

STAREJŠI LJUDJE IN NJIHOVE STRATEGIJE SHAJANJA S TVEGANJI ZA ZDRAVJE

OLDER PEOPLE AND THEIR STRATEGIES FOR COPING WITH HEALTH RISKS

Matic Kavčič¹, Maša Filipovič Hrast¹, Valentina Hlebec¹

Prispelo: 2. 9. 2011 – Sprejeto: 9. 5. 2012

Izvirni znanstveni članek
UDK 613.9:316.4

Izvleček

Izhodišča: Članek obravnava problematiko ene najranljivejših skupin v družbi, tj. starejših, in sicer tveganja za zdravje, s katerimi se v vsakdanjem življenju srečujejo starejši po njihovi subjektivni percepciji. Nato na osnovi strategij shajanja analizira načine, na katere si starejši pomagajo, ko so soočeni z različnimi tveganji.

Metode: Prispevek temelji na raziskavi z dvostopenjskim modelom z integracijo kvantitativnih in kvalitativnih metod. Kvantitativni podatki ankete na kvotnem vzorcu (N = 558) so nadgrajeni v temeljnem kvalitativnem delu, ki s pristopom »grounded theory« z večstopenjskim kodiranjem analizira 35 polstrukturiranih poglobljenih intervjujev.

Rezultati: V percepciji starejših so tveganja za zdravje v veliki meri prevladujoča. Zdravstvene težave lahko močno ogrozijo kakovost življenja, ki jo kot najpomembnejšo kategorijo predstavlja neodvisnost. Starejši z različnimi aktivnimi in s pasivnimi strategijami, ki segajo od uporabe tehnologij do omejevanja in prejemanja socialne opore, shajajo z zdravje ogrožajočimi okoliščinami vsakdanjega življenja.

Razprava: Analiza strategij shajanja predstavlja primeren način raziskovanja, ki pokaže starejše kot dejavne akterje, ki sami skrbijo za lastno blagostanje. Na osnovi individualnih strategij lahko tudi posredno razberemo, na katerih področjih bi družba lahko storila več za avtonomnost in vključenost starejših prebivalcev naše družbe.

Ključne besede: starejši, tveganja za zdravje, strategije shajanja, kakovost življenja, integracija kvantitativnih in kvalitativnih metod

Original scientific article
UDC 613.9:316.4

Abstract

Introduction: This article addresses the problems of one of the most vulnerable groups in society - older people. We examine the health risks facing older people in everyday life based on their own subjective perceptions. By analysing coping strategies, we discover diverse ways older people help themselves when faced with various risks.

Methods: This paper is based on a study with a two-stage mixed method research design that combines quantitative and qualitative methods. The initial quantitative survey data on the quota sample (N=558) is later expanded in the primary qualitative part employing a grounded theory approach with multi-stage coding procedures, analysing 35 semistructured in-depth interviews.

Results: In older people's perceptions, health risks largely dominate. Health problems can highly endanger one's quality of life, which is strongly represented by the category of independence. To better cope with health-threatening circumstances of everyday life, older people use various active and passive coping strategies, ranging from the use of technological aids to self-limitation and receiving social support.

Discussion: The analysis of coping strategies represents a suitable approach for observing older people as active agents promoting their own well-being. On the basis of their individual coping strategies, we are able to indirectly assess which areas we could do more in for the autonomy and social inclusion of older people in our society.

Key words: elderly, health risks, coping strategies, quality of life, integration of qualitative and quantitative methods

1 UVOD

S staranjem prebivalstva se vedno večji delež družbe srečuje s povečanim tveganjem določenih zdravstvenih težav. Eden pomembnejših izzivov družbe je, da tudi z ustreznimi zdravstvenimi storitvami zagotovi kakovostno staranje in vključenost starejših v družbo. Starejše zaradi veliko sprememb, ki značilno spremljajo staranje posameznika na individualni ravni in širše v družbi, pogosto opredeljujemo kot eno izmed najranljivejših skupin v družbi. S staranjem se starejši srečujejo s številnimi tveganji, med drugim s pešanjem fizičnega in duševnega zdravja, poslabšanjem finančnega statusa, z izgubo članov njihovih omrežij socialne opore in posledično zmanjšano avtonomijo in kakovostjo življenja (1–4). Med številnimi omenjenimi tveganji so za kakovost življenja ena najbolj ogrožajočih ravno tveganja, povezana z zdravjem.

Med starejšimi so najranljivejši zelo stari, tisti z nizkimi dohodki, s šibkim socialnim omrežjem ter tisti z majhnimi možnostmi za avtonomijo (5). Kot ugotavlja Trbanc (6), so starejši v Sloveniji že v preteklosti veljali za ranljivejšo in socialno bolj izključeno skupino. Glede na nekatere ugotovitve raziskave na podatkih Evropske raziskave kakovosti življenja (EQLS 2003) je zdravje v Sloveniji sicer podobno kot v državah srednje in vzhodne Evrope, vendar slabše kot v preostalih državah članicah EU (7). Slabši je tudi dostop do zdravstvenih storitev. Podobno je tudi za Slovenijo značilno slabše zdravstveno stanje starejših kot v severozahodni Evropi. Podatki EQLS iz leta 2007 za Slovenijo kažejo, da je delež anketirancev, ki so ocenili svoje zdravje kot slabo, višji med starejšimi (28 %, v EU-27 18,3) kot v splošni populaciji (11 %, v EU-27 8,4). Problematičen je tudi dostop do zdravstvenih storitev, kjer je kar 34,6 % starejših (v EU-27 24,6 %) v primerjavi z 32,7 % splošne populacije (v EU-27 23,1 %) ocenilo, da so imeli zelo težek dostop do zdravstvenih storitev, ko so jih nazadnje potrebovali (8). Iz domačih raziskav, ki proučujejo vplive na zdravje, dobro počutje in na kakovost življenja, pa lahko razberemo, kako pomemben dejavnik obvladovanja tveganj, povezanih z zdravjem, so predvsem ožja družinska socialna omrežja (3, 9).

Poglavitni namen članka je odkriti in predstaviti, kako starejši shajajo z zdravstvenimi tveganji, s katerimi se srečujejo v vsakdanjem življenju. Zanima nas, na kakšen način se tveganjem za zdravje izogibajo oz. ta tveganja zmanjšujejo, katere strategije shajanja pri tem uporabljajo. Članek zato temelji na tveganjih za zdravje, pri čemer ne izhajamo iz statistik zdravstvenih diagnoz starejših, temveč želimo induktivno odkriti, katera tveganja za zdravje zaznavajo starejši sami subjektivno in predvsem, kako v soočenju z njimi ravnajo.

Pri obravnavi tveganj se naslanjamo na avtorje, ki s tveganjem razumejo potencialno negativni vpliv nekega trenutnega ali prihodnjega procesa oz. dogodka na neko vredno entiteto (10–12). V tem članku za obravnavo strategij obvladovanja tveganj za zdravje tveganje razumemo kot koncept, pri katerem upoštevamo verjetnost izgube zdravja in tudi škodo, ki jo predstavlja izguba zdravja za posameznika. Za posameznika zdravje običajno predstavlja eno največjih vrednot, zato pomeni njegova izguba zanj navadno izjemno veliko škodo. Izguba zdravja pa ima še določene nadaljnje posledice, ki dodatno povečujejo še druga tveganja. Večje kot so negativne posledice in bolj kot je tak dogodek verjeten, večje je tveganje (4, 13–15). Posameznikovo stopnjo tveganja za zdravje tako definiramo kot produkt (posameznikove individualne) verjetnosti dogodka z negativnim vplivom na zdravje ter verjetne (subjektivno občutene) škode, ki jo ima ta dogodek zaradi izgube zdravja sam po sebi oziroma v svojih posledicah (16, 17).

Za obravnavo različnih načinov, na katere si starejši pomagajo, ko se spopadajo s tveganji za zdravje, se naslanjamo na psihološki koncept, ki ga v angleščini opisuje termin coping. Lazarus in Folkman (18) sta koncept opredelila kot »konstantno spreminjajoče se kognitivne in vedenjske napore, da bi obvladali specifične zunanje in/ali notranje zahteve, ki presegaajo posameznikove resurse.« V tem članku razumemo strategije shajanja v najširšem smislu kot različne vedenjske in kognitivne oblike delovanja starejših, ki jim pomagajo v določeni situaciji, ki potencialno ogroža njihovo zdravje, funkcionirati bolje.

Pomembno se nam zdi odkriti ravnanja starejših, ko se znajdejo v situaciji, ko jim grozi neka nevarnost zdravju. Prav tako nas zanima, kako se starejši spoprimejo z določenimi posledicami realiziranih negativnih dogodkov (zdravstvenimi težavami), ki dodatno porajajo nova tveganja. Menimo, da lahko z identificiranjem individualnih strategij do neke mere posredno pokažemo tudi na določene pomanjkljivosti zagotavljanja zdravstvene oskrbe starejših. Poznavanje strategij, ki jih v vsakdanjem življenju uporabljajo starejši, pa je pomembno za celoten zdravstveni sistem in oblikovalce politik javnega zdravja, saj bo le tako mogoče z ustreznimi ukrepi podpreti posameznike v njihovih prizadevanjih.

2 METODE

Raziskava, katere rezultate predstavljamo v članku, je bila zasnovana na sodobnem raziskovalnem načrtu z dvostopenjskim modelom z integracijo kvantitativnih in

kvalitativnih metod (pristop mixed methods). Uporabljeni pristop lahko opredelimo kot pojasnjevalni raziskovalni načrt z modelom izbire udeležencev (19). V prvi, to je kvantitativni fazi smo raziskovanje začeli z anketo na kvotnem vzorcu (N = 558), ki je zajemal tudi 97 starejših (upokojeni, stari od 58 do 90 let). Podatki so bili zbrani med letoma 2007 in 2008 z osebnimi (face-to-face) anketnimi intervjuji z vprašalnikom »PAPI«. V anketi smo z odprtima vprašanjema (brez vnaprej podanih odgovorov) izmerili subjektivno percepcijo o tveganjih. Odgovore smo kodirali glede na pogostost pojavljanja določenih elementov in jih grafično predstavili (gl. graf 1). Tako smo pridobili osnovne informacije o tveganjih, ki so nato olajšale začetek poglavitne druge kvalitativne faze s poglobljenim spraševanjem o tveganjih in strategijah shajanja v polstrukturiranih intervjujih. Intervjuje smo izvedli z 32 starejšimi, še posebej ranljivimi posamezniki (kategorije: starejši z zdravstvenimi težavami, vdove/vdovci, starejši brez otrok, starejši, ki živijo sami, starejši z nizko izobrazbo, ki živijo v gospodinjstvih, kjer ni delovno aktivnih oseb, starejši, ki so bili delovno aktivni manjše število let, najemniki). Dodatno smo izvedli 3 intervjuje s strokovnjaki, ki delujejo na področju skrbi za starejše (predstavniki iz CSD Škofja Loka, Svetovalno-socialne službe UKC Ljubljana, Zavoda za oskrbo na domu Ljubljana). Rezultati, predstavljeni v tem članku, izhajajo predvsem iz končnih analiz kvalitativne faze raziskovanja, v kateri smo kvalitativne podatke zbrali in analizirali z metodološkim pristopom grounded theory (20). To je kvalitativni pristop, ki s svojo induktivno orientacijo, specifičnimi postopki zbiranja in analize podatkov ter z abduktivnim sklepanjem omogoča produkcijo novega znanja. V primerjavi s kvantitativnim verjetnostnim reprezentativnim vzorčenjem gre tu za namenski izbor enot in iterativno-ciklični model med seboj izmenjujočih se faz pridobivanja podatkov, analiziranja in tvorjenja teoretskih na empiričnih podatkih utemeljenih zaključkov (več glej 21, 22). Zbrano kvalitativno gradivo smo večstopenjsko kodirali in med seboj povezovali v koncepte in vse bolj

abstrahirane kategorije. Neposredni rezultat tega sta kategorizaciji, prikazani v shemah 1 in 2. S takim raziskovalnim pristopom smo presegli spoznavne omejitve kvantitativnih metod, tj. pomanjkanje pozornosti, namenjene neposrednim izkušnjam, in odsotnost glasu samih starejših ljudi.

Proučevani vzorec intervjuvanih starejših z metodo GT je tako sestavljen iz 26 upokojenih žensk in 6 moških, starih med 58 in 90 let (v povprečju 78 let). Poskrbeli smo, da so intervjuvanci glede na lokacijo prebivanja razpršeni po širšem, mestnem in podeželskem območju Slovenije. Večina jih je živela v lastniških stanovanjih, v bloku ali hiši, 6 je bilo najemnikov. Povprečni prihodek intervjuvancev je znašal 502 €. Pri analizah podatkov smo uporabili program za obdelavo kvalitativnih podatkov Atlas.ti. Tovrstna programska oprema pa je vendarle samo koristen pripomoček, ki tehnično olajša postopke kodiranja, pisanje analitičnih zaznamkov, razvoj konceptov in njihovo povezovanje v širše kategorije. Z uporabo kombinacije metod s poudarkom na induktivni kvalitativni analizi želimo v članku prikazati, kako ravnaajo starejši ljudje v praksi, ko so soočeni s tveganji za zdravje v vsakdanjem življenju.

3 REZULTATI

Z rezultati ankete smo posredno identificirali nekatera temeljna področja tveganj kot jih zaznavajo posamezniki. Med tistimi z največjim vplivom na kakovost življenja so prav tveganja za zdravje. Anketirance smo vprašali, kaj jih trenutno najbolj bremeni v vsakdanjem življenju in česa se najbolj bojijo za prihodnost. Izkazalo se je, da so starejši statistično značilno poročali o drugačnih tveganjih kot mlajše generacije. Upokojeni anketiranci so tako poročali predvsem o bremenu, ki jim ga trenutno predstavljajo težave z zdravjem (48%) ter finančne težave (19%). Strahove prihodnosti pa jim v največji meri (83%) predstavljajo ravno zdravstvena tveganja (gl. Tabela 1).

Tabela 1. Zaznana tveganja starejših – kodirani odgovori na odprti vprašani ankete.

Table 1. Perceived health risks of older people – coded answers to open-ended survey questions (N=97).

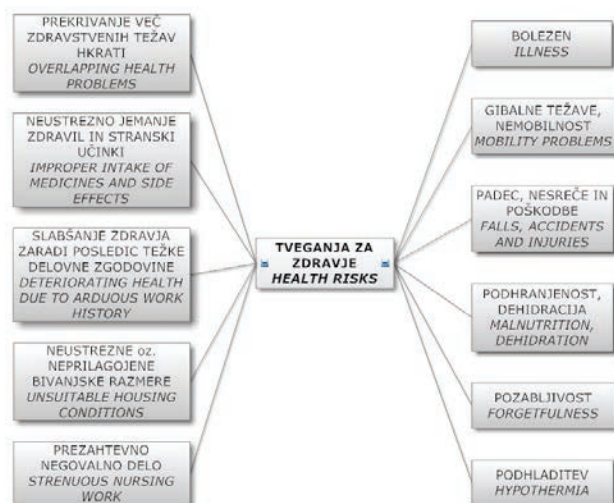
	Kaj vas trenutno najbolj bremeni v vsakdanjem življenju? / Right now, what burdens you most in everyday life?	Česa se najbolj bojite za prihodnost? / What are you most afraid of for the future?
Finančna varnost / Financial security	19,0	3,7
Odnosi / Relationships	7,6	0
Zdravje / Health	48,1	82,9
Sodoben način življenja in dela /Current way of living and working	3,8	1,2
Drugo / Other	8,9	4,9
Nič / Ne vem/ Nothing / Don't know	12,7	7,3

Vir: Podatki, zbrani z izvedbo ankete na kvotnem vzorcu (N = 558), lastna izvedba.

Dobljeni rezultati evidentno kažejo na to, da se s staranjem pričakovane težave in bojzani osredinijo predvsem na zdravje. Glede na te rezultate lahko rečemo, da v percepciji težav in prihodnjih tveganj prevladuje razmišljanje o zdravju in bolezni, pri tem pa je očitno predvsem strah pred poslabšanjem zdravja. Zdravstvena tveganja in težave starejših so povezane z nekaterimi tipičnimi spremembami, ki se pojavijo v starosti. Pogojena so z upadom fizičnih in duševnih sposobnosti ter s pojavom različnih bolezni. Na osnovi analize intervjujev, tj. z večstopenjskim kodiranjem, smo prišli do ugotovitev, ki kažejo na velik pomen nekaterih tveganj za same starejše. Rezultate analize prikazujemo v Shemi 1. Na kratko jih bomo povzeli.

Shema 1. Tveganja za zdravje starejših.

Figure 1. Health risks of older people.



Med najpomembnejša tveganja, ki jih zaznavajo starejši sami, sodijo padci. Tudi intervjuvani strokovnjaki so

padce izpostavili kot pogoste dogodke, ki velikokrat močno spremenijo nadaljnjo kakovost življenja posameznika. Po poročanju naših intervjuvancev so padci tudi v njihovem vsakdanjem življenju pogosti. Intervjuvani starejši in strokovnjaki so poročali celo o poznanih primerih smrti zaradi padcev.

Naslednja pomembna tveganja predstavljajo bolezni. Starejši so poročali o nekaterih značilno starostno pogojenih boleznih, npr. o pešanju čutil pa tudi pešanju fizične moči in o kroničnih bolezenskih stanjih. Bolezni imajo poleg povečanih zdravstvenih težav še psihosocialne posledice – depresijo, slabo samopodobo in socialno izolacijo. Posebno tveganje na področju zdravja pri starejših predstavlja tudi hkratno prekrivanje različnih vrst zdravstvenih težav. To v veliko večji meri povečuje tveganja in negativno vpliva na kakovost življenja na splošno. Predvsem pa je oteženo učinkovito zdravljenje. Intervjuvani starejši so pogosto poročali o naslednjih boleznih oz. zdravstvenih težavah: vrtoglavica, slabovidnost, tresenje rok, težave s srcem, sladkorna bolezen, gibalne težave, okvare hrbtenice, kolkov, pozabljivost, pritisk, inkontinenca, pljučna obolenja, rak itn. Težave z zdravjem oz. bolezni so že same po sebi negativne, prvič zaradi bolečine, ki je moteča na splošno, in drugič, ker onemogočajo delo ter normalno samostojno funkcioniranje in tako posredno in neposredno vodijo v odvisnost. Vzroki za veliko tveganj so predvsem gibalne težave, ki v najbolj zaostreni obliki pomenijo popolno nemobilnost. Tega se veliko starejših najbolj boji, saj jih to pahne v popolno odvisnost. Izguba neodvisnosti pa zanje pomeni največje tveganje.

V intervjujih se je večkrat izkazalo, da je zdajšnje zdravstveno stanje oz. njegovo hitro slabšanje posledica preteklih poškodb in težke delovne zgodovine. Vzrok za različne nesreče in poškodbe je poleg izgube gibalnih sposobnosti tudi kognitivno pešanje. Pozabljivost, npr.

poveča nekatera tveganja, npr. v gospodinjstvu (požar, zastrupitev s plinom, eksplozija).

V veliko pogledih živijo intervjuvani starejši – največkrat zaradi šibkega finančnega statusa – tudi v povsem neustreznih in neprilagojenih bivalnih razmerah, ki povečujejo tveganja za zdravje. Pogosto imajo skromne možnosti ogrevanja, ki lahko vodijo v podhladitve in s tem povezane bolezni, kot je npr. pljučnica. Problem lahko predstavlja tudi vlaga, ki je sicer redkeje opažena. Predvsem pa je pomembna odsotna prilagoditev stanovanja upadlim sposobnostim starejših.

Pomembno je poudariti, da tveganja za zdravje niso izolirana od finančnih, socialnih in od strukturnih oz. sistemskih tveganj – npr. močen vpliv na povečanje tveganja poslabšanja zdravja imajo finančno pomanjkanje, socialna izključenost, osamljenost oz. odsotnost, nedostopnost ali neustreznost nekaterih zdravstvenih storitev za starejše (kot so npr. dolge čakalne vrste za zdravstvene preiskave v sistemu javnega zdravstva ali pa neprimeren javni transport itn.). Tveganja in njihovi učinki z različnih življenjskih področij se tako med seboj povezujejo in krepijo učinke na kakovost življenja posameznika.

Potem ko so bila identificirana tveganja za zdravje starejših, smo z nadaljnjo analizo kvalitativnega gradiva raziskovali njihove strategije za ohranjanje zdravja.

3.1 Strategije ohranjanja zdravja

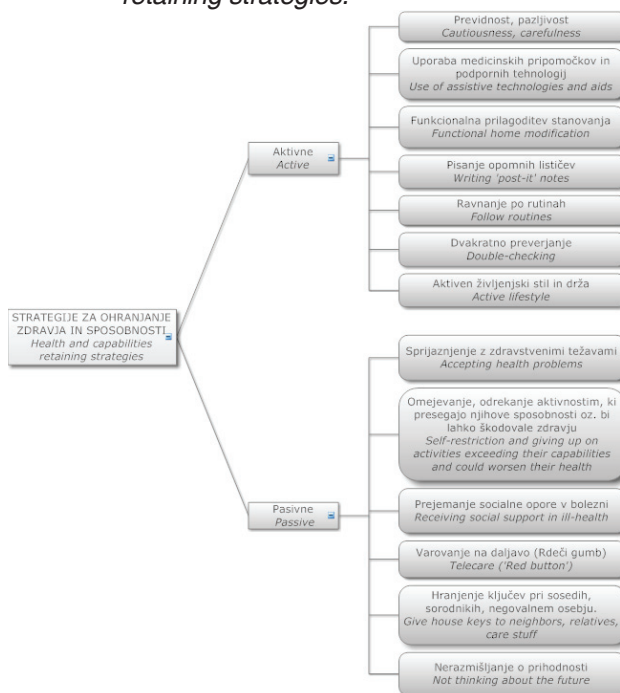
Analize intervjujev so pokazale, da uporabljajo starejši vrsto strategij za ohranjanje zdravja. Večinoma gre za preventivne strategije, s katerimi preprečujejo poslabšanje zdravja oz. gre za trud za povrnitev zdravja na prejšnjo raven. Pri intervjuvanih starejših smo zasledili le malo strategij, s katerimi bi načrtno 'vlagali' v svoje zdravje. Taki so npr. konjički, povezani z rekreacijo (npr. telovadba, kolesarjenje in pohodništvo), a gre tudi v teh primerih pogosteje za element rehabilitacije in dejavnik doseganja pretekle ravni zdravja kot za 'vlaganje' v splošno krepitev zdravja. Med aktivnostmi za izboljšanje zdravja smo zasledili tudi različne »zdrave« prehranjevalne navade in diete, ki naj bi ustrezno njihovim potrebam izboljšale njihovo stanje. Pogosto je prepričanje, da jih »delo gor drži«. Večinoma gre pri zdravstvenih strategijah za zadrževanje oz. doseganje preteklega »zdravega« stanja in povrnitev preteklih sposobnosti, zato menimo, da je ustreznejše kot o izboljševanju govoriti o ohranjanju zdravja in sposobnosti.

Rezultate kvalitativne analize prikazujemo v kategorizaciji strategij ohranjanja zdravja in sposobnosti v Shemi 2. Glede na to, kako starejši shajajo, lahko

po stopnji aktivnosti ločimo med aktivnimi in pasivnimi strategijami shajanja s tveganji za zdravje. Pri aktivnih strategijah akterji neposredno z dejanji v praksi delujejo v smeri razrešitve težave. Pri pasivnih je ta aktivnost manjša oz. je ni, saj gre pogosto za kognitivne prilagoditve obremenjujočim razmeram. Pogosto gre za strategije samoomejevanja, zmanjševanja pričakovani in potreb ter spoznanje o potrebi in pripravljenost za pasivno sprejemanje pomoči.

Shema 2. Kategorizacija strategij ohranjanja zdravja in sposobnosti.

Figure 2. Categorization of health and capabilities retaining strategies.



3.1.1 Aktivne strategije ohranjanja zdravja

Najpogostejša aktivna strategija, ki jo intervjuvani starejši uporabljajo, je previdnost oz. pazljivost. Poročajo, da se različnim tveganjem, kot sta npr. padec ali požar v kuhinji, izogibajo predvsem tako, da so še posebej previdni in da »pazijo« npr. na vsak korak, kako ga naredijo. Ker menimo, da gre pri takem »pazenju« za konkretno aktivnost in dejanski napor pri aktivnosti, smo ga uvrstili med aktivne strategije. Takšna previdnost na vsakem koraku terja tudi določeno načrtovanje, zbranost, pozornost in čas. Starejši zato oblikujejo in nato delujejo po določenih zastavljenih rutinah, dvakratno preverjajo določene pomembnejše stvari (npr. ali so zaprli plin na štedilniku). Če imajo težave s

pozabljivostjo, uporabljajo strategijo pisanja opomnih lističev, ki jih opominjajo na določena tveganja ali pa jih spominjajo na stvari, ki jih morajo še postoriti.

Če jim finančne zmožnosti dopuščajo, se odločijo za funkcionalno prenavo oz. prilagoditev stanovanja svojim novim potrebam in zmožnostim. Običajno gre za prenavo kopalnic, namestitev ograj in prijemališč na stopniških itn. Najpogostejša težava v hišah in blokih so stopnice. Običajno predrage in starejšim nedosegljive so klančine ali druge še bolj sofisticirane rešitve, ki bi jim bistveno zmanjšale tveganje padca in olajšale mobilnost. Uporaba medicinskih pripomočkov in podpornih tehnologij neposredno pripomore k preprečevanju nesreč in poškodb ter tako zmanjšuje tveganja za zdravje. Ti pripomočki zajemajo palice, bergle, t. i. hojce, invalidske vozičke, slušne in optične pripomočke itn.

Starejši so pogosto sami poudarili tudi pomen aktivnega življenjskega sloga oz. drža, ki se kaže v aktivnostih – trdem, vztrajnem delu – in v življenjski drža, ki jo zaznamujejo pogum, vztrajnost, žilavost, celo trma in ki prispeva k lažjemu shajanju v starosti.

P-19 – Tadeja, 76: »A veste, kako grem. Po stopnicah tle se držim, tle dve palce držim, pa po vsako stopnico. Sej zanč /.../ komaj sm se ujela. Nism vedla, da je že fertik, pa je bla še ena stopnica. Na ovinku sm se spotaknila. Zdej morm tko pazit.«

P-5 – Bojana, 70: »Zame so stopnice ..., mož je ograjo naredu za prijet ...«

P-21 – Katja, 83: »Pol si pa mau zapišem, a ne. Takole.« I: »Emm, kaj pa če bi kakšna voda ali pa na štedilniku kaj takega, da bi pozabili to zapret?« Katja, 83: »Takole grem zvečer šporget pogledat, preden grem ležat.« (Smeh.) I: »Aha, preverite, če je ...?« Katja, 83: »Ja. Ja, pogledat morm ... takole, a ne. Zato k ga ... preverim. Pa včasih grem še enkrat pogledat, pol rečem, a ne, da preverjam, a ne.«

P-16 – Tereza, 74: »Ja, edin to. Stol sm kupila mu, un stol za kopat. Tist, k se da na bano, in sm kupila stol. Dnarja sm dala 75, polovico je dala pa socialna. Ja, to sm kupila. Voziček mam v posoji iz Tabora. Kar je še kej tazga, se pa že kup.«

P-10 – Tatjana, 90: »Jaz sem hobi imela prej križanke pa branje ... to je pa lupa, ki je pa ta zadnji izdelek, kar so jih naredili, ker ne vidim ...« I: »Aha, vidim, kar digitalna, to se pa res fino vidi.« Tatjana, 90: »Ja, to velike črke so, jaz drugače ne vidim prebrati nobene reči ... tale je pa pravzaprav tako,

eno uro bereš, pol ga moraš pa spet nafilati, k so baterije. To stane 680 evrov.«

3.1.2 Pasivne strategije ohranjanja zdravja

Za shajanje z zdravstvenimi tveganji uporabljajo starejši tudi pasivne strategije. Sami poudarjajo, da se je v določenih situacijah za lažje shajanje treba tudi sprijazniti z zdravstvenimi težavami. To razumemo kot funkcionalen način obvladovanja stresa in prilagoditev novim zmožnostim v vsakdanjem življenju. Tudi intervjuvani strokovnjaki, ki se pogosto srečajo s situacijo, v kateri se starejši težko sprijaznijo z omejenimi možnostmi, so poudarili to kot izjemno pomembno. Pogosto je s tem povezano tudi odpovedovanje določenim aktivnostim, ki zdaj presegajo njihove sposobnosti in bi lahko vodile v poslabšanje zdravstvenega stanja.

P-5 – Bojana, 70: »Nč, ne počutim se staro, pa prav če mam tok polhno težav včasih, da jih ne znam preštet.« I: »... »zarad zdravja ...« Bojana, 70: »... ja zarad zdravja ...« I: »Kdo vam jih pomaga še kaj lajšat, na kakšen način?« Bojana, 70: »Ah, veste kaj, jst sem se kar tako navadla, me takole kakšna kolegica pokliče, reče, kako si? Pravim Bo, bo. Ne govorim o težavah, veste, sej ma vsak svoje, vsak ma svoje. En ma take, en ma take. In se morš, družga ti ne kaže, sprjaznt se morš s situacijo, pač kakršna je.« Bojana, 70: »Kako ste se to sprijaznili, je bilo težko, kako je to potekalo?« Bojana, 70: »Težko, težko, zelo težko! Zelo težko!« P-26 – I: »Vi bi še vseeno radi kam šli, samo je problem tale zdravstveni, ko ne morete hodit.« Marijana, 74: »Zdaj za izlete je že tri leta, odkar nisem šla, prvič pri denarju, ne, drugič pa hodit ne morem, kaj čem v avtobusu. Vsak izlet pa je, da greš malo okrog pogledat. Maja bom šla, če bom le lahko. Gremo pa v Avstrijo na Vrbsko jezero, pa čez Celovec domov.«

Strokovnjak ZOD LJ: »Torej zarad tega, ker se je izredno težko sprijaznt, da sploh rabš pomoč. Vsak pacient, ne. Potem ko so ugotovil, da jo res rabš, ne, so prva pričakovanja prouzaprou obrnjena nasproti družini. In potem družina odigra, kolkor lahko odigra. In potem enkrat tud družina ne more več, ne. Al pa, če družine ni, ne. Takrat smo prouzaprou mi v špilu, ne. Da se nas pokliče, ne.«

Izjemno pomembna je tudi socialna opora, ki posredno in neposredno preprečuje veliko tveganj za zdravje. Tako lahko npr. že minimalna praktična pomoč, ki jo dobi starejša oseba pri določenem zanjo tveganem opravilu, prepreči mogočo nesrečo in poslabšanje

zdravstvenega stanja. Treba pa je to oporo znati tudi sprejeti in se prilagoditi situaciji, v kateri sam nisi več povsem avtonomen, ampak si odvisen od pomoči drugih. Velika večina se ob boleznih v največji meri zanaša na pomoč družine. Pri intervjuvanih starejših pa se je pokazala tudi zelo pomembna vloga sosedov, ki pomagajo v urgentnih situacijah, saj se ti lahko najhitreje odzovejo. Sosedje imajo pomembno vlogo tudi pri manjši praktični pomoči, zlasti tam, kjer je družina odsotna ali pa živi daleč stran.

P-6, I: »Kaj pa, če si zamislite, da bi si kaj naredila, kdo bi vam pomagal, kdo bi vam pomagal, kako bi pol?« Simona, 87: »Saj bi poklicala, pa bi mi pomagal.« I: »Koga bi pa poklical?« Simona, 87: »Ja, sosede taprvo, mam take sosede, oh ja ja ja, otroc me zmerm kličejo. Zadnjič je blo enkrat, sem šla pa k sosed tlele, me pa otroc kličejo, kje sem, kje sem, tak jih je skrbel. Jezos, pol so pa prišli pogledat.« I: »Aja, so kr sm prišli?« Simona, 87: »Ja, sevede, tak se bojijo. Ja.«

Med pasivne strategije varovanja zdravja lahko uvrstimo tudi t. i. varovanje na daljavo (npr. Rdeči gumb), ki s pomočjo alarmnega klica omogoči hitro in ustrezno intervencijo ter tako prepreči najhujše posledice. Ena precej razširjenih ter bolj praktičnih in pomembnih strategij, na katero so opozorili tudi strokovnjaki, je hranjenje ključev pri sosedih, sorodnikih. To omogoča možnost hitrejša in preprostejša intervencije ob potrebi ter tako povečuje varnost. To poudarjajo tudi strokovnjaki na Zavodu za oskrbo Ljubljana, ki bi si želeli ključke od vhodnih vrat svojih varovancev, saj bi jim bilo tako po eni strani olajšano delo, hkrati pa bi to povečalo tudi varnost njihovih varovancev.

P-10, I: »Kaj pa, če se vam kaj takole zgodi, kdo bi vam prišel pomagat?« Tatjana, 90: »Nč drugega ne bi naredila, če bi že glih tako daleč prišlo, bi pa tale gumbek prtisnla.« I: »Aha, to je ta za pomoč na daljavo?« Tatjana, 90: »Ja, gumbek, ja, na 24 ur.« I: »To imate kar okoli vratu?« Tatjana, 90: »Skoz ga imam, spim zraven s temu, zato če bi mi bilo slabo, ker se gre tudi včasih malo zaradi srca, ker se mi je že to naredilo, da me je napadlo, če bi tako bilo, jaz potem samo tale gumbek prtisnem, pa bo sam povedal, sam se bo vklopil telefon in dol se bodo oglasili pa bodo vedeli kaj, če bom mogla povedat, bom povedala, če ne bodo pa sami ukrepali naprej, da bodo takoj zdravnika poklicali, pa taprvo tiste, ki imajo napisane, sosede, ki imajo ključke. Dve sosede imate ključke, tista, ki mi nosi, od vhodnih vrat in stanovanja. Ta, koker pa pripovedujem, pa

ne zaupa nobenem ključev, nobenem ne da, to je še pa bolj nevarno. Tako da so morali dati že nova vrata, k so jih stolkli. Vse mogoče je.«

P-6 – Simona, 87: »Ja. Zvečer, ko grem ležat, ključke zmeri ven potegnem, ko otroc imajo pa vsi ključke moje, da lahko pridejo noter.«

Pomembna značilnost, ki smo jo odkrili pri naših intervjuvanih starejših, je odsotnost razmišljanja o prihodnosti. Odkrito izogibanje načrtovanju in razmišljanju se v temelju nanaša na prihodnje reševanje, predvsem zdravstvenih težav, podobno pa tudi finančnih težav in drugih tveganj. Na primer: gre za vprašanja, kdo in kako bo poskrbel zame, če resneje zbolim, ali je treba spremeniti prostor, v katerem prebivam, kako se opredeljujem o odhodu v domsko oskrbo, kako bom zagotovil zadostne finančne vire za to itn. Opazili smo, da starejši o težavah prihodnosti izrazito ne želijo razmišljati vnaprej; pravijo »kar bo, pa bo« in se raje sprijaznijo s sedanostjo. Videti je, da se s težavami raje spoprimejo ad-hoc, takrat, ko se te pojavijo.

P-4 – I: »Se s kom še pogovarjate o prihodnosti, kej planirate z ženo, da morta kej posebnega ...« Luka, 74: »Nč.« I: »Kakšne plane imet?« Luka, 74: »Nč.« I: »Kej privarčevat?« Luka, 74: »Nč posebnega! Po pravic povem, za sprot. /.../«

P-4 – Luka, 74: [o institucionalni negi zaradi boleznih] »To pa jaz raj ne razmišljam, k to pa prehitro samo pride!«

P-33 – Strokovnjak CSD Šk. Loka: »To sm js mogla vprašat njega, kam pa vi mislite, ko boste potreboval pomoč? Sploh ne razmišljajo o tem. Ta mi je reku, gospod je reku Nej me pa pobijejo. Kar tako se pa lih ne pobije, a ne.« I: »Aha, imate tudi vi potem tako izkušnjo, da večinoma ljudje ne razmišljajo, kaj bo?« Strokovnjak CSD Šk. Loka: »Nočejo razmišljat.« I: »Aha, zakaj pa mislite, da nočejo?« Strokovnjak CSD Šk. Loka: »Bojijo se. Odvisnosti. Bojijo se odvisnosti, bojijo se samga sebe v bistvu ...«

Tovrstno izogibanje razmišljanju o prihodnosti pri starejših po eni strani zmanjša zanje nepotrebno predhodno razmišljanje o neprijetnih zadevah, ki se mogoče pozneje niti ne bodo pojavile. Po drugi strani pa imajo starejši verjetno dovolj težav že zdaj, tako da nimajo časa razmišljati za daleč naprej – treba je reševati zdajšnje težave, katerim je namenjen ves trenutni napor. Kot pglavilni dejavnik pa lahko izpostavimo prav stres in strah glede negotove

prihodnosti. Rezultati kažejo, da prihodnost iz njihove perspektive skriva precej črn scenarij, v katerem ima posameznik le malo moči in vpliva na nadaljnji potek, kar povzroča velik stres. Zato lahko sklepamo, da tako izogibanje razmišljanju o perečih scenarijih prihodnosti v dani situaciji dejansko pomeni pomembno strategijo shajanja s psihološko stisko, ki bi se pojavila ob stresnem razmišljanju o verjetnih problemih prihodnosti.

4 RAZPRAVA

Podobno kot številne raziskave (1–6) tudi ta raziskava potrjuje večjo ranljivost starejših. Ponovno se je tudi izkazalo, da se njihova tveganja značilno razlikujejo od tveganj mlajših generacij (17). Analize ankete in poglobljenih intervjujev so prikazale izrazito pomembno vlogo tveganj na področju zdravja za kakovost vsakdanjega življenja starejših. Med najvidnejšimi tveganji so padci, kar je razumljivo, saj lahko v trenutku drastično spremenijo kakovost življenja in veliko s starostno povezanih bolezni, kot so npr. senzorno popuščanje (23), kronične bolezni itn., ki zelo očitno zmanjšujejo kakovost življenja starejših.

Pomembna ugotovitev poglobljenega kvalitativnega dela raziskave je, da se tveganja med seboj izrazito povezujejo in da za posameznika postanejo neobvladljiv problem, ko se začnejo prekrivati in medsebojno krepiti. Podobno kot ugotavljajo drugi avtorji, tudi iz naših analiz sledi, da so temeljna in za starejše najbolj pereča tista tveganja, ki ogrožajo njihovo avtonomnost in vodijo v odvisnost (24–27). Pomen neodvisnosti in samostojnosti je v literaturi pogosto omenjen in v splošnem prepoznan kot pomemben. Manj pa je konkretnih obravnav. Neodvisnost poudarjajo predvsem tiste širše, pogosto kvalitativno zasnovane študije, ki obravnavajo potrebe starejših oz. izhajajo iz prakse in težav s področja nege oz. oskrbe (28, 29).

Na osnovi kvalitativne analize strategij lahko sklenemo, da starejši uporabljajo vrsto strategij, s katerimi želijo večinoma preprečiti oz. zmanjšati nekatera tveganja za zdravje oz. predvsem zadržati ali povrniti zdravje na prejšnjo raven. Tudi druge študije omenjajo različne strategije, npr. proaktivno prilagajanje ter preventivne in korektivne prakse za ohranjanje kakovosti življenja (30) oz. poudarjajo različne aktivne, adaptivne in pasivne strategije (25). Tako opisujejo starejše kot dejavne akterje, ki si odvisno od življenjske zgodovine (31) zdravstvenega in finančnega stanja ter drugih pogojev (socialnega omrežja, socialno varstvenih in negovalnih storitev itn.) s praktičnimi in kognitivnimi strategijami uspešno zagotavljajo lastno blagostanje (32).

Z našo študijo podpiramo ugotovite, da je ranljivost starejših odvisna od njihovih sposobnosti shajanja, ki jo določajo individualne kapacitete, njihova socialna omrežja in formalne socialnovarstvene storitve (31). Zato menimo, da se za razumevanje ranljivosti starejših na zdravstvenem področju kaže analiza strategij shajanja kot primeren način raziskovanja, ki lahko služi tudi informiranemu oblikovanju ukrepov, ki bi aktivno podprli že razvite lastne strategije starejših oz. le-te dopolnili. Skrb vzbujajoča sta ravno število in pogostost strategij samoomejevanja in odpovedovanja, ki kažeta na pomanjkljivosti na tem področju.

V prihodnje velja posebno raziskovalno pozornost nameniti odkriti odsotnosti razmišljanja oz. načrtovanja starejših glede njihove prihodnosti. Tak odnos do težav prihodnosti se nam zdi še posebej zanimiv, a potencialno tudi problematičen. Predvsem zato, ker gre pri premišljevanju in načrtovanju prihodnosti za potrebno predvidevanje prihodnjih potreb, ustreznih resursov in načinov, kako te potrebe zadovoljiti. To sta proučevala tudi Soerensen in Pinguart (33) in ugotovila, da je odsotnost načrtovanja pogostejša pri revnejših in manj izobraženih ter tistih, ki ne prejmejo dovolj informacij in nimajo dovolj socialnih resursov. Videti je, da za starejše prihodnost iz njihove perspektive skriva precej črn scenarij. Že samo razmišljanje o tem jim povzroča precejšnje psihološko stisko. Če se posameznik čuti povsem nemočnega v luči prihodnjih tveganj in je prepričan, da ne more narediti nič, da bi se tem tveganjem izognil oz. jih zmanjšal, je lahko že samo sprijaznjenje oz. namerno ignoriranje tistega, česar se ne da obvladati, učinkovit pristop redukcije stresa (18). Skladno z ugotovitvami drugih (18) menimo, da izogibanje razmišljanja o perečih težavah prihodnosti v danih okoliščinah sicer predstavlja učinkovito strategijo shajanja s trenutno psihološko stisko, hkrati pa žal tudi pomeni, da se posameznik ne bo mogel ustrezno pripraviti na prihodnje, s staranjem povezane zdravstvene in druge težave. Vsakršno strateško načrtovanje in usklajevanje potreb z resursi, ki so na voljo, ter proaktivno spoprijemanje s prihodnjimi tveganji in težavami je tako močno oteženo. Tudi sicer, kot ugotavljajo drugi avtorji (31) individualne kapacitete shajanja, le redko zadoščajo za ustrezno soočanje z izzivi in s tveganji starosti, zato bi veljalo z določenimi (v sklepu naštetimi) ukrepi izboljšati stanje in predvsem zmanjšati stres, ki izhaja iz nemoči in strahu pred popolno odvisnostjo, kar bi v praksi najverjetneje sprožilo načrtovanje in tako prineslo podvojene pozitivne učinke.

5 ZAKLJUČEK

Na osnovi izvedenih kvantitativnih in kvalitativnih analiz smo ugotovili, da v percepciji starejših prevladujejo tveganja za zdravje. Zdravstvene težave so rezultat negativnih izidov tveganj, ti izidi pa pogosto porajajo nova tveganja. Zdravstvene težave so eden najbolj perečih elementov, ki ogroža kakovost življenja posameznikov, saj poleg tega, da so neprijetne same po sebi, onemogočajo delo in tako onemogočajo normalno avtonomno funkcioniranje, kar vodi posameznika v odvisnost – temeljno tveganje starejših. Starejši se z uporabo številnih strategij aktivno in pasivno srečujejo z zdravstvenimi tveganji in si tako individualno zagotavljajo določeno stopnjo neodvisnosti in na splošno kakovosti življenja.

Glede na ugotovljene individualne strategije spopadanja z zdravstvenimi tveganji je razvidno, na katerih področjih bi družba lahko storila več za kakovostno preživljanje starosti. Dobrodošli bi bili npr. ukrepi na področju različnih oblik pomoči pri prilagajanju bivalnih prostorov njihovim spremenjenim sposobnostim, praktični nasveti in informacije o varnih in preventivnih praksah vsakdanjih opravil. Z vidika prostorske mobilnosti in vključenosti bi bili dobrodošli potrebam in sposobnostim starejših prilagojeni prevozi. Podobno naj bi tudi ukrepi v zdravstvenem sistemu z bolj prilagojenimi storitvami zadostili potrebam starejših. Zgoraj naštetih primeri bi bili tako v temelju usmerjeni v zadrževanje čim višje stopnje avtonomnosti starejših.

Na osnovi prikazanih spoznanj tako velja poudariti željo, da bi se družbenopolitični ukrepi (zlasti tudi tisti znotraj zdravstvenega sistema) zavedali obravnavane problematike in se usmerili k storitvam, ki bi starejšim (kljub njihovim veliko zmanjšanim zmožnostim) zagotovili take storitve, ki bi kar se da spodbujale neodvisnost, participacijo, samostojnost in socialno vključenost starejših.

Literatura

- Pahor M, Domajnko B. Kdo me bo gledal? Socialna opora, zdravje in bolezen starejših ljudi. *Teorija in praksa* 2007; 1-2: 254 – 75.
- Nagode M, Kolarič Z, Hlebec V. Delovanje in vrednotenje varovalno – alarmnega sistema za starostnike. *Kakovostna starost* 2004; 7: 21 – 34.
- Hlebec V. Socialna omrežja starostnikov v Sloveniji. *Družboslovne razprave* 2003; 43: 171-82.
- Grebenc V, Flaker V. Ocena tveganja kot metoda načrtovanja neodvisnega življenja ljudi z demenco. In: Mali J, Milošević-Arnold V, editors. *Demenca – izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 2007: 73-89.
- Grundy E. Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing Soc* 2006; 26: 105-34.
- Trbanc M. Social exclusion: the concept and data indicating exclusion in Slovenia. *Družboslovne razprave* 1996; 22/23: 99-114.
- Lah I, Pahor M, Hlebec V. Zdravje starejših ljudi kot element kakovosti življenja v Evropi. *Obzor Zdr N* 2008; 2: 87-97.
- Eurofond. European quality of life survey 2007. Februar 2010. Pridobljeno 12. 4. 2011 s spletne strani: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/qualityoflife/eqls/2007/>.
- Pahor M, Hlebec V. Socialna omrežja in zdravje: spremembe v Sloveniji. *Zdrav Var* 2006; 45: 175–85.
- Pizam A, Jeong GH, Reichel A, van Boemmel H, Lusson JM, Steyberg L et al. The relationship between risk-taking, sensation-seeking, and the tourist behaviour of young adults: a cross-cultural study. *J Travel Res* 2004; 42: 251-60.
- Lupton D. *Risk*. London: Routledge, 1999.
- Slovic P. Perception of risk posed by extreme events. Paper presented at the conference Risk Management strategies in an Uncertain World, Palisades, New York, 12 – 13 april, 2002.
- Flaker V. Analiza tveganja. *Socialno delo* 1994; 3: 189-96.
- Rohrmann B. Cross-cultural comparison of risk perceptions: Research, results relevance. Paper presented at the ACERA/SRA conference, Melbourne, Australia, 18 julij 2006.
- Hamilton C, Adolphs S, Nerlich B. The meanings of 'risk': a view from corpus linguistics. *Discourse Soc* 2007; 2: 163-81.
- Campbell S, Currie G. Against beck: in defence of risk analysis. *Philos Soc Sci* 2006; 2: 149.
- Kavčič M. Vsakdanja tveganja starejših ljudi: obravnava koncepta in življenjskih situacij starejših. In: Mandič S, Filipovič Hrast M, editors: *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2011: 161.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- Creswell JW, Plano-Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage, 2007.
- Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967.
- Strauss AL, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage, 1990.
- Struebing J. *Grounded theory: zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008.
- Margrain TH, Boulton M. Sensory impairment. In: Johanson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005: 121-30.
- Davies S, Laker S, Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *J Adv Nurs* 1997; 26: 408–17.
- Duner A, Nordstroem M. Intentions and strategies among elderly people: coping in everyday life. *J Aging Stud* 2005; 19: 437–51.
- Borglin G, Edberg AK, Rahm-Hallberg I. The experience of quality of life among older people. *J Aging Stud* 2005; 19: 201–20.
- Prieto-Flores ME, Fernandez-Mayoralas GF, Rosenberg MW, Rojo-Perez F. Identifying connections between the subjective experience of health and quality of life in old age. *Qual Health Res* 2010; 11: 1491 – 9.
- Roe B, Whattam M, Young H, Dimond M. Elders' perceptions of formal and informal care: aspects of getting and receiving help for their activities of daily living. *J Clin Nurs* 2001; 10: 398–405.
- Commission for Social Care Inspection. *Making choices: taking risks*. London: Strategy Directorate CSCI, 2006.

30. Kahana E, Kahana B, Kercher K. Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing Int* 2003; 2: 155 – 80.
31. Schroeder-Butterfill E, Mariani R. A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing Soc* 2006; 26: 9 – 35.
32. Tanner D. Starting with lives: supporting older people's strategies and ways of coping. *JSW* 2007; 1: 7 – 30.
33. Soerensen S, Pinquart M. Preparation for future care needs: styles of preparation used by older Eastern German, United States, and Canadian women. *J Cross Cult Gerontol* 2000; 15: 349–81.