorila, ga robot nagradi s komplimentom. Tako skupaj vzdržujeta dnevno rutino. Robot služi tudi kot »oči, ušesa in usta« za oskrbovalca. Zaznava splošno počutje starostnika in o tem informira oskrbovalca, ta pa lahko preko aplikacije robotu naroči, naj se pogovori z oskrbovancem in mu preda željena sporočila. Uporaba socialnih robotov se je izkazala za zelo uporabno pri starostnikih z blagimi kognitivnimi motnjami, saj pripomore k ohranjanju avtonomije in dostojanstva ter jim tako omogoča čim daljše staranje v domačem okolju. Razbremeni tudi neformalne oskrbovalce, saj ti poročajo o zmanjšanju stresa, ki so ga sicer občutili, ko so oskrbovanca pustili samega.

Kot zadnjega je g. Vastenburg predstavil projekt »moj svetovalec za prehrano« (*My Food Coach*), ki so ga šele začeli preizkušati. Projekt temelji na spoznanju, da se s staranjem spreminjajo sestava telesa, presnova hrane in prehranske potrebe. Zmanjšuje se delež funkcionalne mase (kostna in mišična masa), povečuje se delež maščobnega tkiva. Kakovostna, uravnotežena in beljakovinsko bogata hrana lahko te procese upočasni in prepreči nastanek ali napredovanje številnih kroničnih bolezni. Ustrezno in zadostno prehranjen starostnik ima večje možnosti za daljšo samostojnost in vitalnost. Zato na inštitutu Connected Care razvijajo robota, ki bo starostniku pomagal izboljšati njegove prehranske navade. Pred začetkom starostnik skupaj z osebnim zdravnikom in dietetikom določi cilje in navade, ki bi jih rad dosegel. V skladu s cilji tehnologija določijo ustrezne nastavitve robota, da bo starostnika nevsiljivo opominjal, spodbujal, ga pohvalil ipd. Robot ima tudi »obraz« in če starostnik upošteva njegova opozorila glede zdrave prehrane, je njegov »obraz« vesel, sicer je žalosten. Mimika robota je osnovana na igralskih tehnikah in se skuša čim bolj približati pristni človeški mimiki. Veselje na obrazu robota torej starostnika motivira k upoštevanju njegovih nasvetov. Starostnik naj bi se trudil, da bi robota ves

čas ohranjal dobre volje. Rezultati prvih preizkusov kažejo, da so nekateri starostniki zelo odprti do uporabe robota, drugi pa odklonilni. Večina se naveže na robota, ki postane njihov družabnik. O občutkih zadovoljstva poročajo tudi oskrbovalci, saj jih robot razbremeni in jim olajša oskrbo. Robot ima tudi sposobnost beleženja prehrane starostnika in informacije redno pošilja osebnemu zdravniku, oskrbovalcu in dietetiku. Martjin Vastenburg je za zaključek povedal, da v prihodnje načrtujejo uporabo podobnega robota pri procesih rehabilitacije starostnikov.

Epidemija covid-19 je kljub vsem težavam in stiskam, ki jih je povzročila, delovala kot dober pospeševalec razvoja in uporabe tehnologije na najrazličnejših področjih. Konferenca (eng)aging! je predstavila predvsem razvoj tehnologije, ki je pozitivno vplivala na življenja starostnikov in njihovih svojcev. Ker so starostniki z vidika nepoznavanja tehnologije zelo ranljiva skupina, so predavatelji vseskozi opozarjali tudi na slabosti in pasti, ki jih tehnologija lahko prinese v njihova življenja. Navzoče so spodbudili k digitalnem opismenjevanju starostnikov, saj bi tako zmanjšali tveganje za spletne prevare, s tem pa tudi odpor do uporabe tehnologije, ki ga je mogoče opaziti pri številnih starih ljudeh.

Blažka Kolenc in Katja Polc

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

VLOGA IN POMEN MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV PRI RAZVOJU (LOKALNE) SKUPNOSTI

Medgeneracijska solidarnost in sožitje postajata v postmoderni družbi vse pomembnejši temi, saj so se, predvsem zaradi demografskih trendov, spremenila razmerja med generacijami, to pa je pomembno vplivalo na vzdržnost državne blaginje in na kakovost življenja posameznih starostnih skupin.

Ramovševa (2013, str. 8-9) razlikuje med mlado, srednjo in tretjo generacijo, pri čemer medgeneracijsko sožitje definira kot način doživljanja in vedenja med temi generacijami, medgeneracijsko solidarnost pa razume kot vzajemno pomoč, soglasnost, družbenost, čut za skupno odgovornost in korist med generacijami. Poudarja, da v postmoderni dobi na gerontološkem področju prevladuje generacijska teorija, katere osrednja ideja je, da je življenje ena sama celota (angl. *life-course perspective*). Posebnosti posameznega življenjskega obdobja so pomembne in jih je treba upoštevati, pri čemer ključno vlogo igra spoznanje, da ima človekovo življenje na vseh točkah razvojne potencialne, ki so komplementarni v življenjskem poteku posameznika in ljudi različnih starosti v družbi.

Spremenjene razmere med različnimi starostnimi skupinami zaznavajo tudi Narat, Boškić, Rakar, Boljka in Kobal Tomc (2012, str. 7-12). Pomembno vprašanje, povezano z medgeneracijsko solidarnostjo, pa je tudi, »kako ob demografskih spremembah zagotoviti

skrb za starejše in vlaganje v mlade ob vzdrževanju finančnega ravnotežja in ohranjanju principov družbene pravičnosti in solidarnosti« (Filipovič Hrast in Hlebec, 2009, str. 197). Obstoj in razvoj družbe sta namreč odvisna od uspešne vzpostavitve medgeneracijske solidarnosti v skupnosti. Slednjo lahko razumemo kot družbene vezi med posamezniki v določenem okolju (najsí bo to družina, lokalna, regionalna, nacionalna, ali kakršnakoli druga skupnost). Bengston in Oyama (2007, v Narat in sod., 2012, str. 12) pravita, da je za te družbene vezi značilna »toplina, naklonjenost, interakcija in nudenje podpore, ko je to potrebno«.

Medgeneracijsko solidarnost lahko preučujemo na treh različnih ravneh – lahko govorimo o medgeneracijski solidarnosti in sožitju celotne družbe (makro raven), skupnosti (*mezzo raven*) ali znotraj družine oz. drugih omrežij (*mikro raven*). Za nas zanimiva je predvsem medgeneracijska solidarnost v skupnosti, torej na *mezzo raveni*. Medgeneracijski skupnostni programi pozitivno vplivajo na družbene vezi in socialni, kulturni in človeški kapital posameznika v lokalnem okolju ter na njegovo vpetost in delovanje v skupnosti. Raziskovalci ugotavljajo tudi, da »skupnostni programi posamezniku pomagajo tudi pri zadovoljevanju potreb po funkcionalni solidarnosti, zlasti ko iz svojega osebnega omrežja opor ne more ali pa tudi ne želi prejemati določene vrste pomoči.« (Narat in sod., 2012, str. 16). Hlebec in sod. (2012) razlikujejo med tremi razsežnostmi medgeneracijske solidarnosti v skupnosti, v

praksi pa – si upava trditi – jih lahko zaznamo še več. Prva, ki jo omenjajo, je socialno delo v skupnosti, druga je prostovoljsko delo v skupnosti in tretja solidarnost v medsosedskih odnosih.

Pomen skupnostnih programov za posameznika je predvsem v tem, da nadomeščajo družino oz. druge ožje (sorodstvene) mreže, ki mu zaradi različnih vzrokov (npr. oddaljenosti) niso na voljo, ali pa jih dopolnjujejo. Vpliv medgeneracijskih programov je različen glede na ciljno skupino. Raziskave kažejo, da »starejši poročajo predvsem o pozitivnem vplivu medgeneracijskih programov na njihovo razpoloženje, o tem, da so vitalnejši ter sposobnejši obvladovati telesne in duševne bolezni, hkrati pa doživljajo večjo lastno vrednost, so manj osamljeni, samozavestnejši; medgeneracijski programi pomembno vplivajo tudi na njihovo razvijanje socialnih veščin in uporabo novih tehnologij.« (MacCallum, 2006, v Narat in sod., 2012). Na drugi strani imajo medgeneracijski programi pozitiven vpliv tudi na mlade, vendar na drugačen način – mladi so poročali o »povečanem občutku lastne vrednosti in samozavesti, manjši osamljenosti, pozitivnejšem dojetju starejših oseb, pridobivanju novih praktičnih izkušenj, boljšem šolskemu uspehu, manjšem nasilnem vedenju in uporabi drog, boljšem zdravju, povečanem občutku družbene odgovornosti ter večjem upoštevanju odraslih; prav tako so se veliko naučili o zgodovini in izvoru posameznika.« Poleg vplivov na posameznike imajo skupnostni programi velik vpliv tudi na življenje v skupnosti – razvoj občutka pripadnosti, vzpostavljanje bolj vključujoče in strpnejše družbe, zmanjševanje stereotipov, razvijanje prostovoljskega dela in

skrbi za okolje (MacCallum, 2006, v Narat in sod., 2012).

Z namenom raziskovanja in spodbujanja medgeneracijske solidarnosti v konkretni skupnosti je Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje pričel v Komendi pionirski projekt – Krekovo središče. Na Krekovi ulici 10 je za starosti in vsem generacijam prijazno bivanje adaptiral povprečno stanovanjsko hišo v soseski, ki je bila pozidana pred skoraj petdesetimi leti. V njej je odprl enoto za razvoj sodobnih programov za medgeneracijsko sožitje in kakovostno staranje. S tem nadgrajuje svoja prizadevanja za iskanje konkretnih odgovorov na pereče izzive staranja prebivalstva in prehod iz tradicionalne v postmoderno družbo ter raziskuje kaj konkretna skupnost ob teh izzivih potrebuje, zmore in hoče.

Ena izmed potreb, ki se je pokazala v komendski skupnosti, je, kako poskrbeti za starostnike, ki so še razmeroma vitalni in ne potrebujejo domske oskrbe, hkrati pa zaradi zaposlenosti svojcev večino dneva preživijo sami. Kot odgovor na to potrebo je Inštitut v Krekovem središču uvedel program dnevnega bivanja, ki poteka vsak delavnik med 9. in 15. uro. Starostniki v dnevnem bivanju dan začnejo ob pogovornem krogu, nato se zvrstijo aktivnosti kot so telovadba, ustvarjalne delavnice, skupna priprava malice, čas pa se najde tudi za počitek in družabne igre. Dopol dneve tako namesto sami doma preživijo v dobri družbi, njihovi svojci pa vedo, da je zanje dobro poskrbljeno. Ker udeležence dnevnega bivanja radi obiščejo prostovoljci iz vrst mlade in srednje generacije, imajo oboji priložnost za učenje lepe medosebne komunikacije in tkanje prijateljskih vezi.

Poleg tega se v hiši, ki omogoča lepo sožitje vseh generacij, udejanja tudi eno pomembnejših gesel Inštituta – »vsi smo učitelji in vsi učenci« – z organizacijo tečajev uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT), pri katerih mladi »učitelji« individualno inštruirajo starejše »učence«. Učijo jih, kako uporabljati pametni telefon, računalnik, kako se elektronsko naročiti na pregled pri zdravniku in podobno. Vsebina tečaja je povsem prilagojena željam in potrebam starostnikov. V obratni smeri pa se znanje prenaša s področja kulturne dediščine, kjer starejši na mlajše prenašajo poznavanje lokalne kulturne dediščine: obrti, običajev in znamenitih osebnosti, ki jih v Komendi ni malo.

Stičišče generacij vedno bolj postaja tudi vrt ob Krekovem središču. Zasnovan je bil z namenom povezovanja vrtničkarjev vseh starosti, za katere so organizirane »zelemenjave«, kulturni večeri, športne delavnice, predavanja o zeliščih; visoke grede na vrtu uporabljajo tudi osnovnošolci in s svojo prizadevno učiteljico gojijo domačo zelenjavo. Mladi torej na vrtu pridobivajo svoje prve izkušnje pri delu z rastlinami, starejši pa jim stojijo ob strani z dobrimi nasveti.

Poleg vsega naštetega je Krekovo središče v Komendi tudi lokalna informacijska točka. Tja se lahko zatečejo otroci v stiski, saj je med drugim UNICEF-ova varna točka, ter starostniki in njihovi oskrbovalci,

ki se srečujejo z vprašanji, ki jih prinaša oskrbovanje.

S Krekovim središčem in naštetimi dejavnostmi v sklopu projekta »Z roko v roki«, ki ga sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega sklada za regionalni razvoj, Inštitut stremi k razvoju postmodernih načinov solidarnosti v lokalni skupnosti. Solidarnosti se ne da učiti zgolj intelektualno, ampak samo socialno iz lastnih in tujih dobrih izkušenj v praksi vsakdanjega življenja. Zato želi Inštitut v hiši in na njenem vrtu omogočiti čim več izkušenj, ob katerih so vsi navzoči deležni zgoraj opisanega pozitivnega vpliva medgeneracijske solidarnosti. To jim daje motivacijo za aktivno udejstvovanje v skupnosti, ki na ta način postaja za vse prebivalce lepša in prijaznejša.

LITERATURA

- Filipovič Hrast M. in Hlebec V. (2009). Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji in tranzicijske spremembe. V: Tašner, V., Lesar, I., Antić, M.G., Hlebec, V., in Pušnik (ur.). *Brez spopada: kultur, spolov, generacij*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 195–214.
- Hlebec V., Filipovič Hrast M., Kump S., Jelenc Krašovec S., Pahor M., Domajnko B. (2012). *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Narat T., Boškic R., Rakar T., Boljka U. in Kobal Tomc B. (2012). *Medgeneracijska solidarnost v skupnosti: analiza stanja in priprava predlogov*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Ramovš Ksenija (2013). Medgeneracijsko sožitje in solidarnost. V: *Kakovostna starost*, 16 (4), str. 3-33.

Tjaša Hudobivnik in Blažka Kolenc

GOOD QUALITY OF OLD AGE

Good Quality of old age: Journal for Gerontology and Intergenerational Relations, Vol. 24, Num. 2, 2021

INDEX

0. **Uvodnik** (Jože Ramovš)
1. **Scientific and expert articles**
 - 1.1. Jože Ramovš in Alen Sajtl: Beneficial and harmful interpersonal help
 - 1.2. Sonja Hlebš: Measuring tools in physiotherapy for the assessment of musculoskeletal pain in elderly
 - 1.3. Urša Bratun: Intergenerational Dynamics Before COVID-19 and After the First Wave of the Pandemic
2. **Review of gerontological literature**
 - 2.1. 10 Priorities towards a Decade of Healthy Ageing (Alenka Ogrin)
 - 2.2. Prevention and fight against alzheimer (Bojana Sečnjak)
 - 2.3. Exercise turns back seniors' physical clocks by 10 years, cuts medical costs (Maruška Budič)
3. **Symposiums, workshops**
 - 3.1. Technology for active and independent ageing (Blažka Kolenc in Katja Polc)
4. **Reflecting on intergenerational programmes**
 - 4.1. The role and importance of intergenerational programs in the development of the local community (Tjaša Hudobivnik in Blažka Kolenc)

The article about beneficial and harmful interpersonal help is analyses two questions from the extensive representative research on what the population of Slovenia over the age of 50 needs, can do and wants to do. These two open-ended questions asked respondents about their experiences of receiving beneficial help

and the help which turned out to be harmful. Over ten percent of ageing people denied receiving any help in life. These were people with the lowest opinion about their mental well-being and consider themselves to be forgetful, lonely, anxious, restless and sad. They experience their lives as less meaningful and are unhappier than a group of realistic people who are aware of the useful and beneficial as well as the harmful help they receive; this life realism grows with education. The main finding of the analysis is that bad experiences with the received help are not pathogenic if a person appropriately experiences beneficial help from others. Successful lifelong learning for acceptance of help is crucial for cooperation, especially for the quality of long-term care.

Another article is the review of pain measurement scales; it provides important information for people working in long-term care, especially for physiotherapy and palliative care. The next research paper identifies the dynamics of intergenerational relationships in the workplace before covid-19 and after the first wave of the epidemic. Among the reviews from foreign literature, an extensive summary of ten priorities for the Decade of Healthy Ageing stands out; it was thoroughly prepared by the WHO for the decade 2020-2030. The pandemic drew attention to the possibilities that modern technology offers in the field of active and healthy ageing; this issue of the journal provides an overview of selected presentations from the international conferences on this topic. The physical isolation of people during the epidemic affected personal connections in the local community in particular. It has worsened the problem of loneliness of older people and the need to develop intergenerational programs. In the section on intergenerational programs an article about the intergenerational center in Komenda, run by Anton Trstenjak Institute is presented, introducing programs based on the action development method. The editorial of the magazine brings the good news: Slovenian government has submitted the law on long-term care for parliamentary considerations.

Complete journal together with abstracts in English is published on the Anton Trstenjak Institute's website.

POSŁANSTVO REVİJE Z NAVODILI AVTORJEM

Poslanstvo revije *Kakovostna starost* je zbiranje sodobnega znanja o starosti, staranju in medgeneracijskem sožitju ter posredovanje teh znanj vsem, ki jih v slovenskem prostoru potrebujejo.

Revija je vsebinsko znanstvena in strokovna, jezikovno pa si posebej prizadeva, da so prispevki napisani v lepi in vsem razumljivi slovenščini. Pri tem so nam vzor jezik, znanstveno in strokovno delo Antona Trstenjaka, enega največjih slovenskih duhov v dvajsetem stoletju.

Revija je usmerjena v **celostno gerontologijo**, ki upošteva pri znanstvenem in praktičnem delu za kakovostno staranje in solidarno sožitje naslednja štiri izhodišča.

1. Celostna antropološka podoba človeka v njegovi telesni, duševni, duhovni, sožitno-socialni, razvojni in eksistencialni razsežnosti ob nedeljivi sistemski celoti vseh teh razsežnosti.
2. Celovit človekov razvoj skozi vsa življenjska obdobja od spočetja do smrti, isto dostojanstvo in smiselnost človekove mladosti, srednjih let in starosti ter povezanost vseh treh generacij v solidarnem družbenem sožitju.
3. Interdisciplinarno dopolnjevanje vseh znanstvenih ved in kulturnih panog, katerih znanja in tehnologije prispevajo h kakovostnemu staranju in solidarnemu sožitju; v reviji prevladujejo gerontološki in medgeneracijski prispevki iz psihosocialnega, zdravstvenega, vzgojno-izobraževalnega ter okoljsko-prostorskega področja.
4. Intersektorsko sodelovanje vseh družbenih in političnih resorjev, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje; posebna pozornost je posvečena medsebojnemu dopolnjevanju družine, krajevne skupnosti, civilne družbe in države.

Posamezni prispevki naj obravnavajo svoje področje tako, da so usklajeni z navedeno jezikovno in antropološko usmeritvijo celostne gerontologije.

Revija izhaja štirikrat letno. Vodena je v domačih in mednarodnih znanstvenih bazah.

Prvi del revije je namenjen izvornim in preglednim člankom; ti so recenzirani. Praviloma vsebujejo s presledki od 10.000 do 30.000 znakov. Prispevki v drugem delu revije povzemajo informacije o novih tujih in domačih spoznanjih in izkušnjah na področju starosti, staranja in medgeneracijskega sožitja. Njihova dolžina se razteza od kratke zabeležke z nekaj sto besedami do obširnejših prispevkov o gerontoloških dogodkih ter spoznanjih in izkušnjah iz literature in prakse. Prispevki so objavljeni v slovenščini.

Uporabljene vire in literaturo se v člankih praviloma navaja sproti v tekstu v oklepaju na sledeči način: (priimek prvega avtorja, letnica izida: stran) ali pa v opombah pod črto. Uporabljena literatura se navaja na koncu članka po abecedi priimkov prvega avtorja. Primeri za navajanje posameznih zvrsti uporabljene literature:

- knjiga: Trstenjak Anton (1989). *Skozi prizmo besede*. Ljubljana: Slovenska matica;
- članek iz revije: Trstenjak Anton (1998). Štirje letni časi življenja. V: *Kakovostna starost*, letnik 1, št. 1, str. 4–7 (če je več avtorjev, se navajajo vsi, loči jih vejica);
- samostojni prispevek iz zbornika ali avtorsko poglavje v knjigi drugega avtorja: Trstenjak Anton, Ramovš Jože (1997). Sciences as a global problem. V: Pejovnik Stane in Komac Miloš (ured.). *From the global to the roots: learning – the treasure within*. Forum Bled '96, 13 – 15 October, 1996. Ljubljana: Ministry of Science and Technology of the Republic of Slovenia, str. 134–139;
- če je avtor organizacija: World Health Organization (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*.
- spletno besedilo: Trstenjak Anton. *Skozi prizmo besede*. V: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si> (datum sprejema besedila na spletu).

Izvirni in pregledni znanstveni in strokovni članki imajo naslednjo obliko: ime avtorja oziroma avtorjev, naslov članka, povzetek (do 250 besed) v slovenščini in v angleščini, ključne besede (2–5) v slovenščini in v angleščini, avtorjevi biografski podatki (do 100 besed v tretji osebi), kontaktni naslov avtorja ali avtorjev (poslovni in elektronski). Besedilo naj bo smiselno razčlenjeno v uvodni del, osrednji prikaz spoznanj, sklepne misli ter navedbo uporabljene literature. Napisano naj bo v urejevalniku besedila Word s standardno pisavo brez dodatnih slogovnih določil, velikost črk 12 pt z razmakom med vrsticami 1,5. Rokopis se pošlje v elektronski in pisni obliki na naslov revije Inštitut Antona Trstenjaka, Resljeva cesta 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana ali kot priponko v e-pismu na: info@inst-antonatrstenjaka.si. Objave izvornih in preglednih znanstvenih in strokovnih člankov v reviji praviloma niso honorirane.

Kakovostna starost

LET. 24, ŠT. 2, 2021

Good quality of old age

VOL. 24, NUM. 2, 2021

ZNANSTVENI ČLANKI

SCIENTIFIC ARTICLES

Jože Ramovš in Alen Sajtl

Koristna in škodljiva medčloveška pomoč 3 Beneficial and harmful interpersonal help

Sonja Hlebš

Fizioterapevtska merilna orodja za ocenjevanje mišično-kostne bolečine pri starejših 36 Measuring tools in physiotherapy for the assessment of musculoskeletal pain in elderly

Urša Bratun

Dejavniki, ki vplivajo na delovno sposobnost zaposlenih v institucionalnem varstvu starejših v Avstriji, na Hrvaškem in v Sloveniji 52 Medgeneracijsko sožitje na delovnem mestu pred covidom-19 in po prvem valu pandemije

IZ GERONTOLOŠKE LITERATURE

63

REVIEW OF GERONTOLOGICAL LITERATURE

SIMPOZIJI, DELAVNICE

71

SYMPOSIUMS, WORKSHOPS

IZ MEDGENERACIJSKIH PROGRAMOV

76

REFLECTING ON THE INTERGENERATIONAL PROGRAMMES

GOOD QUALITY OF OLD AGE

79

KAKOVOSTNA STAROST



INŠTITUT
ANTONA TRSTENJAKA

RESLJEVA 11, p.p. 4443,
1000 Ljubljana, Slovenija
Tel.: + 386 1 433 93 01

<http://www.inst-antontrstenjaka.si>