

**PREHRANA IN TELESNA DEJAVNOST ZA ZDRAVJE
PRI STAREJŠIH - PREGLED STANJA**



PREHRANA IN TELESNA DEJAVNOST ZA ZDRAVJE PRI STAREJŠIH - PREGLED STANJA

Uredili:
Mojca Gabrijelčič Blenkuš in Olivera Stanojević Jerković

Ljubljana, 2010



PREHRANA IN TELESNA DEJAVNOST ZA ZDRAVJE PRI STAREJŠIH - PREGLED STANJA

Avtorji:

Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Inštitut za varovanje zdravja RS
Olivera Stanojević Jerković, Zavod za zdravstveno varstvo Maribor
Branka Đukič, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana
Matej Prezelj, Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica
Miša Ješe, Zavod za zdravstveno varstvo Kranj
Tatjana Škornik Tovornik, Zavod za zdravstveno varstvo Celje
Vida Fajdiga Turk, Inštitut za varovanje zdravja RS
Andreja Drev, Inštitut za varovanje zdravja RS
Irena Jerič, Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica
Petra Tratnjek, Zavod za zdravstveno varstvo Celje

Glavni urednici:

Mojca Gabrijelčič Blenkuš in Olivera Stanojević Jerković

Izdajatelj:

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Prevajalka:

Maja Stergar

Oblikovanje in prelom:

Andreja Frič

Lektoriranje:

Besedilo ni lektorirano

Tisk:

Besedilo je objavljeno v elektronski obliki

Leto izdaje:

Ljubljana, 2010

KAZALO

| | |
|---|-----------|
| Povzetek | 6 |
| Executive summary | 10 |
| 1. PREHRANA IN GIBANJE V PROMOCIJI ZDRAVJA PRI STAREJŠIH ODRASLIH - OPREDELITEV TEMATSKEGA PODROČJA | 14 |
| 1.1 Promocija zdravja v starejšem življenjskem obdobju..... | 14 |
| 1.1.1 Posebnosti promocije zdravja pri starostnikih | 15 |
| 1.1.2 Učinkovitost promocije zdravja pri starostnikih | 17 |
| 1.1.3 Koncept zdravega staranja | 17 |
| 1.1.4 Odgovornost za zdravo staranje - predvsem odgovornost družbe, ne le posameznika | 18 |
| 1.1.5 Promocija zdravega staranja | 18 |
| 1.2 Značilnosti prehrane in gibanja pri starejših | 20 |
| 1.2.1 Dejavniki, ki vplivajo na nastanek prehranskih problemov pri starejših | 20 |
| 1.2.2 Prehrana starejših odraslih in posebne zdravstvene potrebe | 22 |
| 1.2.3 Bolezni in stanja, ki so tudi pri starostnikih pomembno povezana s prehrano in prehranskim statusom..... | 23 |
| 1.2.4 Posebnosti prehrane starejših odraslih | 24 |
| 1.2.5 Energijske potrebe pri starejših odraslih | 25 |
| 1.2.6 Makrohranila v prehrani starejšega odraslega..... | 26 |
| 1.2.7 Mikrohranila v prehrani starejših odraslih | 27 |
| 1.2.8 Koristi telesne dejavnosti v starosti | 29 |
| 1.2.9 Bolezni in stanja, ki so pri starostnikih povezana s telesno dejavnostjo | 29 |
| 1.2.10 Smernice o gibalni aktivnosti starostnikov | 30 |
| 1.3 Starejši odrasli, socialni kapital in socialna omrežja..... | 30 |
| 1.4 Staranje populacije..... | 31 |
| 2. RAZISKOVALNE METODE IN PRISTOPI | 34 |
| 2.1 Kvantitativna metodologija v pregledu prehranskih in gibalnih navad starejših odraslih | 34 |
| 2.2 Semi-kvantitativni pristop pri pregledu mnenj ključnih informatorjev, ki se pri delu srečujejo s starejšimi odraslimi..... | 35 |
| 2.3 Fokusne skupine kot kvalitativna metoda raziskovanja | 36 |
| 3. PREGLED STANJA NA PODROČJU PREHRANE IN TELESNE DEJAVNOSTI ZA ZDRAVJE PRI STAREJŠIH ODRASLIH..... | 38 |
| 3.1 Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (European Health Interview Survey - EHIS)..... | 38 |
| 3.1.1 Prehranjevalne navade in prehranski status pri starejših ter z njima povezane spremenljivke | 38 |
| 3.1.1.1 Prisotnost s prehrano povezanih bolezni in bolezenskih stanjmed starostniki | 40 |
| 3.1.1.2 Pogostost jemanja zdravil za posamezno bolezen | 40 |
| 3.1.1.3 Merjenje krvnega tlaka, vrednosti holesterola in krvnega sladkorja s strani zdravstvenega delavca | 41 |
| 3.1.1.4 Pogostost uživanja sadja, zelenjave in solat ter pitje sadnih ali zelenjavnih sokov | 41 |
| 3.1.1.5 Pogostost iskanja informacij, povezanih z zdravjem, v različnih virih | 42 |
| 3.1.1.6 Struktura prebivalcev Slovenije glede na indeks telesne mase - ITM | 44 |
| 3.1.2 Gibalna aktivnost in starostniki | 44 |
| 3.1.2.1 Prisotnost bolezni in bolezenskih stanj glede na starost – 2. del..... | 45 |
| 3.1.3 Zaključki | 49 |

| | |
|---|----|
| 3.2 Prehrana in gibanje starejših s stališča ključnih informatorjev v zdravstvenem in socialnem sistemu ter med nevladnimi organizacijami | 50 |
| 3.2.1 Izpostavljeni problemi starejših, kot jih zaznavajo ključni informatorji | 51 |
| 3.2.2 Predlagani ključni ukrepi in aktivnosti za izboljšanje stanja, po sektorjih, kot so jih opredelili ključni informatorji..... | 53 |
| 3.2.3 Sporočila anketiranih ključnih informatorjev | 54 |
| 3.2.4 Zaključki | 55 |
| 3.3 Razumevanje pomena prehrane in gibanja skozi pogled starejših odraslih | 56 |
| 3.3.1 Starejše ŽENSKE, živeče v urbanem in ruralnem okolju..... | 56 |
| 3.3.2 Starejši MOŠKI, živeči v urbanem in ruralnem okolju | 60 |
| 3.3.3 Zaključki | 66 |
| 4. KLJUČNE UGOTOVITVE O STANJU NA PODROČJU PREHRANE IN GIBANJA PRI STAREJŠIH ODRASLIH..... | 70 |
| 5. VIRI | 73 |
| Priloga 1: Vprašalnik za ključne informatorje..... | 78 |
| Priloga 2: Protokol za izvedbo razgovorov v fokusnih skupinah | 83 |

Povzetek

Zdravo staranje je proces, v katerem optimiziramo priložnosti za fizično, socialno in duševno zdravje, ki omogoči starejšim ljudem, da brez diskriminacije aktivno sodelujejo v družbi ter uživajo neodvisnost in dobro kvaliteto življenja. Svetovna zdravstvena organizacija definira ideal zdravja starostnikov kot stanje funkcionalne neodvisnosti. Po tem kriteriju 5 % starostnikov sodi v skupino nezmožnih, 20 % je ranljivih in kar 75 % jih je neodvisnih. S stališča promocije zdravja je pomembno, da se proučuje tudi značilnosti tistih, ki funkcionirajo neodvisno. Tudi na podlagi slednjega lahko definiramo programe in aktivnosti za to populacijsko skupino,.

Aktivno/zdravo staranje je proces, ki ves čas spodbuja in krepi možnosti za zdravje, vključenost v družbo ter varnost. Cilje je izboljšanje kvalitete življenja v starosti. Z vidika družbe je premik paradigme v zasuku od koncepta patološkega staranja h konceptu zdravega in aktivnega staranja, kar pomeni širšo dimenzijo; od sekundarne in terciarne preventive k primarni in univerzalni preventivi ter promociji zdravja; od koncepta »dodajmo leta življenju« k tistemu »dodajmo življenje letom«.

Programi promocije zdravja morajo temeljiti na znanstvenih dognanjih in morajo biti jasno razumljivi javnosti, ki so ji namenjeni. Predvsem morajo izhajati iz potreb starejših in potreb tistih, ki se pri svojem vsakodnevnem delu srečujejo s starejšimi. Bistvena načela za zagotovitev zdravega staranja, ki bi naj bila sestavni del tako političnih odločitev, raziskav kot tudi vsakdanje prakse, so sledeča (1) starejši so *pomembni* za družbo; (2) starejši imajo *enake možnosti* za zdravstveno oskrbo; (3) starejši imajo možnost samostojnega razvoja in *sodelovanja pri odločanju*, zlasti glede zadev, ki se jih neposredno tičejo; (4) promocija zdravja in preventiva sta lahko *učinkoviti* tudi v poznih letih; (5) starejši so *heterogena* populacija v vsakem smislu.

Pri pripravi opisa stanja na področju prehrane in gibanja pri starejših v Sloveniji smo se raziskovanja lotili na več nivojih in v raziskovalnem pristopu uporabili mešane metode. Poleg pregleda literature in že opravljenih raziskav na tem področju smo raziskovali tematiko s stališča starejših samih, pa tudi vseh tistih servisov in služb, ki se pri svojem delu s starejšimi srečujejo.

Tako smo:

1. pregledali nabor kvalitativnih podatkov Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (EHIS - »European Health Interview Survey« iz leta 2007) presečne študije za subpopulacijsko skupino 65+, za področje prehrane in gibanja; uporabili smo že analizirane podatke s spletne strani IVZ, ki smo jih interpretirali v kontekstu pričujočega prikaza;
2. opravili semi-kvantitativno anketno zbiranje podatkov v skupini ključnih informatorjev, ki se pri svojem delu srečujejo s starejšimi ter analizirali in interpretirali podatke;
3. v kvalitativnem pristopu opravili razgovore v skupinah starejših (fokusne skupine) ter zbrane rezultate smo analizirali in interpretirali.

Zdravo in uravnoteženo prehranjevanje skozi vse življenje pozitivno vpliva na zdravje in dobro prehranjenost v starosti. Določeni prehranski vzorci spadajo med dejavnike tveganja za kronične nenalezljive bolezni in prehranske primanjkljaje, ki ogrožajo zdravje ter povzročajo večjo obolevnost, prezgodnjo smrtnost in manjšajo kvaliteto življenja. Srčni infarkt, koronarna srčna bolezen, zvišan krvni tlak, možganska kap, sladkorna bolezen in rak

se po pričakovanjih statistično značilno najpogosteje pojavijo pri starostnikih, torej pri ljudeh v starostni kategoriji nad 65 let. Tako imajo na podlagi Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 povišan krvni tlak tri petine vprašanih, starejših od 65 let, koronarno bolezen pa ima slaba tretjina starejših, enako velja za sladkorno bolezen. Zdravila za zvišan krvni tlak, povišan holesterol v krvi, možgansko kap, sladkorno bolezen in raka prav tako najpogosteje uživajo tisti v starostni skupini nad 65 let. Starejši najpogosteje uživajo zdravila za znižanje zvišanega krvnega tlaka, takih sta dve tretjini.

Redno in pogostejše uživanje sadja in zelenjave je bolj značilno za starejše, medtem ko je pitje sadnih ali zelenjavnih sokov bolj značilno za mlajše. Sadje dvakrat ali večkrat na dan uživa skoraj polovica starejših, zelenjavo pa približno četrtnina starejših. Videti je, da starejši nimajo tako razvitih prehranskih navad uživanja sadnih in zelenjavnih sokov kot druge starostne skupine, saj je med njimi dobra četrtnina takih, ki sadnih in zelenjavnih sokov ne uživa nikoli. Čeprav je uživanje sadja in zelenjave v Sloveniji najvišje prav med starejšimi, le-to še vedno ni v skladu s priporočili. Ker imajo starejši načeloma nižji socialni standard, bi se z dostopnejšimi cenami uživanje sadja in zelenjave morda povečalo, zato bi bilo smiselno razmisliti o tovrstnem ukrepu.

Čeprav je redna in zadostna gibalna aktivnost pri starostnikih ključnega pomena za ohranjanje zdravja in kvalitetnega, predvsem pa samostojnega življenja, raziskave za Slovenijo kažejo, da je neaktivnih kar okoli tri petine starostnikov. Z leti se prenehajo gibalno/športno udeleževati predvsem tisti, ki so bili tudi v mlajših letih neredno športno dejavni. Redno aktivni starostniki ostanejo zvesti svojemu slogu dejavnega življenja. Za drugo polovico prejšnjega stoletja je bilo značilno, da se večina ljudi preneha ukvarjati s športom pri 25. letih. V 80. in 90. letih so ugotovili opazen padec športne aktivnosti po 50. in 60. letu. Danes se je ta meja še nekoliko prestavila in največji upad beležimo po 65. letu. Da je z ustreznimi ukrepi mogoče ohraniti aktiven življenjski slog prebivalstva skozi vsa življenjska obdobja, pa priča primer Švedske, kjer gibalno/športna aktivnost starejših ne odstopa bistveno od športne aktivnosti mladih, ki na Švedskem v obeh skupinah znaša okoli devet desetih. Gibalno/športno aktivnost starostnikov v Sloveniji bi lahko izboljšali s ponudbo programov, prilagojenih njihovim potrebam.

Med starejšimi so poleg hoje najbolj priljubljeni športi, ki niso povezani z visokimi stroški, zahtevajo malo časa ter so dostopni širokemu krogu ljudi. Poleg tega prav hoja, planinarjenje, kolesarjenje in splošna vadba omogočajo individualni tempo in zmerno obremenitev. Večina starostnikov se s temi športi ukvarja neorganizirano in verjetno je eden od pomembnejših razlogov za to finančni. Veliko športnih organizacij se namreč financira iz članarin, ki si jih starejši ne morejo privoščiti. Gibalne aktivnosti se zato lotijo samostojno ali pa se prepustijo pasivnemu staranju. Športe, s katerimi se starostniki radi ukvarjajo, bi bilo smiselno bolje organizirati. To še posebej velja za aktivnosti, ki lahko potekajo na prostem in poleg naravnega prostora zahtevajo le ustrezno osebno opremo. Organizirane dejavnosti imajo namreč vrsto prednosti, posamezniku nudijo strokovno nadzorovan proces, kar naj bi pomenilo tudi večjo varnost, zabavo, rednost, pa tudi možnost vzpostavljanja novih prijateljskih stikov.

Pri obeh spolih delež debelih in čezmerno prehranjenih s starostjo narašča, delež normalno prehranjenih pa upada. Med ženskami in moškimi s starostjo upada tudi delež podhranjenih, le v skupini starostnikov delež ponovno naraste na 0,9 %, kar je kljub relativni spremembi

eleža vredno posebne pozornosti. Med starostniki obeh spolov je pretežkih in debelih dobri dve tretjini. V celotni populaciji prebivalcev delež debelih s starostjo narašča, nato pa v skupini starostnikov nekoliko pade. Glede na visok delež starejših, ki imajo čezmerno telesno težo ali so predebeli, je potrebno razmišljati o vzgoji za zdravo prehrano in telesno dejavnost vse od rojstva dalje, saj je znano, da se nezdrave navade razvijajo že v otroštvu, utrdijo v adolescenci in vzdržujejo v odrasli dobi. Stroškovno učinkoviti pa so tudi vsi programi dolgotrajnega vzdržnega uravnavanja telesne teže pri starejših odraslih. Pridobljeno debelost je zelo težko zdraviti, zato so preventivni ukrepi glavni vzvod za izboljšanje stanja.

Informacije, povezane z zdravjem, v časopisih ali revijah redno nekoliko pogosteje iščejo starejši od 45 let. Na internetu informacije o zdravju dnevno išče največ mladih, starejši pa zelo redko. Posebej bi bilo modro raziskati, kateri so tisti viri, prek katerih starejši poiščejo največ informacij o zdravju in varovalnih dejavnikih za zdravje.

O tem, kako vidijo starostnike, s katerimi delajo, smo vprašali strokovne delavce, to je zdravstveno osebje v zdravstvenih domovih ter socialne delavce, predstavnike nevladnih organizacij in druge, ki pri svojem delu prihajajo v stik s starostniki – imenovali smo jih ključni informatorji. Kot tri najbolj pereče teme so ključni informatorji, ki se pri svojem delu srečujejo s starejšimi, izpostavili dostop do zdravstvenih storitev, socialni kapital ter duševno zdravje. Na področju prehranske problematike na telesnem nivoju so izpostavljeni slabša prebava, težave z zobmi in slabši tek, medtem ko so na funkcionalnem nivoju prepoznali pomanjkanje denarja za nabavo pestre hrane, omejeno znanje o zdravem načinu prehrane ter osamljenost pri uživanju obrokov. Na področju telesne dejavnosti so kot vodilne ovire navedene zdravstvene težave/bolečine, nemotiviranost in dolgoletna telesna nedejavnost/sedeč življenjski slog starostnikov. Osamljenost, življenjska naveličanost in strah pred umiranjem/smrtjo so vodilni problemi starostnikov kar zadeva duševno zdravje. Pri dostopnosti do zdravstvenega varstva so izpostavljeni tako otežena fizična kot ekonomska dostopnost ter pomanjkanje socialnih mrež. Podobno je z upokojevanjem, ki po mnenju ključnih informatorjev predvsem poslabša ekonomski status, občutek lastne vrednosti ter zmanjša socialne stike. Pri socialnem kapitalu so ključni informatorji poudarili nekvalitetno medgeneracijsko sodelovanje, upadanje aktivnosti/angažiranosti po upokojitvi ter prav tako pomanjkanje socialnih mrež. Še vedno so močno prisotni stereotipi o starosti, kot so bolehanje/slabotnost; osamljenost/izoliranost ter zmedenost in senilnost. Zanimiva je tudi pogosta predstava o starostnikih kot večinoma revnih, ki predstavljajo neproduktivno populacijo in breme za družbo.

Po mnenju ključnih informatorjev so potrebni ukrepi v vseh sektorjih družbe in na vseh področjih. Prednost bi imeli: priprava na starost na individualnem nivoju, izboljšanje finančnega stanja starih, več angažiranja lokalnih skupnosti pri aktivnem vključevanju starostnikov, vključevanje starih v procese izobraževanja, spodbujanje zdravega življenjskega sloga kot naložbe za zdravo staranje, razvijanje strpnosti do starostnikov in razumevanje posebnosti starostnikov, usmeritev patronažne službe v preventivno delo s starostniki, organizacija pred-upokojitvenih delavnic v delovnih organizacijah, več pozitivne konotacije pri informiranju o starostnikih, dostopnost kvalitetne pomoči pri aktivnostih, kjer starostniki niso več samostojni, mreža razvoza hrane na dom ipd.

Eden bistvenih zaključkov raziskave v segmentu ključnih informatorjev pa je bilo poudarjeno sporočilo, da je treba podobna vprašanja nasloviti tudi neposredno na ciljno populacijo

starejših, zato je bila izvedena kvalitativna raziskava v skupini starejših. Ugotovitve izvedenih sedmih fokusnih skupin, v katerih je sodelovalo 55 starostnikov obeh spolov iz urbanih področij Ljubljane in Maribora ter ruralnih področij Celja, Kranja in Nove Gorice, kažejo na:

(1) večje razlike med gibalnimi in prehranskimi navadami starostnikov glede na urbaniziranost okolja (večje razlike med starostnicami iz različnih okolij kot med spoloma znotraj istega okolja);

(2) manjše razlike med gibalnimi in prehranskimi navadami starostnikov po spolu znotraj istega okolja, bodisi urbanega ali ruralnega (manjše razlike med starejšimi ženskami in starejšimi moškimi znotraj npr. urbanega okolja);

(3) vodilne razlike med okoljema glede prehrane so v načinu življenja ter v socialno-psiholoških dejavnikih, kot so odločanje za prehranjevanje, pripravljanje hrane, rednost obrokov ter nabava hrane (cena in ustvarjanje zalog sta bolj pomembna v ruralnem okolju), medtem ko so po načinu definiranja zdrave prehrane, upoštevanju priporočil, motivaciji za spremembe ter fizioloških in patofizioloških dejavnikih, razlike praktično minimalne;

(4) manjše razlike med starostniki iz obeh okolij v odnosu do gibanja, pomenu gibanja ter spodbudah, medtem ko smo pri ovirah za gibanje ugotovili pomembno razliko – miselnost okolja (tudi neposrednega partnerja);

(5) pomembno razliko med spoloma glede oblike gibanja, in sicer starejšim moškim so bolj blizu individualne - neorganizirane oblike gibanja ali gibanje v manjših skupinah znanih ljudi - vrstnikov, medtem ko je starejšim ženskam bližja skupinska - organizirana vadba z vrstnicami. To je značilno za obe okolji;

(6) razlike med spoloma znotraj istega okolja ugotavljamo pri pripravljanju hrane (praktično v celoti v domeni žensk, pomen samopodobe na podeželju) ter pri vnosu tekočin - starejši moški dajejo prednost zmernim količinam alkohola, starejše ženske pa zeliščnim pijačam; (7) večjo stopnjo informiranosti (osveščenosti) v urbanem okolju o pomenu ustreznega (priporočenega in posamezniku prilagojenega) prehranjevanja in gibanja za zdravje.

Ugotovitve izvedenih fokusnih skupin bi lahko upoštevali pri oblikovanju ustreznih programov promocije zdravega prehranjevanja in gibanja za zdravje pri starostnikih obeh spolov v različnih okoljih. Apelirati bo potrebno na lokalno oblast (občinske organe) glede izboljšanja infrastrukturnih možnosti za gibanje, predvsem v urbanem okolju. Ugotovitve bi bile lahko koristne tudi za društva, združenja in ostale NVO, ki se pri svojem delu srečujejo s starostniki.

Ključne besede

starostniki, prehrana, gibanje, kvaliteta življenja

Executive summary

Healthy aging is a process in which the opportunities for physical, social and mental health are optimized, enabling the elderly to remain active members in society, free from discrimination, enjoying independence and a high quality of life. The ideal health of the elderly is defined by the World Health Organization as a state of functional independence. According to these criteria, 5 % of the elderly are infirm, 20 % are vulnerable and 75 % are independent. Where health promotion is concerned, it is important to study the characteristics of the functionally independent group and based on the findings define programs and activities for this population group, which is also the purpose of this report.

Active/healthy aging is a process that continually encourages and increases the chances for health, social inclusion and safety with the goal to improve the living quality in old age. Seen from society, the paradigm shifts from the concept of pathologic aging to the concept of healthy and active aging; bringing with it a wider dimension: from secondary or tertiary prevention to primary and universal prevention and promotion of health: from the concept “let us add years to life” to “let us add life to years”.

Health promotion programs should be based on scientific findings and be clearly understandable to the target public, and they must primarily originate from the needs of the elderly and the needs of those who are in contact with the elderly in their day-to-day work. The core principles for ensuring healthy aging, which should be a part of political decisions, research and every-day practice, are the following: (1) the elderly are **important** to society; (2) the elderly have **equal opportunity** for health care; (3) the elderly have the chance to independently develop and **participate in decision-making**, especially about matters involving them directly; (4) health promotion and prevention can be **effective** in the later years; (5) the elderly are a **heterogeneous** population in every sense.

We handled the research to describe the state in the fields of diet and exercise of the elderly in Slovenia on several levels – we used mixed methods research approach. Not only studying the existing literature and research in the area, we also investigated the issue from the viewpoint of the elderly themselves, and also of all those services and agencies that work with the elderly.

Thus we:

1. Reviewed the qualitative data in European Health Interview Survey 2007 (EHIS) sectional studies for the sub-population group 65+, for the area of diet and exercise; we also used the already analysed data from our institute’s webpage, interpreted in the context of this study;
2. performed a semi-quantitative survey-based data gathering from key informers who work with the elderly and analysed and interpreted the data;
3. in the qualitative stage, we interviewed groups of the elderly (focus groups) and the collated data were analysed and interpreted.

Healthy and balanced diet throughout the whole life has a positive effect on life and good diet in the old age. Certain dietary patterns are considered as risk factors for chronic non-infectious diseases and dietary deficits that can endanger health and increase the risk of illness, early death and reduce the quality of life. Heart attack, coronary heart disease, high blood pressure, stroke, diabetes and cancer are expectedly statistically and characteristically most common in the elderly – people over 65 years old. Three fifths of the interviewed over

65 years old suffer from high blood pressure, a bit less than a third have coronary heart disease, and the same goes for diabetes. Those over the age of 65 are also most likely to take medicine for high blood pressure, blood cholesterol, stroke, diabetes and cancer. The elderly most frequently take medicine for high blood pressure, two thirds do so.

Regular and frequent consumption of fruit and vegetables is more characteristic for the elderly, while the young prefer drinking fruit and vegetable juice. Almost half of the elderly eat fruit at least twice a day. A quarter of the elderly population eat vegetables and salad at least twice a day. It seems that the elderly do not have similar dietary habit of drinking fruit and vegetable juice like other age groups, as more than a quarter of them never drink fruit or vegetable juices. Even though fruit and vegetable consumption in Slovenia is highest among the elderly, it still does not reach the recommended level. Considering that the elderly generally have a lower social standard, it is possible that fruit and vegetable consumption would increase if the prices were lower, and this is a venue worth considering.

Even though regular and sufficient exercise is key to preserving a healthy, high-quality and especially independent life in the elderly, research in Slovenia shows that almost two fifths of those over 65 years old are not active. Especially those who were not frequently exercising, stop playing sports or exercising as they grow older. Those who were regularly active remain faithful to their way of life in their old age. It is characteristic for the middle of the second half of the previous century that most of sports activities end at 25 years of age. In the 80s and 90s they noticed a noticeable drop in sports activity after the 50th and 60th year. Today this line moved a bit further and the biggest drop begins after the 65th year. That appropriate measures can retain the active life style of the elderly population is proved by Sweden, where the sports/exercise activities of the elderly does not deviate significantly from the sports activities of the young, which is around nine tenths for both groups in Sweden. Exercise/sports activities of the elderly in Slovenia could be improved by offering programmes tailored to their needs.

The elderly prefer walking the most, followed by sports that do not cost much, take little time and are available to a wide range of people. Walking, hiking, cycling and general exercise also allow individual pace and adjustable speed. Most elderly take part in these sports outside of institutions, the major reason for that probably being the cost. Many sports organizations are financed by the membership fees that the elderly cannot afford and consequently exercise independently or just accept a passive way of growing old. Sports that are preferred by the elderly should be better organized. This is especially true for activities that can be carried out in the open and need only space and proper personal equipment. Organized activities have a number of advantages, offering a professionally supervised process, which is meant to be safer, fun, regularity and a chance of making new friends.

The percentage of obese and overweight grows bigger with age both in men and women, and the percentage of normally fed falls, as has been shown by similar research in Slovenia. The percentage of the underweight also falls with age in both men and women and only in the elderly group it grows back to 0.9 %, which deserves special attention despite the relative change of the percentage. Two thirds of the elderly, both men and women, are overweight or obese. In the whole population, the percentage of obese grows with age, and then falls slightly for the elderly. Considering the high percentage of the elderly who are overweight or are obese, it would be necessary to consider healthy dieting and physical

activity education for everyone from expecting parents onwards, as it is known that unhealthy habits are developed in childhood, strengthened in adolescence and maintained in adulthood. All programmes of long-term maintenance of body weight in older adults are also cost effective. It is hard to treat obesity once it exists, that is why prevention is the key to improving the situation.

Those older than 45, a bit more frequently peruse newspapers or magazines for health-related news. The Internet is used mostly by the young to search for health information, and the elderly very infrequently. It would be wise to discover which sources are central to the elderly and their hunt for information for health and health protection factors.

As a separate part of the research we approached key informers, namely health and social workers, NGO representatives and others who are in contacts with elderly on the regular basis. Our key informers, who work and meet the elderly, highlighted the following three critical issues: access to health services, social capital and mental health. In the field of dietary issues on a physical level, they stressed bad metabolism, dental problems and reduced appetite, and on the functional level, lack of money for buying a wider variety of food, limited knowledge about healthy dieting and loneliness while eating. In the area of physical activity, the main obstructions were health problems/pains, lack of motivation, and a long-term physical inactivity/sedentary life style of the elderly. Loneliness, weariness of life, and fear of dying/death are the leading problems of the elderly concerning mental health. In access to health protection, the problematic physical and economical accessibility and lack of social networks were mentioned. There is still a strong presence of stereotypes of the elderly, such as sickness/infirmity; loneliness/isolation and confusion and senility. It is also interesting that the elderly are seen as mostly poor and representing an unproductive population that is a burden to society.

The key informers believe that measures in all sectors of society and all areas are required. They would give priority to: preparing to old age on an individual level, improving the financial status of the elderly, more engagement of local communities in active integration of the elderly, inclusion of the elderly in education processes, encouraging a healthy life style as an investment into healthy aging, developing tolerance towards the elderly and understanding the peculiarities of the elderly, focusing the home nurse services to work preventively with the elderly, organizing pre-retirement workshops in work organization, increasing positive connotations in information about the elderly, accessible quality help for activities when the elderly are no longer independent, a food delivery network and so on.

One of the key conclusions of key informers part of the research was the stressed message, that such questions should be addressed to the target population, the elderly themselves. That is why we also carried out a qualitative research with a group of the elderly. The findings gathered from the seven focus groups including 55 elderly of both sexes from urban areas of Ljubljana and Maribor and rural areas of Celje, Kranj and Nova Gorica show:

- (1) big differences in exercise and dietary habits of the elderly depending on how urbanized their environs are (higher differences between elderly women in different areas than between the sexes in the same area);
- (2) lesser differences between exercise and dietary habits of the elderly according to gender within the same environs, either urban or rural (lesser differences between older women and older men in for example urban areas);

(3) diet-wise, the main differences are in the way of life and social-psychological factors such as decisions to eat, prepare food, regularity of meals and food purchase (prices and stockpiling are more important in rural environments), while the differences are minimal in the way healthy diet is defined, following instructions, motivation for changes and patophysiological factors;

(4) The elderly also do not differ much in their attitude to movement no matter of their area, however we did find an important difference among the obstacles for moving – mentality of the environment (also the direct partner);

(5) there is an important difference between the sexes concerning the form of movement, elderly men prefer individual—unorganized form of exercise, or exercise in smaller groups of familiar people – friends, while elderly women prefer group – organized exercise with familiar people. This is characteristic of both environs;

(6) differences in sexes in the same area can be found in food preparation (practically completely under female control, part of self-image in the country side) and in ingestion of fluids - older men prefer moderate quantities of alcohol and older women herbal beverages; and

(7) in the urban area, there is greater knowledge (awareness) of the importance of suitable (recommended and individualized) eating and movement for health.

The findings from the focus groups should be taken into account in the formation of suitable healthy diet and exercise promotion programmes for health promotion for the elderly of both sexes in various environs. We will have to appeal to the local government (municipal agencies) to improve the infrastructural possibilities for movement, especially in urban environs. And last but not least, the findings could also benefit societies, associations and other NGOs who deal with the elderly.

Key Words

The elderly, diet, exercise, quality of life

1. Prehrana in gibanje v promociji zdravja pri starejših odraslih - opredelitev tematskega področja

Pričujoča monografija ima namen predstaviti področje prehrane in gibanja pri starejših odraslih. Pri tem ne izhaja iz patogenetskega, temveč iz salutogenetskega pristopa, ki se navezuje na aktivnosti promocije zdravja, kar avtorji publikacije ocenjujemo kot posebno vrednost tega dela.

1.1 Promocija zdravja v starejšem življenjskem obdobju

Razmere v naravnem okolju in vedenje posameznika na zdravstveno stanje vplivajo neposredno, medtem ko razmere v družbenem okolju, ki same po sebi determinirajo vedenje, na zdravje vplivajo posredno. Celosten pristop promocije zdravja zatorej po eni strani spodbuja posameznike, da privzamejo in vzdržujejo vedenje, ki bo preprečevalo bolezni in krepilo zdravje, po drugi pa onemogoča zdravju škodljiva vedenja pri posamezniku ter olajšuje zdravo izbiro.

Promocija zdravja je vsestranski socialni in politični proces, ki ne obsega zgolj aktivnosti, usmerjenih v krepitev veščin in sposobnosti ljudi, temveč tudi aktivnosti, usmerjene v spreminjanje socialnih, okoljskih in ekonomskih okoliščin, da bi ublažili njihov vpliv na zdravje tako posameznika kot skupnosti. Promocija zdravja je izrazito multidisciplinaren in multisektorski pristop, v katerega so vpleteni strokovnjaki številnih strok.

Ottawska listina je že leta 1986 identificirala tri vodilne strategije v promociji zdravja: zdravje je potrebno zagovarjati, da bi ustvarili bistvene pogoje za zdravje; ljudem je potrebno omogočiti, da dosežejo maksimalni potencial svojega zdravja; za doseganje zdravja posameznikov in skupnosti je potrebno posredovati med številnimi različnimi interesi tako v skupnostih kot med različnimi sektorji. Promocija zdravja tako deluje na področju zdravju naklonjenih javnih politik, ki predstavljajo podlago za ustvarjanje zdravju naklonjenih okolij, tudi za starejše, spodbuja aktiviranje skupnosti, ki je pri starejših glede na šibkejša socialna omrežja pomembna na več nivojih, in kot enega pomembnih elementov podpira tudi opolnomočenje starejših za zdrave izbire. Ne nazadnje promocija zdravja posebno pozornost daje spremembam v sistemu zdravstvenega varstva, kjer spodbuja prehod prevladujoče kurativne dejavnosti v večje uravnoteženje s preventivno in promocijsko aktivnostjo, kar na podlagi raziskav daje dobre rezultate tudi v populaciji starejših.

S podaljševanjem življenjske dobe postaja kvaliteta življenja pomembna tematika tako za posameznikovo dobro počutje kot za dobrobit družbe. Ali se dodatna leta življenja preživijo v dobrem zdravju ali se samo podaljšuje nezmožnost, duševne motnje ali slabo zdravje nasplo, bo imelo vpliv na zdravje države, sistem upokojevanja, delovanje družine ter potrebe in zahteve po dolgotrajni negi. Tako imenovano zdravo pričakovanje življenja bo v prihodnosti postalo tako pomemben indikator dobrobiti družbe, kot je to pričakovano trajanje življenja danes.

1.1.1 Posebnosti promocije zdravja pri starostnikih

Tradicionalna promocija zdravja se je, posebej v razvitem svetu, usmerjala v zagovarjanje za spremembe podpornih okolij in omogočanje ljudem, da dosežejo boljše zdravje, kar je opisano v Otavski listini. Alternativna oblika promocije zdravja in preventive bolezni upošteva tudi biološke realnosti staranja. Nekaterim starostno pogojenim psihološkim upadom funkcij ter različnim degenerativnim in vnetnim pojavom v telesu se je težko izogniti. Medicina je marsikatera v preteklosti usodna stanja uspešno prelevila v kronične bolezni, ki pa so pogosto povezane s telesno šibkostjo in z invalidnostjo. Rezultat napredka znanosti je tako še bolj heterogena populacija starostnikov z nižjo umrljivostjo, a višjo in pestrejšo zbolewnostjo. Prav zato je toliko večji izziv, kako za tovrstna stanja, povezana s staranjem, poiskati rešitve predvsem na nivoju strukture, pa tudi na nivoju posameznika. V našem primeru poudarjamo možnosti izboljšanja na področju prehrane in telesne dejavnosti, ki naj pripomorejo k zdravemu staranju in večji kvaliteti življenja starostnikov, pa tudi njihovih bližnjih v socialnih mrežah.

Starostna skupina nad 65 let je najhitreje rastoča populacijska skupina v razvitem svetu. Preventivne aktivnosti ter sprememba vedenjskega sloga lahko preložita ali preprečita večino kroničnih degenerativnih bolezni. Motena toleranca na glukozo, osteoporoz, zmanjšana kognitivna funkcija, bolezni srca in žilja ter bolezni dihal so nekatere, s starostjo povezane manifestacije, povzročene z dejavniki, ki jih je mogoče kontrolirati. Ker je večina starostnikov aktivnih in funkcionira v svojem okolju, lahko starejši enako pridobijo s promocijo zdravja kot mlajše osebe. Z družbenega vidika lahko vzdrževanje dobrega zdravja in počutja v primerjavi s terciarno oskrbo kroničnih bolezni in invalidnosti zniža visoke ekonomske stroške in prepreči trpljenje posameznika.

Svetovna zdravstvena organizacija definira ideal zdravja starostnikov kot stanje funkcionalne neodvisnosti. Po tem kriteriju 5 % starostnikov sodi v skupino nezmožnih, 20 % je ranljivih in kar 75 % jih je neodvisnih. **S stališča promocije zdravja je pomembno, da se proučuje značilnosti tistih, ki funkcionirajo neodvisno, in tudi na podlagi tega definira programe in aktivnosti za to populacijsko skupino.**

Starostniki se v večini držav pogosto obravnavajo kot stroški, namesto kot investicija v človeški kapital. Stroški promocije zdravja se izravnavajo s povečano produktivnostjo, kar je diskriminacija do ljudi z nizkimi dohodki, med katere sodijo tudi upokojenci. Slednji po drugi strani povzročajo nižje oportunitetne stroške za čas, ki ga namenijo telesni dejavnosti ali drugim dejavnikom zdravega vedenjskega sloga. Obenem so na proučevanju primerov dobrih praks pokazali, da lahko starejši pomembno pozitivno prispevajo v lokalni skupnosti kot prostovoljci (npr. pri skrbi za prometno varnost šolarjev, pomoči pri nadzoru nad otroškimi igrišči, prenašanju znanj in veščin na mlajše in podobno).

Starejši v primerjavi s srednjo generacijo raje upoštevajo nasvete zdravnika in predpisane ukrepe, saj ne želijo biti slabega zdravja. Nekateri biološki, psihološki in socialni pogoji, ki razlikujejo starejše od srednje generacije, v primeru ukrepov javnega zdravja, kažejo v smeri nižjih stroškov in boljših učinkov pri starejših. Še vedno pa je premalo raziskav stroškovne učinkovitosti ukrepov na področju javnega zdravja s starostniki kot ciljno skupino.

S staranjem lokalna skupnost in družbene intervencije igrajo večjo vlogo v promociji zdravja in preventivi bolezni. Pri starostnikih ima večji pomen svetovanje za preprečevanje

morebitnih škodljivih vplivov ali neustreznosti zdravil, redno cepljenje proti gripi oziroma pnevmokokni pljučnici ter lajšanje trpljenja ob končnem odhodu, v primerjavi z odsvetovanjem tvegane vedenja, ki skrajšuje življenje (kajenje, tvegano pitje alkohola), kar ne pomeni, da se le-te opustijo. Spremembe vedenja so znanstveno dokazane in stroškovno- učinkovite v promociji zdravja starostnikov in izboljševanju kvalitete življenja.

Kljub manjši verjetnosti, da bodo imeli starostniki več razvad v primerjavi s srednjo generacijo, se tudi manj zavedajo škodljivih posledic razvad za zdravje. Ameriška študija je pokazala, da se različna presejanja in svetovanja nudijo starejšim manj pogosto, kar predstavlja diskriminacijo glede na starost, kajti promocija zdravja tudi pri starejših lahko zniža zbolewnost, izboljša kvaliteto življenja ter preloži ali prepreči pojav odvisnosti.

Številne raziskave pričajo o pomembni negativni povezavi med zaznanimi ovirami za gibalno-športno aktivnost ter ravnijo telesne aktivnosti in spremembami v gibalnih navadah. Ugotovljena je močna statistična povezanost med višjo ravnijo funkcionalne telesne aktivnosti starejših in boljšo naravnostjo do športno rekreativne vadbe (prepričanjem, da je vadba zanj dobra). Nasploh je za povečanje telesne aktivnosti po podatkih raziskav težje motivirati starejše, nižje izobražene, neaktivne ter tiste, ki v preteklosti niso imeli pozitivnih izkušenj s športno aktivnostjo. Za tiste, ki bi jih motivirala družba ali so socialno izolirani, bi bilo treba ponuditi skupinske oblike vadbe, prilagojene starejšim. Podatki kažejo še, da bi bili pomemben motiv dobro organizirani programi in dostopnost le-teh. Trenutno se bolj izdatno podpira koncept individualnega pristopanja k motiviranju ljudi za izboljšanje njihovih zdravstvenih navad. Bolj učinkovito je podajanje informacij, ki so usmerjene k individualnim vprašanjem in skrbem. Pomembno je tudi načelo »čim prej-tem bolje«. Poleg tega depresivna čustva visoko korelirajo z najpogostejšimi ovirami za telesno dejavnost, čeprav se jih posebej ne navaja kot ovire. Britanski raziskovalci pa so ugotavljali, da je lahko vpliv zmerne telesne dejavnosti na oceno lastnega zdravja odvisen od konteksta, v katerem se izvaja, tipa vadbe in kontinuitete vadbe. Prav tako obstaja potreba po evalvaciji različnih tipov programov vadbe, ki bi pokrila širok spekter indikatorjev dobrega počutja ter večjo skupino starostnikov.

Japonski avtorji v luči hitrega staranja prebivalstva poudarjajo potrebo po opredelitvi koncepta produktivnosti starostnika, upoštevajoč zaposlitev, delo na trgu in prostovoljstvo. Da bi koncept zaživel, je potrebno aktivirati tako posameznike kot tudi politične strukture in širšo družbo.

Rezultati študij kažejo, da je slabše razumevanje informacij, povezanih z zdravjem, pri starostnikih pogosteje prisotno kot pri povprečni populaciji. Pacienti z nižjo »zdravstveno pismenostjo« imajo več težav pri razumevanju navodil, povezanih z zdravljenjem, in tudi z uporabo zdravstvenega sistema. Nadaljnje povečanje števila starostnikov in oseb s kroničnimi boleznimi bo stanje še dodatno poslabšalo. Viri tudi navajajo, da se strokovnjaki na področju promocije zdravja še vedno ne zavedajo dovolj, da njihova orodja, kot so brošure ali vprašalniki, pogosto niso ustrezna za ciljno populacijo, kar velja še posebej za starostnike. Zdravstvena sporočila z medicinskimi izrazi tako na primer pogosto zaradi nerazumevanja ne dosežejo ciljne skupine. Zdravstvene potrebe starostnikov se namreč nenehno spreminjajo, zato se morajo strokovnjaki na področju promocije zdravja zavedati potreb heterogene populacije tudi skozi kulturne razlike.

1.1.2 Učinkovitost promocije zdravja pri starostnikih

Nizozemci so zastavili raziskavo, v kateri so želeli ugotoviti prednosti in pomanjkljivosti preventivnih zdravstvenih centrov za starostnike, ki so nastali na podlagi političnih odločitev in brez predhodnih dokazov o njihovi učinkovitosti. V prvi fazi so pregledali literaturo, pripravili vprašalnike, intervjuje za fokusne skupine in poglobljene intervjuje, s ciljem dobiti vpogled, katera izmed strategij bi lahko bila najuspešnejša, sledi izvedba pilotske študije, s ciljem evalvacije različnih pristopov, ki bi bili lahko za starostnike najbolj učinkoviti. Ugotovljajo tudi, kateri programi so najbolj uspešni za različne podskupine starostnikov in ne nazadnje skušajo opisati še ovire za implementacijo na individualni, finančni in organizacijski ravni.

Raziskava tajvanskih avtorjev je ocenjevala učinkovitost programov promocije zdravja za starostnike z niskimi dohodki, s pomočjo indikatorjev izboljšanja telesnega zdravja, psihosocialnega in funkcionalnega statusa prek aktivnosti v vsakdanjem življenju (ADL) in instrumentalnih aktivnosti (IADL) kot tudi sprememb v zaznanih zdravstveno-promocijskih potrebah. Pokazalo se je, da se po intervenciji zniža zaznana potreba po promociji zdravja, pri čemer so zdravstveno-promocijske aktivnosti še posebej učinkovite v izboljšanju zdravstvenega stanja in znižanju potreb po zdravstvenih storitvah. Ameriška študija pa je pokazala pomen organiziranosti skupnosti v izboljšanju tako individualne opolnomočenosti kot opolnomočenosti skupnosti. Dvanajst let trajajoči projekt je uspešno identificiral in opredelil skupne probleme na področju kriminala, splošne varnosti, podhranjenosti in pravic najemnikov stanovanj, ki so vključevale tudi starejše. Razvili so združenje najemnikov in ostale organizacije lokalnega tipa, ki so zagotovile kontinuiteto in privedle do razvoja »kompetentne skupnosti«.

1.1.3 Koncept zdravega staranja

Promocija zdravja pri starostnikih je del celostnega koncepta promocije zdravega staranja. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije imajo pri procesu staranja, če izvzamemo spol in kulturne razlike, vodilno vlogo osebne značilnosti, vedenjske komponente, socialno-ekonomske razmere, okolje ter dostop do zdravstvenega in socialnega varstva.

Aktivno oziroma zdravo staranje je proces, ki ves čas spodbuja in krepi možnosti za zdravje, vključenost v družbo in varnost, s ciljem, da izboljša kvaliteto življenja v starosti. Z vidika družbe gre za premik paradigme v zasuku od koncepta patološkega staranja h konceptu zdravega in aktivnega staranja, kar pomeni širšo dimenzijo - od sekundarne in terciarne preventive k primarni in univerzalni preventivi ter promociji zdravja oziroma **od koncepta »dodajmo leta življenju« h konceptu »dodajmo življenje letom«**. Z vidika posameznika se lahko izvaja promocija zdravega načina življenja, krepi duševno zdravje ter omogoča socialna vključenost v družbo in soodločanje. Na strani sprememb v družbi pa tak premik pomeni take politike, program in aktivnosti, ki bodo ustvarjali starejšim in zdravju naklonjena okolja, odprta za participativnost vseh. Komponente novejšega modela uspešnega staranja so nanizane vse od preprečevanja bolezni in invalidnosti do krepitve kognitivne in telesne dejavnosti ter aktivnega udejstvovanja v življenju. Slednje vključuje tako medsebojne odnose kot tudi produktivne aktivnosti, ki so definirane bodisi kot neprofitne, proizvodne ali storitvene. Vse tri komponente delujejo usklajeno, prisotnost vsake posamezne same zase ne zadostuje za uspešno staranje.

Kako izboljšati osebne lastnosti, ki pogojujejo zdravje in dobro počutje? Že Aaron Antonovsky je poudarjal pomen občutka koherence. Le-ta je sestavljen iz treh komponent: občutka razumljivosti, občutka obvladljivosti in občutka smiselnosti. To pomeni, da: (1) človek življenje doživlja kot razumljivo, urejeno s pravili in določenim redom; (2) zaupa v lastne sposobnosti in verjame, da za rešitev različnih nalog lahko uporabi lastne zmogljivosti in (3) verjame v smiselnost bivanja oziroma verjame, da imajo tudi različne težave svoj smisel in da se splača potruditi za doseg zastavljenih ciljev. Ravno slednja je ključna komponenta občutka koherence, kajti posameznik v svetu, ki je zanj nesmiseln, ne more preživeti. To je še posebej pomembno pri starostnikih takrat, ko delajo neke vrste bilanco svojega življenja in se sprašujejo po smislu le-tega. Izguba in pomanjkanje življenjskega smisla sta skupni tudi vsem oblikam razpoloženskih motenj.

Dve ključni prelomnici v življenju starejših sta upokojitve (nekateri avtorji govorijo tudi o osvoboditvi) in opravljanje sklepnih nalog pred dokončnim odhodom (»labodji spev«). Čim bolj uspešni ter pohval in občudovanja deležni so starostniki v obdobju okoli upokojitve, toliko bolj so tolerantni do drugih, bolj so pripravljeni deliti svoje izkušnje z drugimi, bolj so kreativni in pogosteje se udeležujejo v svojem okolju. Starejši, ki so uspeli narediti »drugi vzpon« po upokojitvi, so srečnejši, manj zbolevajo in dalj časa živijo kot tisti ljudje, ki so ostali v samoti in so pristali na izključitev iz družbenih dogajanj.

V primerjavi s povprečno populacijo se starostniki pogosteje soočajo z izgubami. Gre za izgube družbenega statusa, samospoštovanja, telesnih zmogljivosti in izgube njim pomembnih oseb. Zato so prisiljeni večkrat uporabiti prilagoditvene strategije, pri čemer jim podpora nudi večinoma družina, v težjih primerih pa je nujna strokovna pomoč (23).

1.1.4 Odgovornost za zdravo staranje - predvsem odgovornost družbe, ne le posameznika

Pogoji za kakovostno staranje se ustvarjajo tako na ravni pravne države in civilne družbe kot tudi družine in posameznika. Država lahko veliko naredi z usmerjanjem socialne politike v kakovostno staranje in medgeneracijsko sožitje. Lahko zagotovi organizacijsko, finančno in strokovno pomoč pri spodbujanju vseh vrst samopomoči in solidarnosti ter spodbuja samoorganizacijo civilne družbe (»javna pomoč za samopomoč«). Civilna družba naj bi se pospešeno pripravljala na nove naloge skozi lastno izobraževanje, medsebojno povezovanje, kontinuirano informiranje prebivalstva in nenazadnje ustanavljanje zagovorništva za starostnike.

Današnja družina bi se morala sistematično in pravočasno pripravljati na staranje svojih članov, ne le v materialnem smislu, temveč tudi skozi izboljšanje medsebojnih odnosov in komunikacije na nivojih vseh (treh) generacij. Ne nazadnje se mora tudi posameznik začeti pravočasno in odgovorno pripravljati na starost, tako v materialnem, psihološkem in socialnem smislu, pri čemer je velikega pomena lasten odnos do procesa staranja. Podobno kot se lahko spremenijo vedenjski vzorci prehranjevanja, gibanja, kadilske in pivske razvade, je možno osvojiti tudi večšine, ki bi pomagale k lažjemu vstopu v tretje življenjsko obdobje.

1.1.5 Promocija zdravega staranja

Ključni trije dejavniki, ki jih je potrebno upoštevati v promociji zdravega staranja, so: prilagajanje, sprejemanje življenjskih sprememb in samostojnost starostnika. Zlasti slednje starejšemu omogoča samouresničitev in razvoj. Samostojnost je mogoče spodbujati z

odpravo omejitev in ovir, ki nastajajo bodisi zaradi ožjega in širšega okolja (družina, družba) ali zaradi omejitev in ovir pri starejših samih. Programi ne morejo biti uspešni, če starejših ne pritegnejo k sodelovanju ali če se o starejših odloča brez upoštevanja njihovega mnenja. Literaturni viri navajajo, da je iz tega razloga nujno potrebno v različne aktivnosti vključevati nevladne organizacije, ki se ukvarjajo s starejšimi, so dnevno aktivne na tem področju in imajo veliko izkušenj.

Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije bo aktivno staranje zaživel samo v primeru implementacije programov promocije zdravja. Kvaliteto življenja starejših je na podlagi literaturnih virov možno izboljšati predvsem s strategijami za opolnomočanje ter promocijo redne telesne dejavnosti in duševnega zdravja. Nadalje Svetovna zdravstvena organizacija poudarja pomen povečanega zavedanja zdravega staranja in vseh z njim povezanih izzivov v evropski politiki, tako na najvišji kot tudi na državni in lokalni ravni.

Programi promocije zdravja morajo temeljiti na znanstvenih dognanjih in morajo biti jasno razumljivi javnosti, ki so ji namenjeni. Predvsem pa **morajo izhajati iz potreb starejših** in tudi iz potreb tistih, ki se pri svojem vsakodnevnem delu srečujejo s starejšimi. Upoštevajo naj etične principe in posebnosti različnih okolij glede načina življenja ali kulturne značilnosti. Pri vsem tem se je potrebno ves čas zavedati, da so starejši heterogena skupina ne samo po kronološki starosti (v biološkem smislu), temveč tudi po družbenem statusu, izobraženosti in miselnosti.

Bistvena načela za zagotovitev zdravega staranja, ki bi naj bila sestavni del tako političnih odločitev in raziskav kot tudi vsakdanje prakse, so sledeča:

- starejši so pomembni za družbo;
- starejši imajo enake možnosti za zdravstveno oskrbo;
- starejši imajo možnost samostojnega razvoja in sodelovanja pri odločanju, zlasti glede zadev, ki se jih neposredno tičejo;
- promocija zdravja in preventiva sta lahko učinkoviti tudi v poznih letih;
- starejši so heterogena populacija v vsakem smislu.

Vzdrževanje "z-zdravjem-povezane-kvalitete-življenja" (HR-QOL) naj bi bil ključni cilj za načrtovanje programov za starejše, tudi pri zdravi prehrani in telesni dejavnosti pri starejših. Indikator vključuje delovanje telesnih funkcij, nujno potrebnih za samostojno življenje, obenem pa tudi nekoliko širše aspekte mentalne aktivnosti in vsesplošnega zadovoljstva z življenjem.

Študija "Healthy ageing" je kot prednostne ključne teme, ki zadevajo starostnike v današnjem evropskem prostoru, opredelila naslednje: socialni kapital, duševno zdravje, upokojevanje in fazo pred upokojevanjem, intervencije v okolju, dostop do zdravstvenih storitev, preprečevanje poškodb, zlorabo psihoaktivnih snovi, vključno z odvisnostjo od tobaka in alkohola, splošno uporabo zdravil in sorodno problematiko ter prehrano in telesno dejavnost, ki sta predmet tokratnega poročila.

1.2 Značilnosti prehrane in gibanja pri starejših

Prehranske potrebe in značilnosti prehrane pri starejšem odraslem se zaradi različnih dejavnikov, ki predstavljajo oziroma vplivajo na nastanek zdravstvenih in drugih problemov, povezanih s prehrano, fizioloških in drugih sprememb v starosti ter bolezni, ki se pomembno pogosteje izražajo in pojavljajo pri starejših odraslih, pomembno razlikujejo od prehranskih potreb in značilnosti prehrane drugih populacijskih skupin. Obenem so prehranske potrebe starostnikov odvisne od njihovega obstoječega prehranskega in funkcionalnega statusa, telesne dejavnosti in življenjskega sloga na splošno.

Danes ločimo:

- **“običajno” staranje** z betenostjo in pojavom vnetnih procesov, za katerega je značilen zmanjšan apetit ter znižane energijske in zvišane hranilne zahteve;
- **“uspešno” staranje** z minimalnimi organskimi spremembami, kjer so potrebe po energiji in hranilih minimalno zmanjšane, izjemen pa je pomen zdravega življenjskega sloga;
- staranje s spremenjenimi energijskimi potrebami zaradi različnih kroničnih bolezni.

1.2.1 Dejavniki, ki vplivajo na nastanek prehranskih problemov pri starejših

Fiziološki dejavniki

V starejšem življenjskem obdobju se izraziteje zmanjšujejo energijske potrebe. Največji delež zmanjšanja gre na račun (1) zmanjševanja telesnih funkcij in (2) znižanja mišične mase z znižanjem presnove ter na račun (3) telesne nedejavnosti. Zmanjšujejo se motorične zmožnosti, poslabša se koordinacije roka - usta, kar lahko povzroča težave pri hranjenju, gibalne omejitve pa v nadaljevanju otežujejo tudi samo nabavo in pripravo hrane.

Na željo po prehranjevanju vpliva slabšanje funkcije okusa in vonja, kar pomembno vpliva na zmanjšanje apetita in žeje. Do zmanjšanja zaznavanja dehidracije prek občutka žeje pride tudi zaradi starostnih sprememb v centru, ki uravnava občutek žeje. Oslabita tudi vid in sluh, kar lahko še dodatno prispeva k zmanjšani zmožnosti obvladovanja vseh dejavnosti, povezanih s prehranjevanjem.

Zmanjšujejo se vse funkcije gastrointestinalnega (prebavnega) sistema, tako da se pojavijo: (1) slabše žvečenje (patologija zobovja in ustne votline s protetiko), (2) težave pri požiranju, (3) zmanjšanje pretoka sline in zmanjšana sekrecija želodca (hipoacidnost) z (4) upočasnjeno peristaltiko črevesja in (5) zmanjšanjem izločanja prebavnih sokov v celotnem GIT, kar posledično lahko vodi v zaprtje, (6) skupaj z zmanjšanjem absorpcijskih (in metabolnih oziroma presnovnih) kapacitet telesa. Starejši odrasli zaradi težav z žvečenjem in prebavo pogosteje uporabljajo takšne načine priprave hrane, pri katerih hrana izgublja na prehranski vrednosti (na primer prekuhanje zelenjave).

Pogost vzrok hranilne podhranjenosti v starejšem obdobju so, podobno kot pri aktivnih odraslih, tudi restriktivne diete zaradi namena zmanjševanja telesne teže. Dogajanja v telesu ob restriktivnih dietah so lažje razumljiva, če vemo, da so presnovni procesi v telesu evolucijsko prilagojeni predvsem na pomanjkanje hrane v okolju. V primeru pomanjkanja hrane se hormonski in encimski procesi v telesu naravnajo tako, da po obdobju pomanjkanja intenzivneje shranjujejo energijo v (maščobne) zaloge. Tudi stroga restriktivska dieta za telo pomeni “obdobje pomanjkanja”, na katerega odreagira po zgoraj opisanem presnovnem

vzorcu. Obenem lahko pogoste nepravilno vodene restriksijske diete privedejo do pomembnih mikrohranilnih deficitov. Povečano telesno težo je možno uspešno nadzorovati samo z rednim dovajanjem energijsko ustrezne hranilno bogate hrane ob istočasni redni vsakodnevni telesni dejavnosti, primerni starosti ter sposobnostim in omejitvam, kar zagotovi zadostno energijsko porabo za uravnavanje telesne teže. Če se pri starejšem posamezniku pojavijo večje težave s povečano (ali pa prenizko telesno težo), je prav, da se po nasvet in pomoč pri uravnavanju telesne teže zateče k strokovnjakom v zdravstvene ustanove.

Prav je, da smo na vse naštetе fiziološke spremembe pri starejšem odraslem pozorni, saj lahko vodijo v energijsko in (mikro)hranilno podhranjenost in dehidracijo.

Patofiziološki dejavniki

V starejšem življenjskem obdobju se najpogosteje pojavljajo različne kronične bolezni, ki lahko vplivajo na apetit in samo zmožnost uživanja posameznih skupin živil. Z ustrezno tehnološko obdelavo in pripravo hrane povečamo nabor živil, ki jih starejši odrasli v takih primerih lahko uživajo.

Stranski učinki zdravil (anoreksija, slabost, spremenjen okus, interakcije med hrano in zdravili) lahko odvrčajo od hranjenja in povzročajo podhranjenost, ki se pri institucionaliziranih starejših odraslih pojavlja kar v 30–40 %.

Socialni in psihološki dejavniki

Od socialnih in psiholoških dejavnikov sta najpomembnejša osamljenost in depresija. Skupaj s socialno izolacijo in občutki prikrajšanosti lahko vodita do zmanjšane zanimanja za hrano, kot tudi zmanjšane zanimanja za pripravljane in kuhanje hrane ter posledično v podhranjenost. Prehranjevanje v tem obdobju lahko pomembno iztirijo tudi motnje spomina in zmanjšanje kognitivnih funkcij, pa tudi odvisnost od pomoči drugih, še posebej, če ta ni najbolje usklajena in sočutna.

Pomemben dejavnik, ki lahko vpliva na prehrano starejšega odraslega, je tudi morebitna škodljiva raba alkohola z vsemi svojimi vzroki in posledicami, kar pa je v Sloveniji pogosto prikrito in zamolčano. Alkohol je energijsko hranilo, ki se ne shranjuje v telesu, zato se ob vnosu v telo takoj razgrajuje in porabi za energijske potrebe telesa. S tem lahko nadomešča druge energijske vire z bistveno bogatejšo hranilno sestavo, kar lahko pripelje do pomembnih prehranskih deficitov. Obenem v intermediarnem metabolizmu "moti" osnovne presnovne procese, spreminja redoks potencial in povečuje kislost telesnih tekočin.

Ne smemo pa pozabiti niti na muhavost in svojeglavost, ki sta pogosteje kot pri drugih starostnih skupinah spremljevalki starejših odraslih in botrujeta marsikateri prehranski težavi.

Socialno-ekonomski dejavniki

V okviru promocije zdravja razmišljamo tudi o oddaljenih determinantah zdravja, pomembnih za starejšega odraslega. Med oddaljenimi determinantami eno od pomembnejših vlog pri prehranjevanju starejšega odraslega igra socialno-ekonomski status posameznika. Nizki dohodki in revščina lahko onemogočajo, da bi si posameznik zagotovil hranilno ustrezno sestavo dnevne prehrane, v najslabšem primeru je lahko problematičen

tudi energijski vnos. Od vseh starostnih skupin je prav pri starejših tovrstna problematika na žalost najpogostejša.

Starejši odrasli se lahko srečujejo z neprimernimi razmerami za pripravljanje hrane, kot je na primer zastarela kuhinjska oprema, pa tudi neprilagojenost kuhinjske opreme omejenim opravnim zmožnostim posameznika. Obenem se predvsem pri starejših moških ob izgubi partnerice pojavi problem nezadostne usposobljenosti za pripravo hrane.

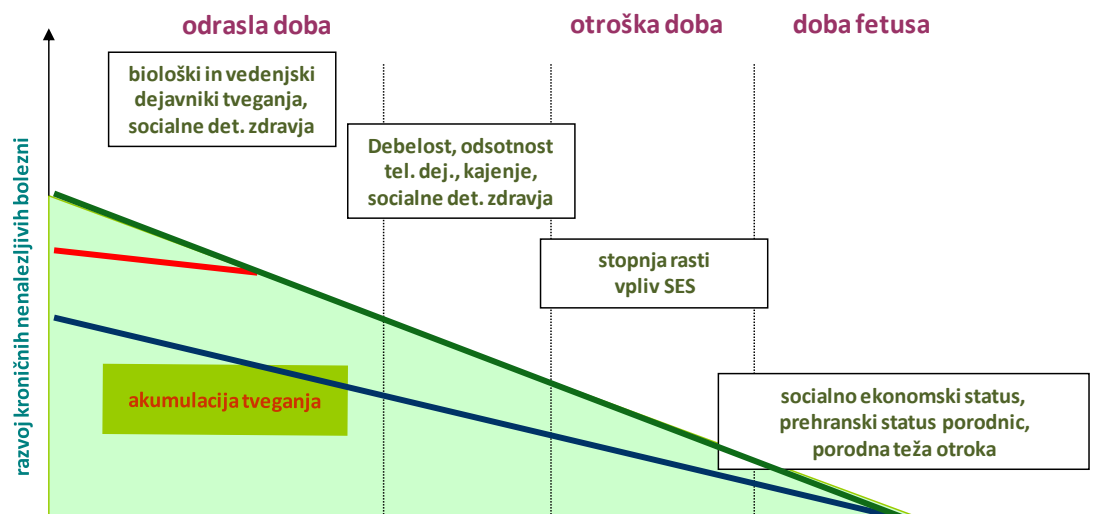
Starejši imajo pogosto omejeno znanje o zdravi prehrani, kot jo pojmujejo danes, poleg tega je treba upoštevati tudi spremembe v vrednostnih sistemih. Omejenost pri transportnih zmožnostih se najbolj izrazito pokaže prav pri populaciji starejših odraslih, ki ne obvladujejo transportnega gibanja do velikih nakupovalnih centrov ob zapiranju lokalnih trgovinic s hrano, zato se pojavljajo v tej skupini tudi težave pri nakupu hrane.

1.2.2 Prehrana starejših odraslih in posebne zdravstvene potrebe

Če vzamemo za izhodišče vse bolezni, ki so definirane v Mednarodni klasifikaciji bolezni, poškodb in vzrokov smrti (MKB 10), ugotovimo, da se pri 41 % vseh bolezni prehranski dejavniki pojavljajo kot pomembne determinante teh bolezni (kardiovaskularne bolezni, nekatere vrste raka, sladkorna bolezen tipa 2 in stanja, povezana s prehranskimi deficiti). Prehranski dejavniki igrajo manjšo vlogo pri nastanku nadaljnjih 38 % vseh bolezni in le pri 21 % bolezni prehrana ne igra nobene vloge.

Iz Slike 1 lahko razberemo, kako pomembna je akumulacija tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni od fetalnega obdobja naprej. Če se izognemo kateremu koli dejavniku tveganja, lahko pomembno vplivamo na naklonski kot premice in zmanjšamo ploščino, ki predstavlja v življenju nakopičeno tveganje, pod njo. Aktivnosti promocije zdravja in preprečevanja bolezni, ki jih izvajamo v katerikoli starostni skupini, imajo učinek na zmanjšano skupno akumulacijo tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni tudi v starejšem življenjskem obdobju, kot je razvidno iz Slike 1 (višina akumulacije na ordinatni osi).

Slika 1: Pomen preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni



Vir: prilagojeno po Aboderin et al., Life course perspectives on CHD, stroke and diabetes: key issues and implications for policy and research (WHO/NMH/NPH/02.1).

1.2.3 Bolezni in stanja, ki so tudi pri starostnikih pomembno povezana s prehrano in prehranskim statusom

Čezmerna telesna teža in debelost

Prepričljiva dejavnika, ki zmanjšujeta tveganje za razvoj čezmerne telesne teže in debelosti, sta redna telesna dejavnost in visok vnos prehranske vlaknine. Tveganje pa prepričljivo povečuje sedeč življenjski stil in visok vnos energijsko goste in hranilno revne hrane – dejavnik, ki je v starosti za razvoj problemov, povezanih s prehrano, zaradi zmanjšanih energijskih potreb še pomembnejši kot pri drugih populacijskih skupinah. Verjetno povečujeta tveganje tudi visok vnos sladkanih pijač in sadnih sokov ter slabi socialno-ekonomski pogoji, izraziteje pri ženskah kot pri moških.

Srčno-žilne bolezni

Prehranski dejavniki, ki prepričljivo zmanjšujejo tveganje za razvoj srčno-žilnih bolezni, so redna telesna dejavnost, zadosten prehranski vnos linolne kisline, rib in ribjega olja ter zelenjave in sadja, pa tudi nizek do zmeren vnos alkohola (velja za koronarno srčno bolezen). Tveganje verjetno zmanjšujejo tudi posamezne nenasičene maščobne kisline, polnovredna žita, nesoljeni oreščki in folati. Tveganje pa poleg čezmerne telesne teže in debelosti prepričljivo zvišujejo posamezne maščobne kisline v prehrani (nasičeni miristinska in palmitinska kislina ter trans maščobne kisline), visok vnos natrija (v obliki kuhinjske soli) ter visok vnos alkohola (velja za možgansko kap).

Sladkorna bolezen tipa 2

Tveganje za pojavnost prepričljivo zmanjšuje načrtovano zmanjšanje telesne teže pri čezmerno težkih in debelih ter redna telesna dejavnost. Prepričljivo pa tveganje zvišuje čezmerna telesna teža in debelost, še posebej abdominalna debelost, in telesna nedejavnost.

Nekatere vrste raka

Pojavnost raka debelega črevesja prepričljivo zmanjšuje redna telesna dejavnost, priporočen vnos sadja in zelenjave pa verjetno zmanjšuje tveganje za razvoj rakov ustne votline, požiralnika, želodca in debelega črevesa z danko. Podobno verjetno zmanjšuje tveganje za raka dojke redna telesna dejavnost.

Povečana telesna teža in debelost prepričljivo povečujeta tveganje za rake požiralnika, debelega črevesa z danko, dojke postmenopavzalno, endometrija maternice in ledvice. Alkohol prepričljivo zvišuje tveganje za razvoj rakov ustne votline, žrela, grla, požiralnika, jeter in dojke. Verjetno pa povečuje tveganje za razvoj raka debelega črevesa konzervirano (prekajeno) meso, za raka želodca pa živila, konzervirana z večjimi količinami soli. Zelo vroči napitki in živila verjetno povečujejo verjetnost za pojav raka ustne votline, žrela in požiralnika.

Osteoporoz

Tveganje za razvoj osteoporoze pri starejših prav posebej prepričljivo zmanjšuje zadosten vnos vitamina D, verjetno pa tudi zadostna telesna dejavnost in zadosten vnos kalcija. Tveganje za razvoj osteoporoze zanesljivo zvišujeta visok vnos alkohola in nizka telesna masa, verjetno pa tudi prekomeren vnos kuhinjske soli.

Periodontalna bolezen

Verjetno povečuje tveganje za pojav periodontalne bolezni pomanjkanje vitamina C, možno pa telesna podhranjenost. Tveganje prepričljivo zmanjšuje tudi dobra ustna higiena, ki se ji je vredno posvetiti glede na vse zaplete, ki se lahko pojavljajo pri starejšem odraslem v zvezi z žvečenjem.

Stanja, povezana s pomanjkanjem antioksidantov v prehrani, še posebej pri starostniku:

V tem podpoglavju je naveden še pregled vseh bolezni, ki so specifično povezane s pomanjkanjem različnih antioksidantov v prehrani, čeprav so posamezne bolezni, pri katerih igra vlogo tudi pomanjkanje antioksidantov, že našteje zgoraj kot samostojne entitete.

Zmanjšana funkcija imunskega sistema se kaže v povečani pojavnosti nalezljivih bolezni in raka. Prehranski faktorji povzročajo približno 30 % rakov v razvitih državah; čezmerna telesna teža in debelost prispevata k približno eni petini do eni tretjini rakov (postmenopavzalna dojka, kolon, endometrij, ledvica, adenokarcinom ezofagusa). Pojavnost srčno-žilnih bolezni (glej podrobnejše navedbe zgoraj) je prav tako povezana s pomanjkanjem antioksidantov v prehrani.

Pomembna skupina, povezana s pomanjkanjem antioksidantov v prehrani, o kateri prepogosto premalo razmišljamo, so očesne bolezni. V stanjih deficita se pojavita predvsem makularna degeneracija in katarakta, vzroka so predvsem fotooksidativne poškodbe in osmotski stres. Od drugih stanj velja omeniti artritis in senilno demenco. Od artritsov je sicer najpomembnejši osteoarthritis zaradi čezmerne telesne teže, revmatoidni artritis pa povezujejo z imunskim sistemom, pri katerem se raziskuje povezava z vnosom mleka in mlečnih izdelkov. Pri senilnih demencah so med raziskovanimi možnimi sprožilci Fe, Cu, Zn, Al, ki omogočajo delovanje prostih radikalov.

1.2.4 Posebnosti prehrane starejših odraslih

Zaradi zgoraj opisanih fizioloških sprememb se starejšemu odraslemu priporoča uživanje več manjših dnevnih obrokov, večerni obrok naj bo lahek in zaužit vsaj dve uri pred spanjem. Po obrokih je priporočen krajši počitek. Živila v obrokih naj bodo izbrana tako, da zagotavljajo visok vnos hranilnih snovi ob kontroliranem energijskem vnosu. Pri izboru naj bodo upoštrevane fiziološke zmožnosti in iz patologije izvirajoče omejitve posameznika, temu naj bo prilagojena tudi tehnologija priprave hrane.

Prehrana ima torej v obdobju starejšega odraslega glede na specifične spremembe v tem obdobju pomembno vlogo. Za starejše odrasle veljajo poleg priporočil, ki veljajo za splošno populacijo, še naslednja priporočila:

- uživanje hranilno bogate in energijsko uravnotežene kakovostne pestre mešane prehrane, prednost imajo živila rastlinskega izvora, energijska gostota hrane naj bo 1,5 do 2 kcal/ml (če ni podhranjenosti), z dovolj dietne vlaknine (predvsem z vključevanjem sadja in zelenjave) in zadostnim vnosom tekočin;
- uživanje hrane v več manjših, pogostejših dnevnih obrokih v primernih časovnih razmakih, pomen zajtrka je enak kot pri splošni populaciji, večerja pa naj bo zgodnja in lahka;
- uživanje živil, ki so pripravljena zdravo - dušena, kuhana ali pečena brez maščobe, z omejitvijo cvrtih in praženih živil;

- pri starejših odraslih je pomemben individualni nasvet;
- uživanje mineralno-vitaminskih dodatkov predvsem glede na potrebe;
- za vzdrževanje kvalitete življenja v obdobju starejšega odraslega je ključna redna vsakodnevna telesna dejavnost v priporočenem obsegu, glede na zmožnosti in omejitve.

Za zdravo prehranjevanje je tudi pri starejših pomembno, da se prehranjujejo sproščeno in ob jedi uživajo - v miru, brez hrupa, sede, v prijetni družbi. Enako velja za gibanje – naj bo za veselje, s sproščenostjo in užitkom.

1.2.5 Energijske potrebe pri starejših odraslih

Energijske potrebe se skozi odraslo dobo zmanjšujejo. Zmanjšanje gre predvsem na račun dveh dejavnikov:

1. zmanjšane bazalnega metabolizma, ki ga lahko v največji meri pripišemo zmanjšanju mišične mase v telesu, nekoliko manj pa zmanjšani bazalni presnovni aktivnosti vseh drugih telesnih tkiv, in
2. zmanjšane nivoja telesne dejavnosti.

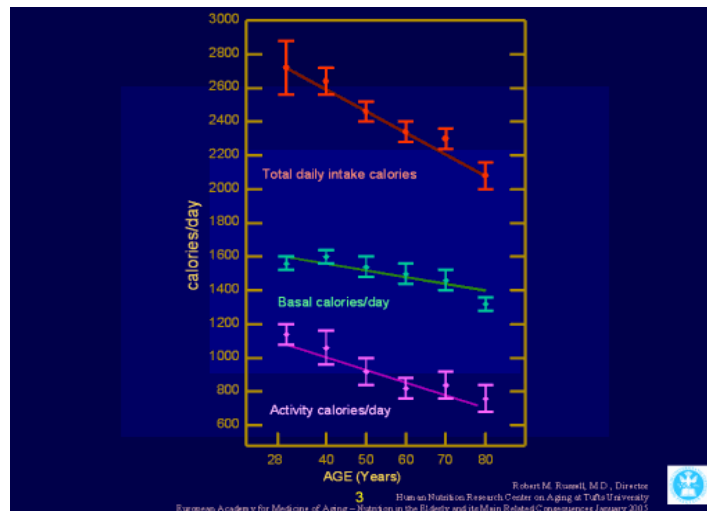
Tabela 1: Energijska priporočila za moške in ženske za različne aktivnosti

| Starost | Bazalni metabolizem Kcal/dan | Fizična aktivnost (vrednosti PAL) | | | |
|---------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------|-------|-------|
| | | 1,4 | 1,6 | 1,8 | 2,0 |
| Moški | | | | | |
| 51 do 65 | 1.580 | 2.200 | 2.500 | 2.800 | 3.200 |
| 65 in več | 1.410 | 2.000 | 2.300 | 2.500 | 2.800 |
| Ženske | | | | | |
| 51 do 65 | 1.270 | 1.800 | 2.000 | 2.300 | 2.500 |
| 65 in več | 1.170 | 1.600 | 1.800 | 2.100 | 2.300 |

Vir: Brown J. E., 2005.

Kot je razvidno iz Slike 2, se skozi obdobje celotne odraslosti energijske potrebe zmanjšajo za približno 20 %, tako na račun zmanjšane porabe zaradi bazalnega metabolizma kot zaradi zmanjšane porabe zaradi manjše telesne dejavnosti.

Slika 2: Energijski vnos in energijska poraba pri moških različnih starosti



Vir: McGandy RB. et al., J gerontol, 1966:21, 581–7.

1.2.6 Makrohranila v prehrani starejšega odraslega

Ogljikovi hidrati in dietna vlaknina

Kar se tiče vnosa ogljikovih hidratov in dietne vlaknine, so prehranski cilji enaki kot pri celotni populaciji, to je vnos skupnih ogljikovih hidratov v višini 50–70 % celodnevnega energijskega vnosa, od tega enostavni sladkorji do največ 10 % celodnevnega energijskega vnosa. Vnos dietne vlaknine je pri starejših pogosto prenizek, priporočilo za odrasle nad 51 let je 21–30 g/dan, kar je nekoliko več kot za splošno populacijo. Vendar pa moramo biti ob zadostnem vnosu dietne vlaknine pri starejšem odraslem pozorni na zadosten vnos tekočine.

Raziskave kažejo, da zadosten vnos dietne vlaknine v prehrani starejšega odraslega zmanjša pojavnost koronarne bolezni in divertiklov pri moških, zmanjša pojavnost sladkorne bolezni tipa 2 pri ženskah ter zmanjša pojavnost visokega krvnega tlaka pri obeh spolih.

Beljakovine

Tudi za beljakovine je prehranski cilj za starejše odrasle enak kot pri splošni populaciji, to je 10–15 (lahko do 20) % celodnevnega energijskega vnosa oziroma 1g/kg telesne teže, kar je fiziološki normativ za starejšega odraslega. Raziskovalni podatki kažejo, da je vnos beljakovin pri večini prebivalcev zahodnih družb navadno dovolj velik, vendar pa je lahko pri posameznikih tudi pomembno prenizek, še posebej če izhajajo iz najrevnejših slojev ali jih pestijo zahtevnejša kronična obolenja. Pri prenizkem vnosu se poveča izguba mišične mase, poslabša se imunski status in podaljša se čas celjenja ran. Zato moramo biti pozorni tudi na kakovost beljakovinskih virov, saj so kvalitetni viri lahko podpora imunskemu sistemu in preprečujejo izgubo mišičja. Za preprečevanje sarkopenije, to je izgube mišične mase, nekateri strokovnjaki predlagajo vnos beljakovin v višini 1,2–1,5 g/kg telesne teže na dan.

Maščobe in holesterol

Pri maščobah in holesterolu so prehranski cilji za starejše odrasle enaki kot pri splošni populaciji. Vnos skupnih maščob naj znaša 15 (20)–30 % (največ 35 % pri tistih, ki so že vedno intenzivno telesno dejavni) celodnevnega energijskega vnosa, nasičenih maščobnih kislin manj kot 10 %, polinenasičenih 6–10 %, od tega n-6 5–8 % in n-3 1–2 %, trans maščobnih kislin do največ 1 % celodnevnega energijskega vnosa, preostanek pa kot

mononenasičene maščobne kisline. Tudi za starejše odrasle velja omejitev vnosa holesterola iz hrane na največ 300 mg/dan.

Posebno pozornost je treba posvetiti primernemu vnosu maščob, ker sta tako previsok kot prenizek vnos dejavnika tveganja za zdravje. Previsok vnos je povezan s pojavom čezmerne teže in debelosti in predvsem kardiovaskularnih bolezni. Obenem pa je zadosten vnos nujen za delovanje celičnih membran in imunskega sistema, za prenos in skladiščenje v maščobi topnih vitaminov (A,D,E in K) ter za zagotavljanje izolacije oziroma zaščite notranjih organov.

Voda oziroma tekočine

Pomembno je vedeti, da se odstotek vode v telesu z leti zmanjša, kar pomeni manjši "rezervoar" in manjše varnostne meje hidracije pri starejšem odraslem. Obenem z leti oslabi občutek za žejo. Oboje lahko dokaj hitro vodi v blago, lahko pa tudi v hujše oblike dehidracije. Priporočen dnevni vnos tekočin oziroma vode je vezan na kalorični vnos, to je 1 liter na 1.000 kcal, pri starejšem odraslem upoštevamo priporočilo na zgornji meji. Glede na kaloročni vnos to pomeni minimalno 1,5 l tekočine na dan, priporočamo predvsem pitno vodo in zeliščne čaje, v primerih korekcije podhranjenosti pa tudi naravne sadne sokove, ki imajo nekoliko večji delež sladkorja. Mleko in mlečni izdelki štejejo med živila in se ne obravnavajo kot napitki.

Dehidracija pri starejšem odraslem pogosteje povzroči infekcije urinarnega trakta, pljučnice, zmedenost in dezorientacijo ter preležanine.

1.2.7 Mikrohranila v prehrani starejših odraslih

Vitamin D

Presnovne starostne spremembe vplivajo na status vitamina D v telesu. Ob enaki izpostavitvi sončnim žarkom se v koži mlajše osebe tvori pomembno več vitamina D kot pri starejšem odraslem. Obenem se starejši odrasli z leti bolj izogibajo sončnim žarkom, bolj zakrivajo kožo z oblačili, pogosteje so tudi omejeni v gibanju in zato redkeje na svežem zraku, izpostavljeni sončni svetlobi. Starejši odrasli zato potrebujejo več vitamina D v prehrani kot mlajši, ob indikacijah se priporoča tudi dodajanje vitamina D v prehrani.

Vitamin D vpliva na absorpcijo kalcija v črevesju in ob zadostnem vnosu v kombinaciji s kalcijem prepričljivo zmanjšuje tveganje za razvoj osteoporoze, raziskuje pa se tudi vpliv na mentalne in spominske funkcije. V zadnjih letih so se priporočila za vnos vitamina D pri starostnikih povišala, ob klinično zaznanem pomanjkanju se priporoča tudi dodajanje vitamina D v prehrani starostnika. Ob pomembno prevelikem vnosu vitamina D, predvsem kot vitaminskega dodatka, se pojavi možnost intoksikacije, zato je potrebna previdnost.

Vitamin B12

Do 30 % starejših odraslih razvije atrofični gastritis z vnetjem želodčne sluznice, zmanjšanim izločanjem kisline in encimov ter posledično slabšo absorpcijo vitamina B12. Pomanjkanje vitamina B12 se razvije zelo počasi, vendar ima neugodne posledice – lahko povzroči pojav perniciozne anemije in motenj v delovanju perifernega živčnega sistema. Po ocenah iz raziskovalnih podatkov se deficit vitamina B12 različnih stopenj razvije pri 15 % populacije starejših odraslih. Vir vitamina B12 so živila živalskega izvora, obstaja pa tudi v sintetični obliki.

Vitamin E

Vitamin E ima posebno vlogo pri starejših odraslih, ker je močan antioksidant. Ob zadostnem vnosu zavira razvoj katarakte in makularne degeneracije, manj jasen in raziskan pa je zaenkrat njegov vpliv na pojavnost srčno-žilnih bolezni in nekaterih vrst raka.

Vnos vitamina E v populaciji starejših odraslih je, po raziskovalnih podatkih, navadno prenizek. Pozorni pa moramo biti na primeren vnos, saj je prevelik vnos vitamina E problematičen ob istočasnem jemanju aspirina, antikoagulantov in kapsul z ribjim oljem, ker lahko moti strjevanje krvi.

Folat in folna kislina

Tako kot pri splošni populaciji je tudi pri starejših odraslih folat pomemben zaščitni dejavnik pred kardiovaskularnimi boleznimi. Pravzaprav je njegova volga glede na obseg pojavnosti srčno-žilnih bolezni v tej skupini še pomembnejša.

Čeprav je vnos po raziskovalnih podatkih navadno prenizek, se redko razvije pravo pomanjkanje folata v telesu. Ne glede na to večina literature starejšim odraslim priporoča vnos folata v obliki vitaminsko mineralnih pripravkov. Pomembno je vedeti, da veliko zdravil moti metabolizem folata, zato se je treba držati navodil za uporabo posameznih zdravil.

Kalcij

Ob nizkem vnosu beljakovin in natrija znaša potreba po kalciju 450 mg/d, ob izrazito povečanem vnosu beljakovin in natrija pa lahko potreba naraste do 2.000 mg/d. Priporočilo za vnos kalcija pri populaciji po 65 letu je 1.500 mg/dan za oba spola.

Vnos kalcija v tej populaciji je navadno prenizek, posebej pri ženskah neposredno po menopavzi. Prenizek vnos kalcija vpliva na povečano pojavnost osteoporoze in tudi debelosti, visokega krvnega tlaka ter verjetno raka debelega črevesa. Tudi previsok vnos kalcija ima svoje posledice, ki se lahko odražajo v nastanku ledvičnih kamnov in kalcinacije v tkivih.

Železo

Potrebe po železu se s starostjo zmanjšajo, posebej pri ženskah po menopavzi. Navadno je vnos zadosten, lahko tudi previsok ali prenizek. Pomanjkanje železa kljub nižjim potrebam nastaja zaradi zmanjšane sekrecije želodčnih tekočin, kroničnih krvavitev zaradi ulkusne bolezni ali drugih zdravstvenih stanj, pa tudi iatrogeno, npr. zaradi jemanja aspirina.

Druga mikrohranila

Pri vitaminu A se pogosteje pojavlja problem previsokega vnosa zaradi nenadzorovanega jemanja vitaminsko-mineralnih dodatkov, pomanjkanje vitamina A je v Sloveniji zelo redko. Pri magneziju so vnosi navadno prenizki, kar lahko povzroča težave, saj je pomemben za dobro delovanje velikega števila encimskih sistemov.

Cink je pomemben antioksidant in sestavina številnih encimov. Problematičen je tako prenizek kot previsok vnos, meja je namreč zelo ozka. Pomanjkanje se kaže predvsem kot zmanjšana funkcija imunskega sistema in podaljšano celjenje ran.

Pri starejših odraslih so tudi potrebe glede vitamina B6 povečane, deficit lahko povzroči disfunkcijo imunskega sistema.

Vitaminsko-mineralni dodatki

Starejši odrasli, ki so dovolj telesno dejavni in uživajo visoko hranilno kvalitetna živila ter so brez večjih zdravstvenih težav, lahko živijo brez vitaminsko-mineralnih dodatkov.

Uživanje vitaminsko-mineralnih dodatkov pa je priporočeno pri:

- pomanjkanju apetita, okusa/vonja, pri depresiji,
- zmanjšani funkciji prebavnega trakta,
- revni prehrani (diete, pomanjkanje financ, pomanjkanje interesa za hrano),
- izključevanju posameznih skupin živil,
- povečanem delovanju oksidantov iz okolja (tobak, alkohol) in ob
- različnih zdravstvenih indikacijah.

1.2.8 Koristi telesne dejavnosti v starosti

Fiziološke koristi

Med kratkoročnimi kotistmi telesne dejavnosti na fiziološkem nivoju spadata predvsem ugoden vpliv na raven sladkorja v krvi ter izboljšana količina in kakovost spanca.

Pri dolgoročnih koristih pa se navajajo predvsem izboljšana srčno-žilna zmogljivost in aerobna kapaciteta, povečana mišična moč in zmogljivost, ki sta bistveni za vzdrževanje neodvisnosti, vzdrževanje gibčnosti telesa, ohranjanje ravnotežja in koordinacije za preprečevanje padcev, ohranjanje hitrosti gibanja in izboljšana imunost telesa.

Psihološke koristi

Večja sproščenost, zmanjšanje stresa in anksioznosti ter izboljšano razpoloženja so ključne kratkoročne koristi telesne dejavnosti na psihološkem nivoju pri starejših.

Dolgoročne psihološke koristi pa so splošno boljše počutje, izboljšano duševno zdravje, predvsem z manjšo pojavnostjo depresij ter boljše ohranjanje različnih umskih spretnosti z večjo zmožnostjo učenja novih spretnosti.

Socialne koristi

Starejšim odraslim telesna dejavnost daje možnost aktivnejše vloge v družbi, obenem pa jim omogoča bistveno več družabnih stikov. Oboje štejemo med kratkoročne socialne koristi.

Dolgoročno pa telesna dejavnosti pri starejših zmanjšuje osamljenost, daje jim stabilno aktivno vlogo v skupnosti in možnost vzpostavljanja novih prijateljstev. Razširi jim socialna omrežja, lažje vzdržujejo svoje vloge v skupnosti in aktivno pridobivajo nove vloge. Prav skozi telesno dejavnost se lahko boljše vzdržujejo medgeneracijski stiki.

1.2.9 Bolezni in stanja, ki so pri starostnikih povezana s telesno dejavnostjo

Različne epidemiološke raziskave so pokazale, da gibalna aktivnost varuje pred večino kroničnih nenalezljivih bolezni; tako vpliva na zmanjšanje tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni, možganske kapi, visokega krvnega tlaka, sladkorne bolezni tipa 2, osteoporoze, raka debelega črevesa ter raka na prsih – povezave so podobne, kot jih lahko najdemo v poglavju 1.2.3, kjer opisujemo bolezni in stanja v povezavi s prehranskimi dejavniki tveganja. Telesna dejavnost na drugi strani kot varovalni dejavnik krepi mišice, vpliva na zdravje kosti, vzdržuje psihofizične in funkcionalne sposobnosti telesa, pripomore k zmanjšanju stresa in depresije, pomaga pri povečevanju samozavesti, ter vpliva na kvaliteto spanca. V kombinaciji z

ustrezno prehrano pa telesna dejavnost varuje tudi pred čezmerno telesno težo in debelostjo. Pri starostnikih gibalna aktivnost zmanjšuje tudi tveganje za padce in poškodbe pri padcih ter blaži upadanje funkcionalnih sposobnosti. Poleg tega predstavlja učinkovito (vzporedno) terapijo pri zdravljenju nekaterih kroničnih nenalezljivih bolezni.

1.2.10 Smernice o gibalni aktivnosti starostnikov

Priporočila Svetovne zdravstvene organizacije pravijo, da za doseganja večine koristi za zdravje pri odraslih zadošča zmerna gibalna aktivnost, ki traja skupaj vsaj 30 minut na dan, izvaja pa se večino ali vse dni v tednu. Za zmerno intenzivno gibalno aktivnost je značilno, da poveča srčni utrip, povzroči občutek toplote in zadihanost. Povečuje pa tudi telesno presnovo, in sicer na tri- do šestkratno raven od tiste v mirovanju.

Po priporočilih Ameriškega združenja za srce se za starostnike priporočajo: aerobna aktivnost, vaje za mišično moč, vaje za gibljivost in vaje za ravnotežje. Tako se za krepitev in ohranjanje zdravja pri starostnikih priporoča izvajanje zmerne aerobne aktivnosti vsaj 30 minut na dan pet dni na teden ali pa izvajanje intenzivne aerobne aktivnosti vsaj 20 minut 3 dni na teden – v kolikor jih ne omejuje zdravstveno stanje. Vsaj dvakrat tedensko se priporoča izvajanje vaj za krepitev in ohranjanje mišične moči ter vzdržljivosti. Priporoča se izvedba 8 do 10 vaj za vse večje skupine mišic. Vsaj dvakrat tedensko po 10 minut naj bi se izvajale tudi vaje za ohranjanje gibljivosti. Poleg tega zaradi zmanjševanja tveganja padcev Ameriško združenje za srce priporoča tudi izvajanje vaj za ohranjanje ravnotežja.

Za starostnike z boleznimi, pri zdravljenju katerih se priporoča tudi gibalna aktivnost, Ameriško združenje za srce priporoča, da izvajajo tako gibalno aktivnost, ki se priporoča v terapevtske namene, kot gibalno aktivnost, ki se priporoča kot preventivo pred drugimi boleznimi. Če starostnik zaradi bolezni ne more izvajati minimalno priporočene količine preventivne gibalne aktivnosti, naj jo izvaja v tolikšni meri, kot jo lahko. Na ta način se bo izognil sedečemu življenjskemu slogu. Za starostnike, ki niso gibalno aktivni v tolikšni meri, kot je priporočeno, pa zveza svetuje postopno povečevanje količine gibalne aktivnosti.

Sicer pa so po Ušaju za zdravje starostnikov najbolj priporočljivi ciklični monostrukturni športi, katerih značilnost je predvsem dlje trajajoča aktivnost aerobnega tipa, kjer je intenzivnost konstantna (hoja, lahkoten tek, plavanje, kolesarjenje). Neprimerni pa so športi, kjer prihaja do telesnega kontakta in kjer je obremenitev kratka in visoko intenzivna.

Starejši morajo pred odločitvijo za pričetek z vadbo obiskati svojega zdravnika, kamor naj hodijo tudi na redne kontrole. Posebej je pomembno, da je vadbeni prostor za starejše varen ter ima primerno osvetlitev in okolje. Starejši naj vadijo pod vodstvom usposobljenih trenerjev oziroma v skupini.

1.3 Starejši odrasli, socialni kapital in socialna omrežja

Po oceni socialnega kapitala, ki vključuje generalizirano zaupanje, indeks aktivnega članstva v nevladnih organizacijah in preživljanje časa v klubih in prostovoljnih asociacijah, se je Slovenija pred slabim desetletjem nahajala med državami s srednjo stopnjo razvoja. Avtorji so napovedali, da bo nizka stopnja socialnega kapitala predstavljala enega ključnih razvojnih problemov Slovenije, kar bo privedlo do manj optimalne izkoriščenosti človeškega in

intelektualnega kapitala, pomanjkljive koordinacije med politično-administrativnim sektorjem, gospodarstvom in civilno družbo, slabega delovanja projektnega in asociacijskega tipa organizacij in šibkosti intermediarnih struktur. To bo posebej problematično v tistih procesih, ki zahtevajo intenzivne komunikacijske procese in nekonvencionalne spontane rešitve problemov.

V zadnjem desetletnem obdobju se je zmanjšal delež starejših odraslih nad 60 let, ki se aktivno izobražujejo, medtem ko se je zvišal delež morebitno dejavnih. To bi lahko pomenilo, da obstajajo ovire, ki starejšim preprečujejo udeleževanje v izobraževanju. Starejši kot najpogostejšo oviro navajajo prezaposlenost, precej manj pa neustrezne programe izobraževanja ter družinske obveznosti in prevelike stroške. Kljub porastu obstoječe ponudbe izobraževanj za starejše, le-ta očitno še ni ustrezna, predvsem glede upoštevanja izkušenj in znanj starejših odraslih, starejšim primernega načina dela, ciljev izobraževanja in dostopnosti le-tega.

Starejši samski ljudje imajo (v letu 2002 v primerjavi z letom 1987) za petino manj sorodnikov v sestavi omrežja, nadomestili so jih prijatelji in sosedje. Sorodniki tako predstavljajo le še 50% omrežja, pri čemer je velika verjetnost, da v sorodstvenem razmerju ni najpomembnejših nosilcev socialne opore pri starejših, to je partnerja in otrok. Rahljanje sorodstvenih vezi pomeni slabšo kakovost sestave socialnega omrežja in manj vezi. Starejši prebivalci imajo v povprečju manjša omrežja kot mlajši, moški imajo manjša omrežja kot ženske. Najmanjša omrežja socialne opore imajo posamezniki v enostarševskih gospodinjstvih, starejši posamezniki, ki živijo sami, ter posamezniki z gibalnimi težavami, vsem pa predstavljajo ključni vir opore njihovi otroci.

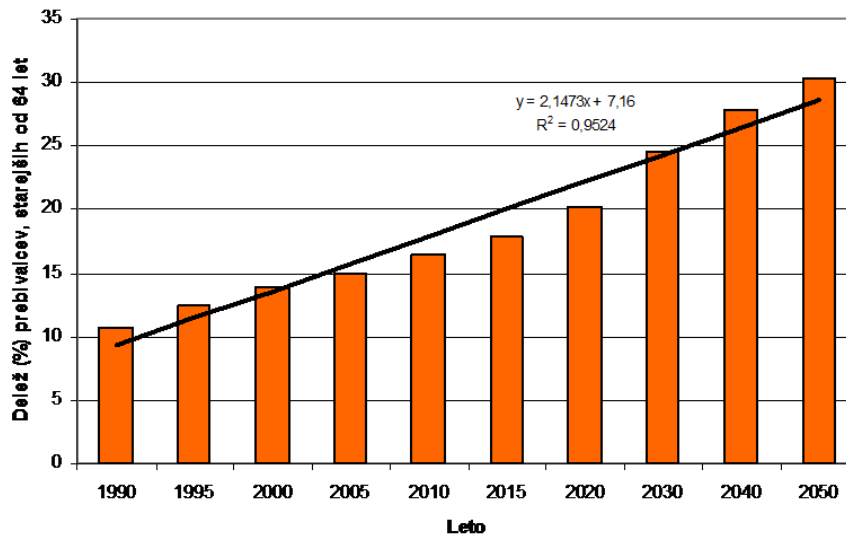
Bistvene spremembe v strukturi družin, ki so bile v preteklosti predvsem razširjene družine, danes pa so predvsem enogeneracijske oziroma do odraslosti otrok dvogeneracijske, so pripeljale do drugačnih potreb starejših. Njihove manjše sposobnosti (stopnja izobrazbe naših starejših je nižja od stopnje splošne populacije) ali strah pred novostmi, predvsem na komunikacijskem področju, so lahko velika ovira za vzpostavljanje in ohranjanje socialnih stikov in zagotavljanje pomoči v primeru potrebe pri starejših prebivalcih. Za ohranjanje socialnih stikov v 18 % želijo obisk prostovoljca, 15 % si jih želi srečanj, 15 % druženja v skupinah, 14 % pa spremstvo prostovoljca pri opravljanju obveznosti v okolju. Četrtnina bi jih potrebovala pomoč pri čiščenju stanovanja in enak delež pomoč pri prinašanju hrane, petina pa pomoč pri nakupovanju. Tudi pri vzdrževanju osebne higiene bi jih pomoč potrebovala osmina, tretjina jih želi brezplačno svetovanje o različnih zadevah. Enak delež starejših si želi redni zdravstveni nadzor.

1.4 Staranje populacije

V zadnjih petdesetih letih smo priča geografski tranziciji, ko je naraščajoč delež starejšega prebivalstva med celotnim prebivalstvom v največji meri posledica demografskega prehoda z visokih na nizke stopnje rodnosti in smrtnosti. Po predvidevanjih bo do leta 2050 prvič v zgodovini število starejših v svetu preseglo število mladih.

Demografski trendi tudi za Slovenijo kažejo povečevanje števila starejših oseb (Slika 3). Konec leta 1995, ko je v Sloveniji živel 249.046 ljudi, starih 65+, je njihov delež v celotnem prebivalstvu znašal 12,5 %. Leta 2008 so se toliko stari med nami že začeli približevati skoraj petini prebivalstva, po projekcijah Europop2008 pa naj bi se njihov delež do leta 2060 povzpел na 35 %.

Slika 3: Projekcija deleža prebivalstva, starejšega od 64 let, Slo, 1990–2050



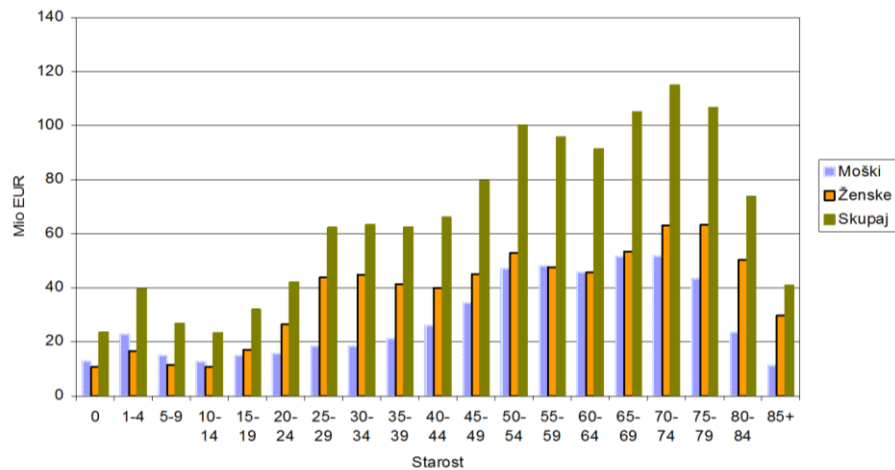
Vir: SURS, 2007.

Analiza družbenoekonomskih kategorij oseb in gospodinjstev pokaže, da je najpomembnejši vzrok za revščino v Sloveniji brezposelnost oz. neaktivnost, pa tudi starost, še posebej pri ženskah. Stopnja tveganja za revščino je med starostniki v Sloveniji dvakrat višja kot med otroki do 15. leta in izpostavljena ji je dobra petina starejše populacije.

Slovenci smo se leta 2003 upokojevali povprečno pri 56. letih in bili s tem najmlajši med vsemi 25 članicami Evropske Unije.

Posebna pozornost velja dejstvu, da se starejše prebivalstvo tudi samo stara. Danes v svetu najhitreje narašča prav starostna skupina najstarejšega prebivalstva, torej skupina tistih prebivalcev, ki so že dosegli starost 80+. Ta starostna skupina predstavlja več kot desetino (11 %) vseh starejših prebivalcev sveta, do sredine 21. stoletja pa bo po pričakovanjih dosegla že petino (več kot 19 %) vseh starejših. S starostjo se zdravstveno stanje starejših ljudi slabša in bolj ko narašča število starejših, bolj narašča tudi število povpraševanj po možnosti dolgoročne nege starejših, povečujejo pa se tudi izdatki za zdravljenje (Slika 4).

Slika 4: Izdatki za zdravljenje po spolu in starosti, Slovenija, 2005.



Vir: IVZ, 2007.

Nacionalna strategija skrbi za kakovostno staranje prebivalstva in za solidarno sožitje generacij v Sloveniji predvideva strateške usmeritve na vseh ključnih področjih. V okviru programskih nalog z vidika ciljne politike zdravstvene skrbi za starejše v obdobju 2006–2011 med drugim govori o splošnih preventivnih programih vzgoje za zdravo življenje, predvsem v lokalnih skupnostih, ki bi jih izvajala patronažna služba ter o posebnih preventivnih programih za preprečevanje duševnih motenj in nekaterih kroničnih degenerativnih bolezni. V okviru vzgoje in šolstva je poudarek na treh nalogah: (1) seznanjanje mlade generacije z značilnostmi staranja, starajoče se družbe in medgeneracijskim sožitjem; (2) razvoj socialnih veščin in usposabljanje mladih za medgeneracijsko sožitje ter (3) uveljavljanje vseživljenjskega učenja v tretjem življenjskem obdobju. V okviru kulture in informiranja se posebna pozornost namenja spremembi jezika in izrazoslovja na področju staranja, ki bi detabuizirala starost, destigmatizirala starostnike in stereotipne predstave o le-teh. V okviru znanosti in raziskovanja je med drugim poudarek na pospežitvi in krepitvi razvoja ter večji uporabi informacijsko-komunikacijske tehnologije, vseživljenjskem učenju/izobraževanju in e-zdravju. Izpostavlja se tudi pomen razvoja in priprave študijskega programa gerontologije.

2. Raziskovalne metode in pristopi

Pri pripravi opisa stanja na področju prehrane in gibanja pri starejših v Sloveniji smo se raziskovanja lotili na več nivojih, kombinirali smo različne raziskovalne metode – pristop z uporabo mešanih raziskovalnih metod. Poleg pregleda literature in že opravljenih raziskav na tem področju smo raziskovali tematiko s stališča starejših samih, pa tudi vseh tistih servisov in služb, ki se pri svojem delu s starejšimi srečujejo.

Tako smo:

1. pregledali nabor kvantitativnih podatkov EHIS (European Health Interview Survey iz leta 2007) presečne študije za subpopulacijsko skupino 65+, za področje prehrane in gibanja; uporabili smo že analizirane podatke s spletne strani IVZ, ki smo jih interpretirali v kontekstu pričujočega prikaza;
2. opravili semi-kvantitativno anketno zbiranje podatkov v skupini ključnih informatorjev, ki se pri svojem delu srečujejo s starejšimi, analizirali in interpretirali podatke;
3. v kvalitativnem pristopu opravili razgovore v skupinah starejših (fokusne skupine), zbrane rezultate smo analizirali in interpretirali.

Omenjene metode dela so podrobneje opisane v nadaljevanju.

2.1 Kvantitativna metodologija v pregledu prehranskih in gibalnih navad starejših odraslih

Anketo o zdravju in zdravstvenem varstvu je Inštitut za varovanje zdravja RS izvedel od 20. oktobra 2007 do konca istega leta na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije, starih 15 let in več, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih in niso institucionalizirani. V vzorec je bilo vključenih 3.400 oseb. Osnova za vzorčni okvir je predstavljal okvir popisnih okolišev in Centralni register prebivalstva. Osebno anketiranje na naslovih izbranih oseb je potekalo z vprašalnikom na papirju. Stopnja odgovora v anketi je bila 68%.

V zvezi z obravnavano temo prehrane in gibanja pri starejših so predstavljene posamezne bolezni in bolezenska stanja ter jemanje zdravil in iskanje zdravstvenih informacij, prehranjevanje v povezavi z zdravjem in samoporočani ter izračunani ITM (telesna teža in višina) udeležencev v raziskavi, prav tak pa tudi področje telesne dejavnosti pri starejših v povezavi z nekaterimi izbranimi parametri.

Dejavniki, ki so posredno povezani tudi s prehranjevanjem in telesno dejavnostjo, so bili merjeni s pomočjo naslednjih spremenljivk:

- prisotnost bolezni in bolezenskih stanj med starostniki: srčni infarkt, koronarna srčna bolezen, zvišan krvni tlak, možganska kap, sladkorna bolezen in rak;
- pogostost jemanja zdravil za posamezne bolezni in bolezenska stanja pri starostniku: zvišan krvni tlak, zniževanje višine holesterola v krvi, možgansko kap in srčni napad, sladkorna bolezen in rak;
- pogostost merjenja krvnega tlaka, vrednosti holesterola in krvnega sladkorja pri zdravniku;

- pogostost uživanja sadja, zelenjave in solat ter pitje sadnih ali zelenjavnih sokov pri starostnikih;
- pogostost iskanja informacij povezanih z zdravjem v različnih virih: v časopisih in revijah, v zgibankah ali drugih informativnih publikacijah, v zdravstvenih priročnikih, na internetu in v klepetalnicah in forumih na internetu;
- izmerjena telesna višina in stehtana telesna teža (podlaga za izračun ITM);
- naporna telesna dejavnost v zadnjih sedmih dneh in časovni obseg naporene telesne dejavnosti v zadnjih sedmih dneh;
- zmerna telesna dejavnost v zadnjih sedmih dneh in časovni obseg zmerne telesne dejavnosti v zadnjih sedmih dneh;
- hoja vsaj deset minut naenkrat v zadnjih sedmih dneh in časovni obseg hoje v zadnjih sedmih dneh.

Indeks telesne mase

Udeleženci so s samoporočanjem navedli svojo telesno višino in težo, iz teh podatkov je bil izračunan indeks telesne mase (ITM) posameznega anketiranca po enačbi:

| |
|---|
| $\text{ITM} = \frac{\text{telesna teža (kg)}}{\text{telesna višina x telesna višina (m}^2\text{)}}$ |
|---|

Indeks telesne mase, ki je nižji od 18,5, pomeni podhranjenost, indeks med vrednostima 18,5 in 24,9 pomeni normalno hranjenost, indeks med 25,0 in 29,9 pomeni čezmerno telesno težo, indeks nad 30 pa debelost.

2.2 Semi-kvantitativni pristop pri pregledu mnenj ključnih informatorjev, ki se pri delu srečujejo s starejšimi odraslimi

V štirih vključenih regijah, Ljubljana, Maribor, Kranj in Celje, je bilo izvedeno ankeritanje ključnih informatorjev, ki se pri svojem delu srečujejo s starejšimi odraslimi. Predpostavka raziskovalnega pristopa je bila, da ti posamezniki zaradi vsakodnevne stika dobro poznajo probleme starejših in razmišljajo o rešitvah, ki bi izboljšale stanje.

Oblikovan je bil vprašalnik za ključne informatorje (Priloga 2), v katerega so vključene splošne javnozdravstvene teme, povezane s starejšimi odraslimi danes:

- področje prehrane na telesnem in funkcionalnem nivoju,
- področje telesne dejavnosti,
- duševno zdravje,
- stereotipi o starosti in starih,
- dostopnost do zdravstvenega varstva,
- upokojevanje in problemi ob upokojitvi ter
- socialni kapital.

Vprašanja so bila pretežno zaprtega tipa, omogočala pa so tudi navajanje lastnih odgovorov, izražanje mnenj in komentarjev - za kar so bili anketiranci posebej motivirani.

Na naslove javnih in zasebnih ambulant splošne/družinske medicine, patronažnega varstva, domov za starejše občane ter dnevnih centrov, centrov za socialno delo, društva upokojencev, območnih izpostav Rdečega križa ter drugih nevladnih organizacij na tem področju je bilo poslanih 546 vprašalnikov. Celotna odzivnost je bila 39%, posamezne stopnje odzivnosti po regijah so vidne iz Tabele 2.

Tabela 2: Pregled vzorca in deleža odgovora za semi-kvantativni pregled stališč in mnenj ključnih informatorjev, ki se pri svojem delu srečujejo s starejšimi odraslimi, po regijah

| | Sodelujoče regije | Poslani vprašalniki (število) | Delež odgovora (%) |
|----|-------------------|-------------------------------|--------------------|
| 1. | ZZV Celje | 168 | 34 |
| 2. | ZZV Kranj | 55 | 49 |
| 3. | ZZV Ljubljana | 98 | 32 |
| 4. | ZZV Maribor | 325 | 39 |
| | SKUPAJ | 646 | 38,5 |

2.3 Fokusne skupine kot kvalitativna metoda raziskovanja

Pri raziskovanju dejavnikov, ki vplivajo na prehranjevanje in gibanje starejše populacije, smo uporabili tudi kvalitativno metodo razgovora v skupini (fokusne skupine), ki je namenjena zbiranju, analizi in interpretaciji podatkov. Gre za izvedbo vodenih skupinskih pogovorov na vnaprej znano temo in po določenem načrtu.

Metoda fokusnih skupin omogoča poglobljeno obravnavo določenega problema ali spoznavanje skupine ljudi, interpretacijo stališč (identificiranje motivov), odkrivanje novih tem in hkrati zaznavo interakcij med udeleženci pogovora. Fokusno skupino sestavlja poseben tip skupine ljudi določenega števila in sestave, zbrane po določenem postopku in glede na določene kriterije. Optimalno število skupine je 6–8 udeležencev, ki med sabo delijo mišljenja, dožemanja in med razpravo vplivajo drug na drugega, kot je to običajno v realnem življenju. Izvedbe fokusnih skupin se nekajkrat ponovijo, da pridobimo trende in vzorce. Fokusnih skupin je dovolj, ko dosežemo t. i. teoretično zasičenost, kar pomeni, da nove fokusne skupine ne dajo dodatnih informacij (načeloma zadostuje izvedba 3–5 fokusnih skupin). Izvedba fokusne skupine poteka na splošno v 4 korakih: načrtovanje, pridobivanje udeležencev, izpeljava srečanj fokusnih skupin, analiza in poročanje.

Pričujoča kvalitativna raziskava je bila izvedena v sedmih fokusnih skupinah, v katerih je sodelovalo 55 starejših odraslih obeh spolov. Izbrani so bili s pomočjo metode snežne kepe, ki je prispevala k zadostni pestrosti in naključnemu izboru udeležencev. Udeleženci so prišli iz urbanih področij Ljubljane in Maribora ter ruralnih področij Celja, Kranja in Nove Gorice. Sodelavci regijskih zavodov za zdravstveno varstvo Ljubljana, Maribor, Kranj, Celje in Nova Gorica so zbrali skupine, izvedli razgovore, analizirali podatke in usklajeno pripravili poročilo.

Celoten proces je prinesel rezultate na dveh ravneh - izvedena je bila kvalitativna raziskava v skupinah starejših odraslih na teme prehane in gibanja, obenem pa je bila kot dodana vrednost implementirana metodologija dela v fokusnih skupinah na sodelujočih regijskih zavodih. Za zagotovitev potrebnega znanja in zadostno usklajenost dela sta bili na Inštitutu

za varovanje zdravja RS izvedeni dve delavnici o fokusnih skupinah. Prvo na temo definiranja raziskovalnih vprašanj, oblikovanja vprašanj za razgovore in izvedbo samih skupin je izvedla doc. dr. Blanka Tivadar s Fakultete za družbene vede Univerze v Ljubljani, drugo na temo analize rezultatov fokusnih skupin in interpretacije zbranih podatkov pa mag. Maja Bajt z Inštituta za varovanje zdravja RS.

3. Pregled stanja na področju prehrane in telesne dejavnosti za zdravje pri starejših odraslih

V nadaljevanju so navedeni rezultati vseh treh raziskovalnih pristopov, ki so bili uporabljeni pri pripravi pričujočega poročila: (1) kvantitativni pregled podatkov o prehrani in gibanju v Anketi o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (European Health Interview Survey - EHIS), (2) semi-kvantitativni pregled stališč in mnenje ključnih informatorjev, ki se pri svojem delu srečujejo s starejšimi odraslimi, in (3) kvalitativni pregled stališč in mnenj starejših odraslih o prehrani in gibanju.

3.1 Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (European Health Interview Survey - EHIS)

V nadaljevanju predstavljamo rezultate raziskave EHIS za področje prehrane in gibalne aktivnosti pri starejših ter z njima povezanih spremenljivk.

3.1.1 Prehranjevalne navade in prehranski status pri starejših ter z njima povezane spremenljivke

Uravnoteženo in zdravo prehranjevanje skozi celo življenjsko obdobje pozitivno vpliva na zdravje in dobro prehranjenost v starosti. Znano je, da določeni prehranski vzorci, ki jih imajo posamezniki, spadajo med dejavnike tveganja, ki ogrožajo zdravje, določeni vedenjski prehranjevalni vzorci pa zdravje varujejo. Prehranski dejavniki, ki varujejo naše zdravje, so predvsem zadosten vnos sadja in zelenjave, s katerim dobimo dovolj prehranske vlaknine, vitaminov, mineralov in drugih esencialnih snovi, ter omejevanje pogostosti in količine zaužite energijsko goste in hranilno revne hrane.

V Sloveniji imamo premalo raziskav na področju prehrane pri starejših, premalo sistemsko uvedenih argumentiranih ukrepov za izboljšanje stanja, pa tudi premalo različnih lokalnemu okolju in izzivom prilagojenih aktivnosti. Starostnik je prehransko še posebej ogrožen, njegove presnovne spremembe so odvisne od s starostjo povezanih fizioloških sprememb in se stopnjujejo v kronične vnetne težave. Starostniki so bolj podvrženi tudi negativnim učinkom podhranjenosti. Evropska raziskava je pokazala, da je med zdravimi starostniki, ki živijo doma, malo podhranjenih, pri bolnikih pa najdemo visoko prevalenco proteinske in energijske podhranjenosti s pomanjkanjem mikrohranil. Okrevanje starostnikov je težje kot pri drugih starostnih skupinah. Med starostniki, moškimi in ženskami, je čezmerno telesno težkih in debelih dobri dve tretjini. Srčno-žilne bolezni so, tako kot v drugih državah, tudi pri nas zelo pogoste. Poleg genetskih in drugih endogenih dejavnikov so za nastanek in razvoj arterioskleroze, kot etiološkega dejavnika za srčno-žilne bolezni, med drugimi odgovorni tudi prehranski dejavniki tveganja. Z obvladovanjem prehranskih dejavnikov tveganja in spodbujanjem varovalnih dejavnikov se lahko pomembno podaljša življenjska doba, obolevnost je manjša in poveča se kvaliteta življenja. Umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni v Sloveniji je višja od povprečja Evropske unije. Leta 2005 je v Sloveniji zaradi srčno-žilnih bolezni umrlo okoli 288 ljudi na 100.000 prebivalcev, v Evropski uniji pa 273 ljudi na 100.000 prebivalcev. Umrljivost zaradi možganske kapi se v Sloveniji in v Evropski uniji zmanjšuje. V Sloveniji se je zmanjšala celo pod povprečje Evropske unije.

Glede na izsledke raziskave Dejavniki tveganja in učinkovitosti procesa je prevalenca povišanega krvnega tlaka (hipertenzije) v Sloveniji ocenjena na okoli 39,6 %. Delež pregledanih s povišanim krvnim tlakom se je glede na leto 1990/91 v vzorcu iz leta 1996/97 statistično pomembno povečal z 18,9 % na 26,9 %, tistih z normalnim krvnim tlakom pa statistično pomembno zmanjšal s 60,9 na 51,2 %. Po izsledkih raziskav o dejavniki tveganja (1991, 1997, 2003) na reprezentativnih vzorcih v Ljubljanski regiji je imela sistolični krvni tlak nad 140 mm Hg in diastolični krvni tlak nad 90 mm Hg približno tretjina ljudi. Največji delež povišanega krvnega tlaka, sistoličnega in diastoličnega, smo ugotovili v raziskavi iz leta 1997.

V raziskavi Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije iz leta 2001 se prevalenca zvišanega krvnega tlaka med odraslimi prebivalci Slovenije v starostnem obdobju od 25 do 64 let ocenjuje na 18,8 %. Metodologija omenjene raziskave temelji na samoporočanju, zato so vrednosti nižje kot pri omenjenih raziskavah. Ocena prevalence med moškimi je 20,5 %, med ženskami pa 17,3 %. Odstotek povišanega krvnega tlaka je razmeroma nizek do starostne skupine od 40 do 44 let, od te starostne skupine naprej pa strmo narašča. Ocena prevalence je v zahodnem delu Slovenije 15,6 %, v osrednjem delu Slovenije 19,2 %, v vzhodnem delu Slovenije pa 20,0 %.

V okviru nacionalnega programa preventive srčno-žilnih bolezni je bilo v obdobju 2002–2006 v preventivne preglede za oceno prisotnosti dejavnikov tveganja vključenih okrog 500.000 prebivalcev Slovenije. Pri preventivnih pregledih je bil z merjenjem ocenjen povišan krvni tlak pri povprečno 34,6 % preiskovancih, in sicer pri moških starosti od 35 do 65 let in pri ženskah starosti od 45 do 70 let.

Sladkorna bolezen je pereče javnozdravstveno vprašanje, saj za to boleznijo poleg starejših danes zboleva tudi vse več mlajših. Tako kot druge kronične nenalezljive bolezni že dolgo ni samo pereče vprašanje razvitega sveta, ampak je vedno bolj izraz ekonomskih in socialnih določilnic zdravja, kot sta revščina in neizobraženost. Pri Svetovni zdravstveni organizaciji ocenjujejo, da ima na svetu kar 246 milijonov odraslih (5,9 % prebivalstva) sladkorno bolezen, povečuje pa se tudi število otrok s to boleznijo. Dodatno ima še približno 308 milijonov odraslih moteno toleranco za glukozo (7,5 % prebivalstva), ki je predstopnja v razvoju sladkorne bolezni. Pričakuje se, da bo do leta 2025 na svetu več kot 380 milijonov bolnikov s sladkorno boleznijo (7,1 % prebivalstva) in 418 milijonov odraslih z moteno toleranco za glukozo (8,1 % prebivalstva), zato so ukrepi za učinkovitejše obvladovanje sladkorne bolezni nujni. Za leto 2007 Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je zaradi sladkorne bolezni in z njo povezanih zdravstvenih zapletov umrlo 3,8 milijona ljudi (6 % vseh smrti), izgubljenih pa je vsako leto približno 25 milijonov let življenja. V Sloveniji živi približno 125.000 bolnikov vseh starosti s prepoznano sladkorno boleznijo, kar je 6,25 % celotnega prebivalstva.

Živimo v informacijski družbi, tako da je dostop do informacij o zdravju in boleznih odprt in širok. Vendar starejši praviloma niso vajeni uporabe svetovnega spleta in drugih modernih informacijskih virov, kar lahko do določene mere omejuje njihovo informiranost.

V nadaljevanju bomo predstavili rezultate raziskave EHIS v zvezi s prehrano in prehranskim statusom pri starejših.

3.1.1.1 Prisotnost s prehrano povezanih bolezni in bolezenskih stanj med starostniki

V tem poglavju prikazujemo nekatere javnozdravstvene probleme, ki so lahko posledica neuravnoteženega načina prehranjevanja.

Prebivalci Slovenije so navedli prisotnost bolezni in bolezenskih stanj za: srčni infarkt, koronarno srčno bolezen, zvišan krvni tlak, možgansko kap, sladkorno bolezen in raka. Navajali so bolezni oziroma bolezenska stanja, ki jih imajo ali so jih že kdaj imeli.

Vse naštetе bolezni in bolezenska stanja se po pričakovanjih najpogosteje pojavijo pri starejših, torej pri ljudeh v starostni skupini nad 65 let (Tabela 3). Pri starejših je najpogosteje prisoten povišan krvni tlak in sicer v 60,7 %. Približno petina vprašanih starejših ima koronarno srčno bolezen, v enakem deležu so navajali tudi prisotnost sladkorne bolezni. Približno desetina vprašanih starostnikov je navedla, da ima oz. je prebolela raka, prav tako jih je približno desetina navedla preboleli srčni infarkt, medtem ko jih je 5 % navedlo, da so doživeli možgansko kap.

Tabela 3: Prisotnost bolezni in bolezenskih stanj glede na starost (v %)

| Bolezni in bolezenska stanja | 15-29 | 30-44 | 45-64 | 65+ | N |
|------------------------------|-------|-------|---------|-------|------|
| Srčni infarkt | 0,0 | •0,6 | ((1,5)) | 9,3 | 2116 |
| Koronarna srčna bolezen | 0,0 | •0,2 | 5,0 | 19,6 | 2113 |
| Zvišan krvni tlak | (5,5) | 11,3 | 33,7 | 60,7 | 2113 |
| Možganska kap | 0,0 | •0,2 | ((1,9)) | (5,1) | 2115 |
| Sladkorna bolezen | •0,9 | •1,7 | 8,7 | 18,7 | 2115 |
| Rak | •0,3 | •1,3 | 5,2 | 9,1 | 2116 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Opomba: Pri podrobnejših analizah gre pogosto za majhno število enot v posamezni celici, zato je v tabelah potrebno upoštevati naslednje oznake, četudi le-te niso eksplicitno navedene:

(-) Oznaka pomeni, da ni pojava.

• Nesprejemljivo nenatančna ocena, navedena zgolj za ilustracijo (manj kot 10 enot).

((/)) Zelo nenatančna ocena (med 10 in 20 enot).

(/) Nenatančna ocena (med 20 in 30 enot).

3.1.1.2 Pogostost jemanja zdravil za posamezno bolezen

Prebivalci Slovenije so navedli, kako pogosto jemljejo zdravila za posamezne bolezni, ki so lahko povezane s prehrano (zvišan krvni tlak, povišan holesterol v krvi, možgansko kap, sladkorno bolezen in raka). Po pričakovanjih najpogosteje uživajo omenjena zdravila tisti v starostni skupini nad 65 let (Tabela 4). Starejši najpogosteje uživajo zdravila za zniževanje krvnega tlaka, in sicer je takih 68,2 %.

Tabela 4: Zdravila predpisana ali priporočena zaradi zdravljenja posameznih bolezni, in deleži oseb, ki so posamezna navedena zdravila jemale v zadnjih dveh tednih pred anketiranjem (v %)

| Bolezni in bolezenska stanja | 15-29 | 30-44 | 45-64 | 65+ | N |
|--------------------------------------|-------|--------|-------|---------|-----|
| Zvišan krvni tlak | •4,6 | (16,2) | 45,4 | 68,2 | 976 |
| Zniževanje višine holesterola v krvi | 0,0 | •3,0 | 23,0 | 26,1 | 976 |
| Možganska kap in srčni napad | 0,0 | •2,6 | 10,1 | 23,1 | 976 |
| Sladkorna bolezen | •3,2 | •0,7 | 10,7 | 13,0 | 976 |
| Rak | 0,0 | 0,0 | •2,1 | ((3,6)) | 976 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Opomba: Pri podrobnejših analizah gre pogosto za majhno število enot v posamezni celici, zato je v tabelah potrebno upoštevati naslednje oznake, četudi le-te niso eksplicitno navedene:

(-) Oznaka pomeni, da ni pojava.

• Nesprejemljivo nenatančna ocena, navedena zgolj za ilustracijo (manj kot 10 enot).

((/)) Zelo nenatančna ocena (med 10 in 20 enot).

() Nenatančna ocena (med 20 in 30 enot).

3.1.1.3 Merjenje krvnega tlaka, vrednosti holesterola in krvnega sladkorja s strani zdravstvenega delavca

Vrednost krvnega tlaka, holesterola in krvnega sladkorja je zdravstveni delavec že kdaj izmeril 96,2 % prebivalcem. Največji delež oseb, ki jim je zdravstveni delavec že kdaj izmeril krvni tlak, holesterol in krvni sladkor je med starejšimi, in sicer je zdravstveni delavec že kdaj izmeril krvni tlak 98,5 %, holesterol 90,1 % in krvni sladkor 89,0 % oseb starejšim od 65 let (Tabela 5). Med prebivalci starimi od 15 do 29 let pa je zdravstveni delavec vrednost holesterola izmeril le 27,8 %, vrednost krvnega sladkorja pa le 33,4 % osebam.

Tabela 5: Ali vam je zdravstveni delavec že kdaj izmeril krvni tlak, vrednost holesterola in krvnega sladkorja glede na starost (v %)

| Merjenje pri zdravniku | 15-29 | 30-44 | 45-64 | 65+ | N |
|----------------------------|-------|-------|-------|------|------|
| Krvni tlak | 93,4 | 95,7 | 97,2 | 98,5 | 2114 |
| Vrednost holesterola | 27,8 | 70,0 | 87,1 | 90,1 | 2060 |
| Vrednost krvnega sladkorja | 33,4 | 70,2 | 85,9 | 89,0 | 2032 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Opomba: Pri podrobnejših analizah gre pogosto za majhno število enot v posamezni celici, zato je v tabelah potrebno upoštevati naslednje oznake, četudi le-te niso eksplicitno navedene:

(-) Oznaka pomeni, da ni pojava.

• Nesprejemljivo nenatančna ocena, navedena zgolj za ilustracijo (manj kot 10 enot).

((/)) Zelo nenatančna ocena (med 10 in 20 enot).

() Nenatančna ocena (med 20 in 30 enot).

3.1.1.4 Pogostost uživanja sadja, zelenjave in solat ter pitje sadnih ali zelenjavnih sokov

Uživanje sadja in zelenjave je bolj značilno za starejše, medtem ko je pitje sadnih ali zelenjavnih sokov bolj značilno za mlajše. Starejši pogosteje uživajo sadje in zelenjavo glede na druge starosne skupine (Tabela 6).

Sadje dvakrat na dan ali več uživa skoraj polovica starih 65 let in več (47,7 %), sadja pa jih v tej starostni skupini nikoli ne uživa le 0,7 %. Vsaj enkrat dnevno uživa sadje skoraj devet desetih starih 65 let in več, kar je bistveno več kot med starimi od 15 do 29 let, med katerimi sadje vsak dan uživata slabi dve tretjini prebivalcev.

Zelenjavo in solato dvakrat na dan na dan ali več uživa približno četrtnina starih 65 let in več, vsak dan vsaj enkrat pa štiri petine, kar je primerljivo s pogostostjo uživanja zelenjave in solate v starostni skupini od 45 do 64 let in za desetino več kot v starostnih skupinah od 15 do 29 let in od 30 do 44 let.

Tabela 6: Pogostost uživanja sadja, zelenjave in solat ter pitje sadnih ali zelenjavnih sokov, glede na starost v %

| Pogostost uživanja | 15-29 | 30-44 | 45-64 | 65+ |
|--|-------|-------|---------|---------|
| Sadje (n=2116) | | | | |
| 2x na dan ali več | 24,8 | 30,3 | 45,0 | 47,7 |
| 1x na dan | 38,5 | 38,1 | 35,5 | 39,7 |
| 4-6x na teden | 12,9 | 10,6 | 8,3 | 6,3 |
| 1-3x na teden | 15,7 | 15,2 | 8,2 | ((4,4)) |
| Manj kot 1x na teden | (6,3) | (4,5) | ((2,4)) | •1,2 |
| Nikoli | •1,8 | •1,3 | •0,6 | •0,7 |
| Zelenjava in solata (n=2117) | | | | |
| 2x na dan ali več | 16,0 | 15,6 | 25,0 | 22,0 |
| 1x na dan | 46,3 | 57,3 | 57,8 | 58,4 |
| 4-6x na teden | 14,7 | 16,8 | 10,2 | 10,9 |
| 1-3x na teden | 14,0 | 8,4 | 5,6 | (6,6) |
| Manj kot 1x na teden | (5,3) | •1,6 | •1,1 | •0,7 |
| Nikoli | (3,8) | •0,3 | •0,3 | •1,4 |
| Sadni ali zelenjavni sok (n=2114) | | | | |
| 2x na dan ali več | 25,9 | 23,5 | 25,3 | 20,4 |
| 1x na dan | 25,1 | 27,3 | 20,1 | 18,7 |
| 4-6x na teden | 10,1 | 8,7 | 7,6 | (5,4) |
| 1-3x na teden | 17,4 | 16,0 | 15,7 | 12,3 |
| Manj kot 1x na teden | 10,7 | 14,5 | 12,1 | 16,0 |
| Nikoli | 10,7 | 9,9 | 19,2 | 27,2 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Opomba: Pri podrobnejših analizah gre pogosto za majhno število enot v posamezni celici, zato je v tabelah potrebno upoštevati naslednje oznake, četudi le-te niso eksplicitno navedene:

(-) Oznaka pomeni, da ni pojava.

• Nesprejemljivo nenatančna ocena, navedena zgolj za ilustracijo (manj kot 10 enot).

((/)) Zelo nenatančna ocena (med 10 in 20 enot).

(/) Nenatančna ocena (med 20 in 30 enot).

Sadne ali zelenjavne sokove dvakrat na dan ali nekoliko pogosteje uživajo prebivalci stari od 15 do 29 let. Videti je, da starejši nimajo tako razvite prehranske navade uživanja sadnih in zelenjavnih sokov kot druge starostne skupine, saj je med njimi največ takih, ki sadnih in zelenjavnih sokov ne uživajo nikoli (dobra četrtnina).

3.1.1.5 Pogostost iskanja informacij, povezanih z zdravjem, v različnih virih

V časopisih ali revijah informacije, povezane z zdravjem, redno nekoliko pogosteje iščejo osebe starejše od 45 let. Četrtnina starejših od 45 let informacije, povezane z zdravjem, išče tedensko, medtem ko približno petina oseb starih od 15 do 44 let informacije, povezane z zdravjem išče mesečno.

Tabela 7: Pogostost iskanja informacij, povezanih z zdravjem, v različnih virih glede na starost v %

| Viri iskanja informacij povezanih z zdravjem | 15-29 | 30-44 | 45-64 | 65+ |
|---|---------|---------|---------|-------|
| V časopisih in revijah (n=2114) | | | | |
| Dnevno | ((3,2)) | 6,0 | 9,0 | 7,9 |
| Tedensko | 13,6 | 15,8 | 20,1 | 20,6 |
| Mesečno | 17,5 | 19,7 | 12,9 | 12,7 |
| Redkeje kot mesečno | 16,9 | 16,3 | 9,2 | 9,9 |
| Nikoli | 48,8 | 42,2 | 48,8 | 48,9 |
| V zgibankah ali drugih informativnih publikacijah (n=2112) | | | | |
| Dnevno | •0,7 | •0,3 | •1,3 | •0,9 |
| Tedensko | (3,7) | (5,4) | 7,5 | 8,1 |
| Mesečno | 13,5 | 17,8 | 11,7 | 9,1 |
| Redkeje kot mesečno | 20,2 | 25,0 | 19,4 | 14,7 |
| Nikoli | 61,9 | 51,6 | 60,1 | 67,2 |
| V zdravstvenih priročnikih (n=2116) | | | | |
| Dnevno | •1,2 | •0,5 | ((1,6)) | •1,0 |
| Tedensko | ((2,4)) | (4,1) | 5,4 | (6,2) |
| Mesečno | 10,2 | 14,5 | 9,2 | 11,8 |
| Redkeje kot mesečno | 22,2 | 23,3 | 20,9 | 13,9 |
| Nikoli | 64,1 | 57,6 | 62,9 | 67,1 |
| Na internetu (ne na forumih in klepetalnicah) (n=2116) | | | | |
| Dnevno | (4,8) | ((2,0)) | ((1,6)) | •0,5 |
| Tedensko | 10,6 | 9,3 | 4,5 | •0,6 |
| Mesečno | 16,6 | 14,0 | 6,5 | •0,6 |
| Redkeje kot mesečno | 16,4 | 16,5 | 6,8 | •0,6 |
| Nikoli | 51,6 | 58,1 | 80,7 | 97,6 |
| V klepetalnicah in forumih na internetu (n=2115) | | | | |
| Dnevno | ((2,7)) | •0,6 | •0,4 | 0,0 |
| Tedensko | 6,4 | ((2,1)) | •0,6 | •0,2 |
| Mesečno | 6,1 | (6,0) | ((2,1)) | •0,5 |
| Redkeje kot mesečno | 9,8 | 6,9 | ((2,4)) | 0,0 |
| Nikoli | 75,0 | 84,4 | 94,6 | 99,3 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Opomba: Pri podrobnejših analizah gre pogosto za majhno število enot v posamezni celici, zato je v tabelah potrebno upoštevati naslednje oznake, četudi le-te niso eksplicitno navedene:

(-) Oznaka pomeni, da ni pojava.

• Nesprejemljivo nenatančna ocena, navedena zgolj za ilustracijo (manj kot 10 enot).

((/)) Zelo nenatančna ocena (med 10 in 20 enot).

(/) Nenatančna ocena (med 20 in 30 enot).

V zgibankah ali drugih publikacijah ter zdravstvenih priročnikih informacij o zdravju nikoli ne išče približno tri petine prebivalcev iz vseh starostnih skupin. Naj večja razlika se pokaže pri iskanju informacij prek spleta ali v klepetalnicah, kar je pričakovano. Na internetu informacije o zdravju dnevno išče največ oseb starih od 15 do 29 let (4,8 %), ki dnevno najpogosteje iščejo informacije o zdravju tudi na forumih in klepetalnicah, medtem ko starejši od 45 let informacije o zdravju na forumih in klepetalnicah iščejo redkeje.

3.1.1.6 Struktura prebivalcev Slovenije glede na indeks telesne mase - ITM

Prebivalci Slovenije, sodelujoči v raziskavi, so navedli tudi svojo telesno višino in telesno težo. Na podlagi tega je bil po kriteriju Svetovne zdravstvene organizacije izračunan indeks telesne mase, anketiranci pa so bili razvrščeni med podhranjene, normalno prehranjene, čezmerno telesno težke in debele.

Tabela 8: Struktura prebivalcev Slovenije glede ITM, po starosti, v %

| ITM | 15-29 | 30-44 | 45-64 | 65+ | N |
|------------------------|-------|-------|-------|------|------|
| Podhranjeni | (5,2) | •1,2 | •0,6 | •0,9 | 2077 |
| Normalno prehranjeni | 65,6 | 46,3 | 31,4 | 29,8 | 2077 |
| Čezmerno telesno težki | 22,7 | 39,4 | 44,2 | 48,5 | 2077 |
| Debeli | (6,4) | 13,1 | 23,9 | 20,8 | 2077 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Opomba: Pri podrobnejših analizah gre pogosto za majhno število enot v posamezni celici, zato je v tabelah potrebno upoštevati naslednje oznake, četudi le-te niso eksplicitno navedene:

(-) Oznaka pomeni, da ni pojava.

• Nesprejemljivo nenatančna ocena, navedena zgolj za ilustracijo (manj kot 10 enot).

(//) Zelo nenatančna ocena (med 10 in 20 enot).

() Nenatančna ocena (med 20 in 30 enot).

Delež debelih in čezmerno telesno težkih s starostjo narašča, delež normalno prehranjenih pa upada, kot so že ugotovljale podobne raziskave v Sloveniji. Za skupino starostnikov je značilno, da delež debelih nekoliko upade. Med osebami, starejšimi od 45 let, je čezmerno telesno težkih in debelih dobri dve tretjini.

3.1.2 Gibalna aktivnost in starostniki

Zadostna gibalna aktivnost je varovalni dejavnik zdravja, saj vpliva tako na telesno kot duševno zdravje in kvaliteto življenja. Vsakodnevno gibalno udejstvovanje in ukvarjanje z rekreativnim športom tako lahko uvrstimo med pomembne sestavine zdravega življenja starejših ljudi. Odsotnost ali pomanjkanje gibanja lahko vodi k številnim degenerativnim obolenjem, slabitvi osnovnih življenjskih funkcij in prezgodnjemu staranju, medtem ko lahko ustrezna gibalna aktivnost pozitivno vpliva tako na zdravje kot kvaliteto življenja starostnikov. Gibalna aktivnost po eni strani vpliva na ohranjanje telesnih sposobnosti in spretnosti, ki starostniku omogočajo izvajanje vsakodnevnih opravil in aktivnosti, po drugi strani pa vpliva tudi na njegovo počutje, na dožemanje samega sebe, na občutek, da je dobrega zdravja in posledično na splošno zadovoljstvo z življenjem.

Različne raziskave kažejo, da gibalna/športna aktivnost s starostjo upada. Za gibalno aktivnost starostnikov je značilno tudi, da je manj intenzivna in zelo nestalna. Po podatkih raziskave Slovensko javno mnenje 2006, ki je zajela tudi vprašanja o športni dejavnosti med odraslimi prebivalci Slovenije v starostnem obdobju od 15 let naprej, se s starostjo viša delež nedejavnih; v starostni skupini nad 65 let tako delež nedejavnih znaša že 64 %. Do 2 uri na teden je športno dejavnih 8,1 % starih nad 65 let, 10,9 % od 3 do 5 ur in 17,1 % nad 5 ur. Od tistih starostnikov, ki so gibalno aktivni, jih je občasno oziroma neredno športno aktivnih slabih 11 %, redno pa nekaj več kot 24 %.

Anketna raziskava Fakultete za šport Univerze v Ljubljani, v katero je bilo v letu 2008 zajetih 1.313 starostnikov (nad 65 let) iz šestih slovenskih regij, je pokazala, da je neaktivnih 59 % starostnikov, 1 uro na teden je aktivnih 9 % starostnikov, 2 uri na teden je aktivnih 10 %

starostnikov, 4 % pa 3 ure na teden. Med gibalno aktivnimi starostniki je le dobrih 18 % vključenih v organizirane aktivnosti. Sicer pa večina starostnikov (71 %), zajetih v raziskavo, lahko hodi več kot 15 minut skupaj, 14,1 % jih lahko hodi neprekinjeno največ 15 minut, 4 % ljudi pa ni zmožnih samih prehoditi niti 5 minut. Hoja oziroma hitrost hoje je pri starostnikih pomemben pokazatelj njihove telesne pripravljenosti. Raziskovalci so odkrili, da imajo tisti starostniki, ki se pri testu hitrosti hoje (m/sek) uvrščajo med najpočasnejše, povečano tveganje za umrljivost, še posebej za umrljivost zaradi srčno-žilnih vzrokov. Najpogostejše bolezni, ki so jih raziskovalci zaznali med v raziskavo zajetimi starostniki, so: zvišan krvni pritisk, okvare hrbtenice, bolezni sklepov ter povišan holesterol.

Sicer pa je anketna raziskava Fakultete za šport pokazala tudi, da povprečen 65-letnik sedi 6,5 ur na dan oziroma 45 ur na teden. Med samostojnim življenjem in presedenimi urami na dan pa obstaja povezava. Starostniki, ki živijo samostojno, namreč presedijo manj ur kot starostniki, ki so delno ali popolnoma odvisni. V takih primerih pasivno življenje brez gibanja, čezmerno sedenje, prevelika telesna teža in druge nepravilne obremenitve povzročijo, da mišične strukture ne opravljajo več svoje funkcije in posledično je hrbtenica pod prevelikim pritiskom. Zmanjšata se tudi kostna in mišična masa, kar lahko vpliva na slabšo sposobnost opravljanja vsakdanjih opravil.

In kaj so pokazali rezultati raziskave EHIS v zvezi z gibalno aktivnostjo pri starejših? Rezultati so prikazani na anketnih, neuravnoteženih podatkih, ker je imel vzorec premajhno statistično moč za posploševanje na populacijo.

3.1.2.1 Prisotnost bolezni in bolezenskih stanj glede na starost – 2. del

Tudi podatki Anketne raziskave o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (European Health Interview Survey) kažejo, da so v skupini anketiranih, starih nad 65 let, poleg nekaterih drugih bolezni ali bolezenskih stanj npr. povišanega krvnega tlaka (navedeno v Tabeli 4) prisotne tudi bolečine v križu (56,7 %) (Tabela 9).

Tabela 9: Prisotnost bolezni in bolezenskih stanj, ki lahko vplivajo na izvajanje telesne dejavnosti za zdravje, anketiranci glede na starost (v %)

| Bolezni in bolezenska stanja | 15-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 | 65+ | N |
|------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|---------|------|------|
| Astma | (6,7) | (7,5) | (4,4) | ((3,4)) | (5,3) | ((3,5)) | 9,7 | 2116 |
| Osteoartritis | •0,6 | •0,6 | •0,9 | ((3,7)) | 11,4 | 12,7 | 15,9 | 2112 |
| Bolečina v križu | 9,7 | 17,6 | 28,7 | 42,8 | 53,8 | 55,6 | 56,7 | 2116 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Opomba: Pri podrobnejših analizah gre pogosto za majhno število enot v posamezni celici, zato je v tabelah potrebno upoštevati naslednje oznake, četudi le-te niso eksplicitno navedene:

(-) Oznaka pomeni, da ni pojava.

• Nesprejemljivo nenatančna ocena, navedena zgolj za ilustracijo (manj kot 10 enot).

((/)) Zelo nenatančna ocena (med 10 in 20 enot).

(/) Nenatančna ocena (med 20 in 30 enot).

Podobno kot druge raziskave tudi podatki Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu kažejo, da gibalna aktivnost z leti upada. Tako je med anketiranimi osebami, stariimi 65 let in več, največji delež takih, ki niso nikoli zmerno gibalno aktivni, takih je slaba polovica, medtem ko je dobra tretjina zmerno aktivnih 5 dni ali več (Tabela 10, (Slika 5).

Tabela 10: Intenzivnost telesne aktivnosti pri anketirancih glede na starost v %

| Gibalna aktivnost | 15-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-50 | 60-64 | 65+ |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|
| Naporna telesna aktivnost vsaj 10 minut naenkrat (n=2110) | | | | | | | |
| Nič dni | 45,5 | 43,8 | 47,3 | 54,9 | 60,5 | 66,0 | 77,7 |
| 1-2 dni | 25,5 | 26,4 | 22,2 | 19,7 | 14,7 | 12,1 | 9,7 |
| 3-4 dni | 14,5 | 13,6 | 13,9 | (7,0) | 10,7 | ((5,0)) | 5,6 |
| 5 dni in več | 14,5 | 16,2 | 16,6 | 18,3 | 14,1 | 17,0 | 6,9 |
| Zmerna telesna aktivnost vsaj 10 minut naenkrat (n=2100) | | | | | | | |
| Nič dni | 24,5 | 23,7 | 28,2 | 28,5 | 30,8 | 27,9 | 44,2 |
| 1-2 dni | 27,6 | 24,6 | 21,9 | 17,5 | 11,7 | 13,6 | 12,3 |
| 3-4 dni | 23,3 | 18,7 | 14,4 | (9,0) | 14,9 | 13,6 | (8,7) |
| 5 dni in več | 24,5 | 33,0 | 35,4 | 44,9 | 42,7 | 45,0 | 34,8 |
| Hoja 10 min naenkrat vsaj 10 minut naenkrat (n=2111) | | | | | | | |
| Nič dni | (9,1) | 11,6 | 14,9 | 14,7 | 12,7 | 11,4 | 18,1 |
| 1-2 dni | (7,9) | 14,5 | 16,4 | 17,8 | 12,2 | (7,1) | 13,0 |
| 3-4 dni | (7,3) | 9,6 | 10,1 | 11,6 | 11,6 | (7,9) | 11,5 |
| 5 dni in več | 75,8 | 64,3 | 58,6 | 55,9 | 63,5 | 73,6 | 57,5 |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Opomba: Pri podrobnejših analizah gre pogosto za majhno število enot v posamezni celici, zato je v tabelah potrebno upoštevati naslednje oznake, četudi le-te niso eksplicitno navedene:

(-) Oznaka pomeni, da ni pojava.

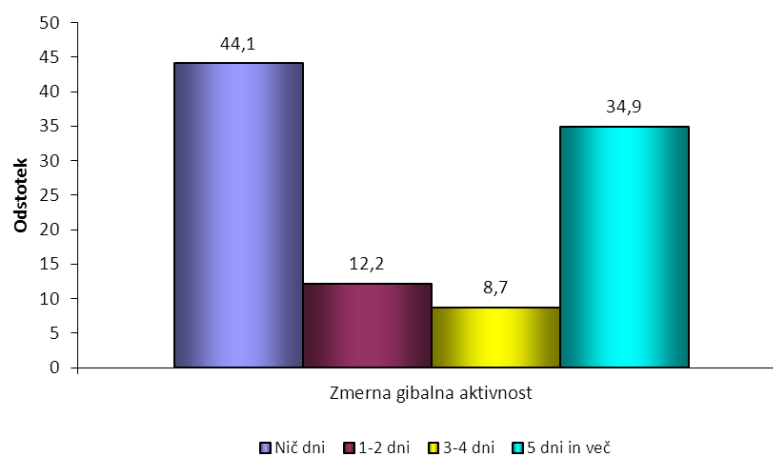
• Nesprejemljivo nenatančna ocena, navedena zgolj za ilustracijo (manj kot 10 enot).

(()) Zelo nenatančna ocena (med 10 in 20 enot).

() Nenatančna ocena (med 20 in 30 enot).

Kot je nazorno vidno na Sliki 5, se anketirani starostniki polarizirajo predvsem na tiste, ki nikoli niso telesno dejavni, in tiste, ki ohranjajo nivo telesne dejavnosti.

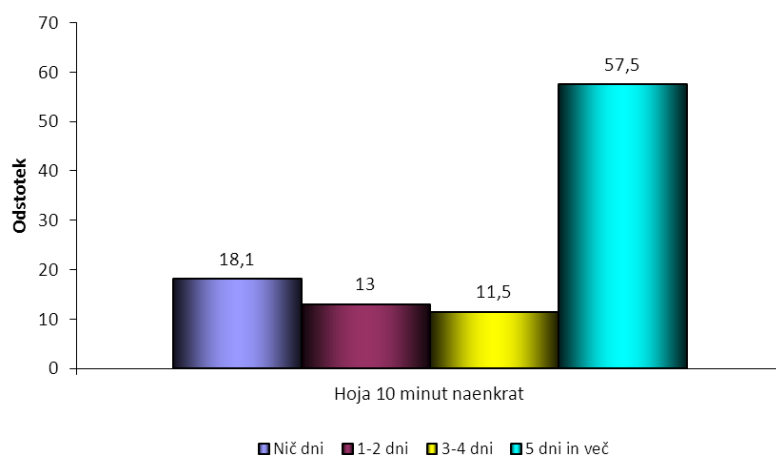
Slika 5: Zmerna telesna aktivnost v dneh pri anketirancih, starejših od 65 let v % (N=392)



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Podatki tudi kažejo, da je med anketiranimi starostniki zelo priljubljena hoja, saj je v zadnjem tednu 5 dni ali več hodilo vsaj 10 minut naenkrat nekaj manj kot tri petine oseb starih 65 let in več (Slika 6).

Slika 6: Hoja vsaj 10 minut naenkrat v dnevih pri anketirancih, starih 65 let in več v % (N=393)



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Da je hoja najbolj priljubljena aktivnost med starostniki, potrjujejo tudi druge v Sloveniji izvedene raziskave. Sicer pa se poleg hoje pri starostnikih med 10 najbolj priljubljenih aktivnosti uvrščajo še: splošna vadba oz. jutranja gimnastika, kolesarjenje, planinarjenje, plavanje, ples, alpsko smučanje, tek v naravi in balinanje ter smučarski tek.

Podatki Ankete o zdravstvu in zdravstvenem varstvu 2007 o dnevni naporni in zmerni telesni aktivnosti kažejo, da je med anketiranimi osebami, stari 65 let in več, naporne gibalne vaje od pol do ene ure na dan opravljala dobra četrtina oseb, ki so naporno telesno aktivne vsaj en dan na teden, od 1 do 2 uri pa petina oseb, ki so naporno telesno aktivne vsaj en dan na teden (Tabela 11).

Tabela 11: Dnevna naporna in zmerna telesna aktivnost ter hoja med osebami, ki določeno telesno aktivnost opravljajo vsaj 1 dan na teden glede na starost v %

| Čas gibalne aktivnosti | 15-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 | 65+ |
|--|---------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| Naporna telesna aktivnost vsaj 10 minut naenkrat (n=893) | | | | | | | |
| Nič | •0,0 | •0,0 | •0,6 | •0,6 | •0,7 | •2,0 | •1,2 |
| Do 15 min | (16,7) | 23,2 | 22,9 | 18,6 | 14,3 | (18,4) | 17,4 |
| Od 15 min do pol ure | 31,1 | 25,3 | 18,9 | 17,3 | 21,1 | (14,3) | 18,6 |
| Od pol do ene ure | 23,3 | 23,7 | 21,1 | 25,6 | 25,9 | 24,5 | 27,9 |
| Od 1 do 2 uri | (15,6) | (10,0) | (13,1) | (8,3) | (15,6) | (16,3) | 19,8 |
| Od 2 do 3 ure | (8,9) | (7,4) | (8,0) | ((6,4)) | (6,8) | ((6,1)) | (7,0) |
| Nad 3 ure | ((4,4)) | (10,5) | (15,4) | 23,1 | (15,6) | (18,4) | (8,1) |
| Zmerna telesna aktivnost vsaj 10 minut naenkrat (n=1446) | | | | | | | |
| Nič | •0,8 | •0,0 | •0,8 | •0,8 | •0,0 | •1,0 | •0,9 |
| Do 15 min | 22,8 | (14,9) | 17,2 | (10,4) | (9,2) | (9,9) | 19,0 |
| Od 15 min do pol ure | 30,1 | 24,9 | 20,1 | (13,9) | 18,5 | 20,8 | 16,6 |
| Od pol do ene ure | 22,8 | 24,9 | 18,0 | 23,9 | 26,9 | 22,8 | 20,9 |
| Od 1 do 2 uri | (9,8) | (13,8) | 19,2 | 18,3 | 17,3 | 21,8 | 20,4 |
| Od 2 do 3 ure | ((4,9)) | ((6,1)) | (7,9) | (9,6) | (8,5) | (8,9) | (10,0) |
| Nad 3 ure | (8,9) | (15,3) | 16,7 | 23,1 | 19,6 | (14,9) | (12,3) |

| Hoja 10 min naenkrat vsaj 10 minut naenkrat (n=2111) | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|--------|---------|---------|
| Nič | •0,0 | •0,7 | •0,4 | •0,3 | •0,0 | •0,8 | •0,0 |
| Do 15 min | 20,3 | 18,6 | 18,9 | 19,8 | (15,9) | 16,9 | 19,6 |
| Od 15 min do pol ure | 31,1 | 21,9 | 22,1 | 18,5 | 16,8 | (15,3) | 22,4 |
| Od pol do ene ure | 25,0 | 30,2 | 22,8 | 27,9 | 23,9 | 35,5 | 26,2 |
| Od 1 do 2 uri | ((11,5)) | ((11,3)) | ((15,7)) | ((14,4)) | 26,3 | 21,0 | 17,4 |
| Od 2 do 3 ure | (8,8) | ((5,6)) | (8,5) | ((5,4)) | (9,5) | ((5,6)) | ((6,0)) |
| Nad 3 ure | ((3,4)) | (11,6) | (11,7) | (13,8) | (7,6) | ((4,8)) | (8,5) |

Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Opomba: Pri podrobnejših analizah gre pogosto za majhno število enot v posamezni celici, zato je v tabelah potrebno upoštevati naslednje oznake, četudi le-te niso eksplicitno navedene:

(-) Oznaka pomeni, da ni pojava.

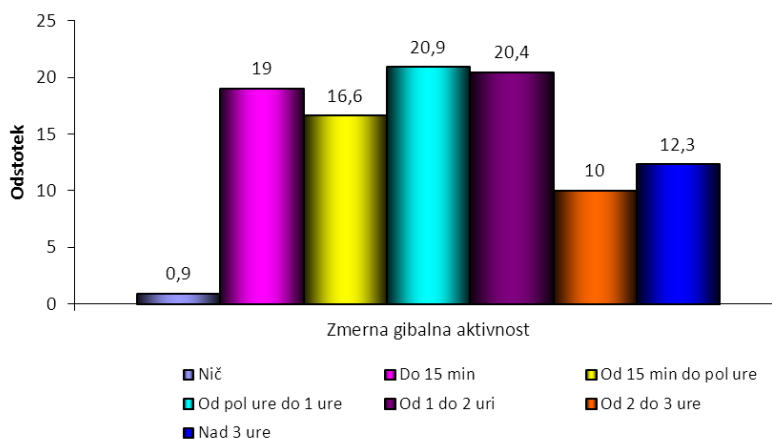
• Nesprejemljivo nenatančna ocena, navedena zgolj za ilustracijo (manj kot 10 enot).

(()) Zelo nenatančna ocena (med 10 in 20 enot).

() Nenatančna ocena (med 20 in 30 enot).

Med osebami, starimi 65 let in več, je največji delež zmerno telesno aktivnih od pol do 1 ure dnevno (20,9%), sledijo pa zmerno telesno aktivni od 1 do 2 uri dnevno (20,4%) (Slika 7).

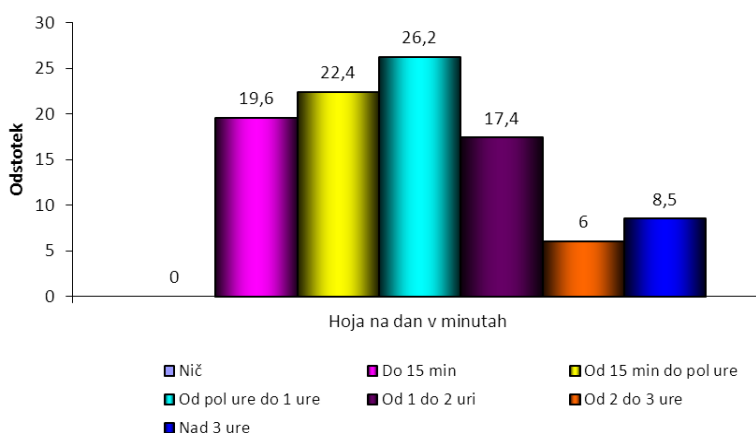
Slika 7: Dnevna zmerna telesna aktivnost starejših nad 65 leti v % (n=211)



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

Podatki o hoji na dan v minutah pa kažejo, da osebe, stare 65 let in več, najpogosteje hodijo od pol do 1 ure na dan. To navado ima dobra četrtina (Slika 8).

Slika 8: Hoja na dan v minutah med osebami starimi 65 let in več glede na spol v % (n=317)



Vir: Inštitut za varovanje zdravja RS, Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007.

3.1.3 Zaključki

Zdravo in uravnoteženo prehranjevanje skozi celo življenje pozitivno vpliva na zdravje in dobro prehranjenost v starosti. Določeni prehranski vzorci spadajo med dejavnike tveganja za kronične nenalezljive bolezni in prehranske primanjkljaje, ki ogrožajo zdravje ter povzročajo večjo obolevnost, prezgodnjo smrtnost in manjšajo kvaliteto življenja.

Redno in pogostejše uživanje sadja in zelenjave je bolj značilno za starejše, medtem ko je pitje sadnih ali zelenjavnih sokov bolj značilno za mlajše. Sadje dvakrat ali večkrat na dan uživa skoraj polovica starejših, zelenjavo pa približno četrtnina starejših. Videti je, da starejši nimajo tako razvite prehranske navade uživanja sadnih in zelenjavnih sokov kot druge starostne skupine, saj je med njimi dobra četrtnina takih, ki sadnih in zelenjavnih sokov ne uživajo nikoli. Čeprav je uživanje sadja in zelenjave v Sloveniji najvišje prav med starejšimi, le-to še vedno ni v skladu s priporočili.

Ker imajo starejši načeloma nižji socialni standard, bi se z dostopnejšimi cenami uživanje sadja in zelenjave morda povečalo, zato bi bilo smiselno razmisliti o tovrstnem ukrepu.

Čeprav je redna in zadostna gibalna aktivnost pri starostnikih ključnega pomena za ohranjanje zdravja in kvalitetnega, predvsem pa samostojnega življenja, raziskave za Slovenijo kažejo, da je neaktivnih kar okoli tri petine starostnikov. Z leti se prenehajo gibalno/športno udeleževati predvsem tisti, ki so bili tudi v mlajših letih neredno športno dejavni. Redno aktivni starostniki ostanejo zvesti svojemu slogu dejavnega življenja. Za drugo polovico prejšnjega stoletja je bilo značilno, da se večina ljudi preneha ukvarjati s športom pri 25. letih. V 80. in 90. letih so ugotovili opazen padec športne aktivnosti po 50. in 60. letu. Danes se je ta meja še nekoliko prestavila in največji upad beležimo po 65. letu. Da je z ustreznimi ukrepi mogoče ohraniti aktiven življenjski slog prebivalstva skozi vsa življenjska obdobja, pa priča primer Švedske, kjer gibalno/športna aktivnost starejših ne odstopa bistveno od športne aktivnosti mladih, ki na Švedskem v obeh skupinah znaša okoli devet desetih. Gibalno/športno aktivnost starostnikov v Sloveniji bi lahko izboljšali s ponudbo programov, prilagojenih njihovim potrebam.

Med starejšimi so poleg hoje najbolj priljubljeni športi, ki niso povezani z visokimi stroški, zahtevajo malo časa ter so dostopni širokemu krogu ljudi. Poleg tega prav hoja, planinarjenje, kolesarjenje in splošna vadba omogočajo individualni tempo in zmerno obremenitev. Večina starostnikov se s temi športi ukvarja neorganizirano in verjetno je eden od pomembnejših razlogov za to finančni. Veliko športnih organizacij se namreč financira iz članarin, ki si jih starejši ne morejo privoščiti. Gibalne aktivnosti se zato lotijo samostojno ali pa se prepustijo pasivnemu staranju. Športe, s katerimi se starostniki radi ukvarjajo, bi bilo smiselno bolje organizirati. To še posebej velja za aktivnosti, ki lahko potekajo na prostem in poleg naravnega prostora zahtevajo le ustrezno osebno opremo. Organizirane dejavnosti imajo namreč vrsto prednosti, posamezniku nudijo strokovno nadzorovan proces, kar naj bi pomenilo tudi večjo varnost, zabavo, rednost, pa tudi možnost vzpostavljanja novih prijateljskih stikov.

Pri obeh spolih delež debelih in čezmerno prehranjenih s starostjo narašča, delež normalno prehranjenih pa upada. Med ženskami in moškimi s starostjo upada tudi delež podhranjenih, le v skupini starostnikov delež ponovno naraste na 0,9 %, kar je kljub relativni spremembi deleža vredno posebne pozornosti. Med starostniki obeh spolov je pretežkih in debelih dobri

dve tretjini. V celotni populaciji prebivalcev delež debelih s starostjo narašča, nato pa v skupini starostnikov nekoliko pade. Glede na visok delež starejših, ki imajo čezmerno telesno težo ali so predebeli, je potrebno razmišljati o vzgoji za zdravo prehrano in telesno dejavnost vse od rojstva dalje, saj je znano, da se nezdrave navade razvijajo že v otroštvu, utrdijo v adolescenci in vzdržujejo v odrasli dobi. Stroškovno učinkoviti pa so tudi vsi programi dolgotrajnega vzdržnega uravnavanja telesne teže pri starejših odraslih. Pridobljeno debelost je zelo težko zdraviti, zato so preventivni ukrepi glavni vzvod za izboljšanje stanja.

Informacije, povezane z zdravjem, v časopisih ali revijah redno nekoliko pogosteje iščejo starejši od 45 let. Na internetu informacije o zdravju dnevno išče največ mladih, starejši pa zelo redko. Posebej bi bilo modro raziskati, kateri so tisti viri, prek katerih starejši poiščejo največ informacij o zdravju in varovalnih dejavnikih za zdravje.

3.2 Prehrana in gibanje starejših s stališča ključnih informatorjev v zdravstvenem in socialnem sistemu ter med nevladnimi organizacijami

Starejši, ki živijo v domačem okolju, večinoma potrebujejo podporo različnih servisnih služb na področju zdravstva in socialnega dela, podporo pa pogosto najdejo v vključevanju v nevladne organizacije. Raziskava socialnih omrežij v Sloveniji je namreč pokazala, da imajo starejši pogosto omejena družinska, sosedska in prijateljska socialna omrežja, le-ta pa se s starostjo tudi značilno manjšajo. Zato nas je zanimalo, kako tisti, ki se pri vsakodnevnem delu pogosto srečujejo s starejšimi, opredeljujejo, razumejo in razmišljajo o problemih prehrane in gibanja pri starejših - zadali smo si nalogo, da to raziščemo s stališča servisnih služb in organizacij.

Opredeljena sta bila sledeča cilja:

1. povezati se s splošnimi/družinskimi zdravniki in patronažno službo, ki se srečuje s starostniki v vsakdanji praksi, ter poiskati pristope za boljšo informiranost starejših o zdravem prehranjevanju in gibanju za zdravje;
2. povezati se z lokalnimi oblastmi, socialno službo, društvu, združenji in ostalimi nevladnimi organizacijami z namenom preveriti vključenost starejših ljudi v lastno okolje, kar lahko vpliva na njihovo boljše prehranjevanje in telesno dejavnost.

Starejši odrasli so dragocena vrednota družbe, saj skrbijo za razširjeno družino, delujejo kot prostovoljci, opravljajo neformalno delo v različnih združenjih. Tudi pri njih ni nikoli prepozno za promocijo zdravja, saj aktivnosti promocije zdravja v populaciji starejših pozitivno vplivajo na dolgoživost ob povečani kvaliteti življenja. V primerjavi z drugimi starostnimi skupinami je tudi v tej starostni skupini pomembno zagotavljati enakost v zdravju - aktivnosti, usmerjene v zmanjševanje neenakosti v zdravju pri starejših morajo biti v središču vsake strategije in programa za to skupino. To še posebej vključuje nediskriminacijo. Avtonomija in neodvisnost sta nujni za ohranjanje človeškega dostojanstva in integritete. Starejši morajo imeti možnosti za soodločanje o zadevah, ki se jih tičejo, in za osebno rast. V skupini starostnikov, ki jo definiramo s starostno mejo 65 let in več, je vključenih več generacij, zato je ta skupina zelo heterogena, kar je potrebno pri delu s starostniki nujno upoštevati. Preseči je potrebno stereotipe o starosti, ki vladajo danes: (1) večina starejših je slabotnih in bolehnih, (2) večina starejših ljudi je osamljenih in izoliranih, (3) večina starejših je revnih, so finančno breme za družbo in so neproduktivni, (4) starejši so večinoma

zmedeni, senilni in sklerotični, (5) starejši so trmoglati, nazadnjaški, neuvidevni, skopuški, ter (6) starejši ljudje živijo le od preteklosti. N podlagi podatkov iz prejšnjega poglavja lahko sklepamo, da večina starejših živi kvalitetno življenje v domačem okolju. S stališča promocije zdravja nas zanima, kaj jih v tem podpira in kakšne so možne rešitve za najpogostejše probleme, ki jih pri svojem delu zaznavajo tisti, ki delajo s starejšimi.

3.2.1 Izpostavljeni problemi starejših, kot jih zaznavajo ključni informatorji

Ključne informatorje smo najprej vprašali, katere so po njihovem mnenju ključne **splošne javnozdravstvene teme**, ki so povezane s starejšimi odraslimi danes. Kot najbolj pomembne so ocenili duševno zdravje (demenca, depresija, samomori), socialni kapital (aktiven starejši odrasli in njegova vključenost v družbo), prehrano, preprečevanje poškodb, dostop do zdravstvenih storitev ter upokojevanje in fazo pred upokojevanjem. Manj pogosto so med odgovori izbrali intervencije v okolju (arhitektonske, fizične ovire) in telesno nedejavnost, (zlo)raba zdravil in s tem povezanih problemov ter pretirano uživanje alkohola.

Od tem s področja **prehrane na telesnem nivoju**, povezane s starejšimi odraslimi danes, so ključni informatorji navedli, da hrana starejšim odraslim ne tekne več tako kot včasih, imajo težave z zobmi, kar jim preprečuje uživanje pestre mešane prehrane, imajo pa tudi slabšo prebavo - težave jim dela žvečenje, požiranje in zmanjšana sekrecijska funkcija želodca. Manj pogosto so informatorji kot pomembno težavo navajali, da stranski učinki zdravil negativno vplivajo na apetit starejših ali da se starejši zaradi posameznih bolezni ne prehranjujejo kvalitetno.

Na **funkcionalnem prehranskem nivoju** pa so po mnenju ključnih informatorjev najpomembneje povezani naslednji problemi starejših:

- (1) starejši imajo omejeno znanje o zdravi prehrani;
- (2) večinoma jedo obroke osamljeni;
- (3) primanjkuje jim denarja za nabavo kvalitetne pestre mešane prehrane. Informatorji menijo, da imajo poleg tega težave pri nabavi in pripravi hrane.

Med problemi **telesne dejavnosti pri starejših** pa so ključni informatorji kot najpomembnejše izbrali zdravstvene težave oziroma bolečine in utrujenost kot ovire za telesno dejavnost, nemotiviranost za redno telesno dejavnost, dolgoletno telesno nedejavnost in pretežno sedeč življenjski stil, pomanjkanje ustrezne družbe za telesno dejavnost in omenjeno znanje o koristnosti telesne dejavnosti za zdravje pri starejših. Informatorji menijo, da starejše podostejajo motijo slabe vremenske razmere, imajo odpor do telesne dejavnosti, primanjkuje jim časa za telesno dejavnost, ovira jih miselnost npr. »prestar/a sem za gibanje« ali pa jim za njih primerna organizirana vadba ni dostopna.

Slovenski ključni informatorji so menili, da mora biti zdrava prehrana prilagojena fiziološkim spremembam pri starejših in bolj cenovno dostopna, enako tudi možnosti za telesno dejavnost. Več mora biti možnosti za različne servise nakupovanja in dostave hrane ali obrokov. Mednarodni strokovnjaki so ugotovili, da sta bili največkrat izpostavljeni temi Healthy Ageing projekta prav prehrana in gibanje. Politike, ki naj bi povečale raven telesne dejavnosti, vključujejo predvsem sodelovanje vseh pomembnih akterjev in zahtevajo več različnih konkretnih iniciativ, ki imajo v središče postavljeno namero povečevanja telesne dejavnosti pri starejših. Priporočili so predvsem tiste strategije, ki so usmerjene tako na povečevanje telesne dejavnosti v splošni populaciji kot pri starejših samih. Politike in

aktivnosti na področju prehrane pa naj bodo usmerjene tako v izboljšanje prehrane kot izboljšanje kvalitete hrane, ki jo uživajo starejši, obenem pa morajo imeti tudi širši vpliv na zmanjševanje debelosti v tej populaciji. Enako kot pri telesni dejavnosti naj bodo usmerjene v splošno populacijo in specifično v populacijo starejših, podpirajo pa naj aktivnosti na nacionalni in lokalni ravni.

Od tem s področja **duševnega zdravja**, povezanih s starejšimi odraslimi danes, so ključni informatorji kot tri najpomembnejše izpostavili: osamljenost, življenjsko naveličanost ter strah pred umiranjem in smrtjo. Med manj pomembnimi pa so izbirali dolgčas, občutek zavoženosti življenja oziroma nezadovoljstvo z življenjem, občutek krivde in obremenjenost z iskanjem sprave v domačem okolju, obremenjenost z iskanjem smisla življenja, bojazen pred višjo starostjo in razmišljanje o posmrtnem življenju.

Slovenski ključni informatorji so za izboljšanje stanja na področju duševnega zdravja pri starostnikih izpostavili naslednje možne prednostne aktivnosti: (1) več pozitivnega informiranja o staranju, (2) pripravo na starost na individualnem nivoju, (3) intenzivnejše vključevanje starejših v procese izobraževanja, (4) vzgajanje ustreznega odnosa do "starosti kot modrosti" v naši kulturi nasploh, (5) povečanje ozaveščanja celotne javnosti, da se bomo vsi enkrat postarali in bomo potrebovali kakovostno oskrbo in življenje ter (6) izboljšanje ponudbe primernih programov, da se bodo starejši lahko vključevali v različne oblike dejavnosti in jih motivirati za vključevanje v ponujene programe.

Mednarodni "Healthy ageing" projekt pa je za to področje priporočil naslednje: (1) delovanje na širših determinantah, kot so medsebojni odnosi v skupnosti, revščina, diskriminacija, (2) povečevanje ozaveščenosti o problemih duševnega zdravja med starejšimi (predvsem o depresiji in demenci) ter (3) povečati zagotavljanje psihoterapevtskih in psihosocialnih intervencij v skupini starejših.

Drugo veliko področje, ki so ga izpostavili ključni informatorji, se nanaša na **upokojevanje in probleme ob upokojitvi**. Izpostavili so predvsem tri ključne probleme, to so poslabšanje ekonomskega statusa, upadanje občutka lastne vrednosti, ko delo ni več smisel življenja, in zmanjševanje socialnih stikov, to je skupno upadanje količine stikov z ljudmi iz okolice. Poleg tega so informatorji izpostavili še zmanjšano racionalnost izrabe časa oziroma motečo nekoristno porabo časa pri starejših.

Slovenski ključni informatorji so za rešitev zgornjih problemov priporočili predvsem predavanja in delavnice za delavce, ki so pred upokojitvijo, ter vključevanje starejših v dejavnosti aktivne populacije, kot na primer mentorje oziroma svetovalce. Mednarodni strokovnjaki pa so v okviru projekta "Healthy ageing" priporočili (1) povečanje participacije starejših delavcev v delovnih procesih in povečanje kvalitete njihovega "delovnega življenja" z uporabo novih konceptov vodenja delovnih procesov, (2) vzdrževanje ravnovesja med osebnimi zmožnostmi starejšega delavca in zahtevami dela, saj toleriranje starostne diskriminacije ni dopustno, (3) preprečevanje zbolevanja v zvezi z delom, tudi s promoviranjem zdravega življenjskega sloga, ter (4) omogočanje ne-stresnega prehoda v upokojitev.

Naslednja aktualna tema, ki se je izpostavila v anketah s ključnimi informatorji, je **socialni kapital starejših**. Ključni informatorji so kot glavne probleme na tem področju navedli upadanje aktivnosti/angažiranosti starejših po upokojitvi, nekvalitetno medgeneracijsko sodelovanje, predvsem s pomanjkljivo kvaliteto odnosov z vsemi generacijami v družini, in

pomanjkanje oziroma zmanjševanje socialnih mrež (npr. stiki s sorodniki, prijatelji, sosedi). Manj pogosto so v odgovorih izbirali nesodelovanje pri odločanju v lokalni skupnosti/družini in prekinitev izobraževanja v smislu vseživljenjskega učenja.

Za izboljšanje stanja na tem področju so priporočili prostovoljstvo, razvijanje strpnosti in razumevanja do posebnosti, ki jih prinaša tretje življenjsko obdobje, ter omogočanje aktivnejšega vključevanja starostnikov v razne dejavnosti in pri organizaciji le-teh upoštevati njihove želje. Strokovnjaki projekta "Healthy ageing" pa bi za izboljšanje stanja na področju socialnega kapitala starejših izbrali naslednje aktivnosti: spodbujanje sodelovanja starejših v življenju lokalne skupnosti, povečanje izobraževalnih in socialnih aktivnosti v skupinah za preprečevanje osamljenosti in izolacije ter povečevanje možnosti za prostovoljno delo.

Kar se tiče **dostopnosti do zdravstvenega varstva**, so ključni informatorji mnenja, da imajo starejši težave s fizično dostopnostjo, na primer zaradi oddaljenosti ambulant, otežena jim je ekonomska dostopnost zaradi finančnih ovir, predvsem plačila zdravil, prevoznih stroškov in drugega. Kot manj pomembne so informatorji izbirali razloge, da starejše motijo zahtevni administrativni postopki, nimajo možnosti zadostnih stikov z ljudmi, ki bi jim fizično pomagali do zdravstvenih storitev oziroma varstva, ovirajo jih kulturne razlike in pomanjkanje zdravstvenih kadrov oziroma kapacitet v njihovem okolju

3.2.2 Predlagani ključni ukrepi in aktivnosti za izboljšanje stanja, po sektorjih, kot so jih opredelili ključni informatorji

Socialna in demografska politika

Socialna in demografska politika bi s svojimi programi in ukrepi lahko prispevala k boljšemu delu z družinami in spodbujala medgeneracijsko sodelovanje. Kot še bolj pomembna se je s strani informatorjev izkazala potreba po pripravi na starost na individualnem nivoju, skozi celo življenje in še posebej ob upokojevanju, in pa ponudba primernih programov za starejše odrasle. Več bi bilo možno po njihovem mnenju narediti za področju skrbi za čim daljše bivanje starejših v domačem okolju in vzpostavitev ustrezne podporne mreže, ki bi to omogočala. Ocenili so, da bi bilo potrebno čim prej zagotoviti večje, če že ne zadostnih kapacitet za domsko varstvo odprtega tipa za starejše odrasle. Menili pa so, da bi bilo treba poskrbeti za izboljšanje finančnega stanja starostnikov, kar je še posebej pomembno ob trenutnih ekonomskih dogajanjih.

Stanovanjska politika, urbanistično planiranje

Na področju socialne politike so ključni informatorji izpostavili predvsem potrebo po cenejših varovanih stanovanjih in potrebo po gradnji stanovanjskih objektov, ki so kombinirani za mlade družine in starostnike. Tovrstna dobra praksa v tujini obstaja, v Sloveniji pa se takih rešitev še ne lotevamo.

Lokalna skupnost

Tudi lokalne skupnosti ključni informatorji vidijo kot okolja, kjer bi bilo možno za starejše odrasle narediti veliko več. Lokalne skupnosti bi se lahko več in bolje angažirale pri aktivnem vključevanju starostnikov v življenje in delo skupnosti, tako v okviru različnih skupin za samopomoč kot pri organiziranju in delovanju različnih prostovoljnih pobud in aktivnosti. Na nivoju lokalnih skupnosti bi bilo možno bolje organizirati tudi pomoč na domu ter skrbeti za povezave in mreže.

Šolstvo

Po mnenju ključnih informatorjev ima šolstvo neprecenljivo vlogo pri vzgajanju ustreznega odnosa do "starosti in modrosti", spodbujanje zdravega življenjskega sloga kot naložbe za zdravo staranje in pri vključevanju starejših v procese izobraževanja - potenciali vseh treh nivojev so po mnenju ključnih informatorjev v sektorju šolstva premalo izkoriščeni.

Kultura

Tudi sektor kulture lahko bistveno prispeva k izboljšanju stanja. Posebno pozornost bi bilo potrebno nameniti razvijanju kulture medgeneracijskih odnosov, skozi različne kulturne kanale. Obenem pa bi bilo možno dodano vrednost najti tudi pri razvijanju strpnosti in razumevanja do posebnosti, ki jih prinaša tretje življenjsko obdobje.

Zdravstveni sektor

Na področju zdravstvenega sektorja so ključni informatorji videli največ rezerv v razbremenitvi patronažne službe na področju kurative in njeni usmeritvi v preventivno delo s starejšimi. Poleg tega bi bilo po njihovem mnenju možno uskladiti in bolje koordinirati službe, z medicinskim tehnikom kot koordinatorjem dolgotrajne oskrbe. Ne nazadnje pa bi bilo potrebno povečevati kapaciteto negovalnih bolnišnic.

Delovne organizacije

Delovne organizacije bi lahko še več skrbi posvečale zdravemu staranju svojih delavcev, predvsem pa bi po mnenju ključnih informatorjev lahko bistveno doprinesle s predavanji in delavnicami za delavce, ki so pred upokojitvijo. Možno bi bilo izkoristiti tudi kapital znanja in modrosti, saj bi starejše odrasle lahko več vključevali v dejavnosti aktivne populacije - kot mentorje in svetovalce.

Mediji

Mediji so danes pogosto glasniki zdravja in mladosti kot ključnih vrednost, poleg potrošništva seveda. Ključni informatorji menijo, da bi več lahko naredili na področju pozitivnega informiranja o staranju. Lahko bi tudi povečevali ozaveščenost celotne javnosti, da "imamo vsi velike možnosti", da se postaramo in da bomo takrat potrebovali kakovostno oskrbo in življenje.

Servisne službe

Ključni informatorji so se dotaknili tudi različnih servisnih služb. Predvsem so bili kritični do mreže razvoza hrane na dom in kvalitete tovrstne prehrane - po njihovem mnenju bi bilo možno na tem področju veliko izboljšati. V servisne službe različnih oblik bi bilo možno vpeljati tudi element prostovoljstva. Dostopnost kvalitetne pomoči pa bi bilo možno omogočiti tudi pri aktivnostih, kjer starejši niso več samostojni.

3.2.3 Sporočila anketiranih ključnih informatorjev

Anketni vprašalnik je ključnim informatorjem omogočil toliko svobode, da so nekateri med njimi izražali tudi svoja mnenja o staranju in starosti. Zaradi bogastva zbranega gradiva navajamo nekaj njihovih citatov:

"Tudi starost je lahko lepa, če se preživi v pozitivnem mišljenju in čim bolj aktivno."

“Če cenimo sebe, bomo cenili tudi starostnika.”

“Najprej moramo vsi skupaj spremeniti odnos do starosti in do starega človeka, šele nato bomo uspešni pri reševanju te problematike. Vzgoja ima pri tem ključno vlogo.”

“Živimo že sedaj z mislijo, da bomo nekoč stari, uredimo si življenje že sedaj tako, da bomo v starosti čimbolj zdravi in samostojni.”

“Glavno je, da si lep, mlad in bogat!« - zmota, ki jo bomo težko presegli.

3.2.4 Zaključki

Kot tri najbolj pereče teme so sodelujoči izpostavili dostop do zdravstvenih storitev, socialni kapital ter duševno zdravje. Na področju prehranske problematike na telesnem nivoju so izpostavljeni slabša prebava, težave z zobmi in slabši tek, medtem ko so na funkcionalnem nivoju prepoznali pomanjkanje denarja za nabavo pestre hrane, omejeno znanje o zdravem načinu prehrane ter osamljenost pri uživanju obrokov. Na področju telesne dejavnosti so kot vodilne ovire navedene zdravstvene težave/bolečine, nemotiviranost in dolgoletna telesna nedejavnost/sedeč življenjski slog starostnikov. Osamljenost, življenjska naveličanost in strah pred umiranjem/smrtjo so vodilni problemi starostnikov kar zadeva duševno zdravje. Pri dostopnosti do zdravstvenega varstva so izpostavljeni tako otežena fizična kot ekonomska dostopnost ter pomanjkanje socialnih mrež. Podobno je z upokojevanjem, ki po mnenju ključnih informatorjev predvsem poslabša ekonomski status, občutek lastne vrednosti ter zmanjša socialne stike. Pri socialnem kapitalu so ključni informatorji poudarili nekvalitetno medgeneracijsko sodelovanje, upadanje aktivnosti/angažiranosti po upokojitvi ter prav tako pomanjkanje socialnih mrež. Še vedno so močno prisotni stereotipi o starosti, kot so bolehanje/slabotnost; osamljenost/izoliranost ter zmedenost in senilnost. Zanimiva je tudi pogosta predstava o starostnikih kot večinoma revnih, ki predstavljajo neproduktivno populacijo in breme za družbo.

Po mnenju ključnih informatorjev so potrebni ukrepi v vseh sektorjih družbe in na vseh področjih. Prednost bi imeli: priprava na starost na individualnem nivoju, izboljšanje finančnega stanja starejših, več angažiranja lokalnih skupnosti pri aktivnem vključevanju starostnikov, vključevanje starejših v procese izobraževanja, spodbujanje zdravega življenjskega sloga kot naložbe za zdravo staranje, razvijanje strpnosti do starostnikov in razumevanje posebnosti starostnikov, usmeritev patronažne službe v preventivno delo s starostniki, organizacija pred-upokojitvenih delavnic v delovnih organizacijah, več pozitivne konotacije pri informiranju o starostnikih, dostopnost kvalitetne pomoči pri aktivnostih, kjer starostniki niso več samostojni, mreža razvoza hrane na dom ipd.

Mnenje nekaterih slovenskih ključnih informatorjev potrjuje, da so potrebni ukrepi v vseh sektorjih družbe in na vseh področjih. Prednost bi imeli predvsem priprava na starost na individualnem nivoju, izboljšanje finančnega stanja starih, več angažiranja lokalnih skupnosti pri aktivnem vključevanju starostnikov, vključevanje starejših v procese izobraževanja, spodbujanje zdravega življenjskega sloga kot naložbe za zdravo staranje, razvijanje strpnosti do starostnikov in razumevanje posebnosti starostnikov.

Naslednji korak je, upoštevajoč heterogenost te populacije, zaznati potrebe in spoznati stališča slovenskih starostnikov ter ugotoviti njihove ovire in spodbude za zdrav vedenjski slog. Samo z dokazi in podprtimi informacijami bomo kompetentni pri oblikovanju ustreznih in učinkovitih programov promocije zdravja in zdravega staranja. To je ena ključnih bodočih nalog slovenske mreže javnega zdravja.

Eden bistvenih zaključkov raziskave v segmentu ključnih informatorjev pa je bilo poudarjeno sporočilo, da je treba podobna vprašanja nasloviti tudi na ciljno populacijo starejših samih, zato smo se odločili, da raziskovanje nadaljujemo z izvedbo kvalitativne raziskave v skupini starejših.

3.3 Razumevanje pomena prehrane in gibanja skozi pogled starejših odraslih

V nadaljevanju je podano poročilo kvalitativnega raziskovanja v fokusnih skupinah. Ključni pomen tovrstnega pristopa je, da lahko ciljna populacija sama sodeluje v procesu raziskovanja na odprt način, ob uporabi omejenega predhodno uniformiranega raziskovalnega orodja. Tovrstni pristop omogoča, da strokovni predsodki raziskovalcev ne ovirajo raziskovalnega dialoga.

3.3.1 Starejše ŽENSKE, živeče v urbanem in ruralnem okolju

Način življenja: Udeleženke izvedenih fokusnih skupin živijo bodisi same v samostojnem gospodinjstvu ali s partnerjem v približno enakih deležih. Imajo otroke in vnuke, s katerimi vzdržujejo redne stike. Udeleženke, živeče na podeželju, so vse dokaj aktivne gospodinje, ki pripravljajo hrano tudi za druge družinske člane ter pazijo na vnuke. Večjih težav z osamljenostjo, kljub ovdovelosti, nimajo.

PREHRANA

Socialni in psihološki dejavniki

Za **pripravljanje hrane** udeleženke skrbijo same, pripravljajo jo doma. Tiste, ki živijo same, večinoma delajo zaloge za nekaj dni.

»Da bom povedala kar po pravici, pač skuhaš enkrat za trikrat. Neki takega, kar lahko ješ še naslednji dan z malimi spremembami, z drugimi dodatki. Kot so na primer kisla repa ali kislo zelje, ko se ga da tri dni jesti, pa vsakokrat je lahko malce drugače pripravljen.« (B₁) ...

»Ja vse naravne stvari domače, pa mal da se kup zraven, kar doma ne zraste. Drugač pa zdle je tak: nov krompirček, solate je dost, fižolček bo zdle, pa iz skrinje tud, saj smo si not spravl – domače stvari v glavnem« (10, 11)

»Jem, kar mi paše in se dobr počutm!«

Udeleženke imajo **redne obroke**, pri čemer izstopa (močan) zajtrk, medtem ko so večerje lahke in po večini »suhe«. Prav tako skrbijo za zadosten vnos tekočin, pri čemer gre za domače zeliščne čaje. Na podeželju dobro oziroma okusno pripravljena hrana za ostale družinske člane izboljša občutek lastne vrednosti žensk.

... »Skratka malo sem se tudi zaradi nastale situacije - sem sama v gospodinjstvu - pozabiš pravzaprav na pester jedilnik, se držiš nekega ustaljenega, se malo, bi rekla poleniš pri tej zadevi. Seveda, če pa se za druge, tako kot ste vsi rekli, za neke vnukinje, tasta, takrat se pa morjo kolegice truditi. Najbrž jest se tud dvakrat ne leto potrudim, več pa ne.« (B₅₈)

»... Žejna pa nisem. Žejna nisem, ampak vseeno se ženem pit ... « (B₈₃)

»Midva mama štiri obroke na dan, petega pa probava spustit zvečer. Zjutri ko se vstanema, mož pije kavico, pa mama kak namazan kruh z marmelado, s putrom, pa med. V nedeljo mama izjemo, pa mama pečene jajčke. No pol ob ene enajstih jema sadje, pa kavo spijema. Pol malcama ob enih, kako domačo klobaso, pa domač kruh, ker pr nas mamamo kosilo ob štirih, ko pridejo iz službe vsi skup. Takrat pa sigurno 3x na teden je kaka juha, pa meso mamamo radi, mal kdaj no, da ga nimamo, ne ogromne količine, tak majčken, pa neki zraven – mislim meso, pa prikuho, pa solato, v glavnem skoz domačo solato ...«

»Ob šestih zvečer je večerja, nardim kakšno solato pa kar ostane od kosila.«

Na to, kako se bodo **odločale pri prehranjevanju**, pri udeleženkah vplivajo predvsem želje, navade, samooskrba oziroma samopridelava (sezonska živila) ter na podeželju tudi tradicija.

»Mal majš obroke delam. Ne morem tolk. Drgač pa tist, kar si poželim. Ne da bi jest zdej kar neki skuhala. Jest si serviram, kot da nas je deset. Krožnike vse, bištek, al naj bo zjutri al opoldne, zvečer pa ne ...« (I₇₄)

»Ja najbolj to, kar trenutno je, da je sezonsko, kar doma zraste ... mal pa tudi želje, kaj imaš rad še zraven ...« (1,2)

»Včasih pol ure pred tem ne veš kaj boš skuhau. Večja je izbira polet k je na vrtu zelenava.«

Pri **nabavi hrane** se odločajo za preverjene izdelke domačega porekla. Pozorne so na rok trajanja izdelka. Motijo jih predrobne deklaracije, včasih preveč strokovno napisane. Udeleženke s podeželja dajejo prednost vrtu, pripravljajo ozimnico ter kupujejo »na zalogo« zaradi oddaljenosti velikih trgovin.

»Ja, kr na majhno zalogo, ko nismo čist blizu trgovine. Mam rada, da če neki rabim, da grem iskat, da mam, da me ne preseneti, da nimam, to kr, rada kupim, da mam par kil tega, pa par kil tega, neki malega v zalogi, ne vem kulk pa ne ...«

Fiziološki dejavniki: Udeleženke iz urbanega okolja poročajo o suhih ustih, težavah s protezo, zmanjševanju občutka žeje ter prehranskih alergijah. Zaradi boljše prebave so se odločile za zmanjševanje količine obrokov. Udeleženke s podeželja pa navajajo celo povečan apetit ter povečanje telesne teže, prav tako poročajo o uživanju bolj kalorične hrane (npr. zaseka) po fizičnem delu.

»Čim maš enkrat protezo, pa te stvari, moraš gledat, da si režeš, majhne koščke, ko ješ, že zaradi samih zob ... Zobozdravniki so nedosegljivi, zgleda. Za plačevanje je pa čedalje manj denarja.« (P₇₈)

»Ja js sem včasih lahk velik več pojedla. Zdaj pa en košček mesa, pa mal krompirja, pa mal solate. Včasih pa vem, da smo velik več pojedl.«

»Včasih je bil bol red, u službi je bla malca, pol ob treh doma kosil od šestih d o sedmih pa večerja, ampak zdej pa tud menj pojemo.«

Patofiziološki dejavniki: Udeleženke imajo v glavnem težave s povišanim krvnim tlakom, sladkorjem ter maščobami v krvi, zaradi katerih uživajo ustrezna zdravila in upoštevajo dietna navodila. Navajajo tudi težave s hrbtenico in kolena.

»Drugač pa kot srčni bolnik moram bolj pazit. Ne slano bolj jest, ne maščobno.« (I₁₇)

»Bolj mehko solim, pa izogibam se svinjskega, povsem prekajenega sploh ne jem. Včas pa včas pregrešim s kako pečenkico, pa solato, pa to, to malkdaj. Ker rajš se mal držim, saj ne moreš čist, sam boljš je. Z leti to vse pride vete.« (134, 135)

Upoštevanje priporočil zdravega prehranjevanja

Zdrava prehrana je za udeleženke fokusnih skupin predvsem raznolika (z veliko sadja in zelenjave) ter zdravo (doma) pridelana. Je tudi »bio«, sicer obstaja dvom v pristnost le-te. Prav tako zdrava hrana praviloma ni vsečna hrana.

»Zelo raznoliko hrano pravjo, zlo raznoliko, ne monotono, pa tisto kar ti paše. Pravjo, da je treba mal mesa, pa mal zelenjave, da je treba sadje. Se pravi zlo mešano. Bolj je mešano, boljše je. Manj je tega umetnega, raznih hamburgerjev. To še za mlade ni priporočljivo, kaj šele za starejše.« (P₁₀₁)

»Moje mnenje je pa tak, da čim bolj naravno. Kar je narava dala, da je čim manj predelan. Za mene sigurn je to najbolj zdravo. Tud ko zdravniki rečejo, da ne kravje mleko, al pa ne tako mleko. Js še zmiri mislim, da je bolj zdravo, kot pa tist kar je 10X predelan. To je moje mnenje, ne vem. Moje mnenje je, da čim manj, da je hrana predelana že, da je čim bolj naravno. Kar narava da.« (157)

Priporočila zdravega prehranjevanja udeleženke poznajo, a jih ne upoštevajo. Nekatere udeleženke s podeželja priznavajo, da imajo sedaj več informacij kot prej, vendar jih moti kontradiktornost priporočil.

»Sem pa ravno zdaj eno oddaja poslušala, da to kar je priporočljivo, da sploh ni to, kar naj bi blo. Da to mešajo, ne vem kako, z barvami in vsem tem, da sploh ni to, kar naj bi bilo. In dodajo vse druge stvari zraven, recimo ... Tud ta polnozrnat kruh, namesto da bi bil res iz tistega, dobimo vse sorte zraven primešano. In o tem je blo govora ravno zdaj po radiu kako nas golfajo. Da če kupiš pravi kruh ta polnozrnat ni to to, kar naj bi blo. Je vse umetno mal ustvarjeno.« (P₁₀₄)

»Js pravim samo to, da tudi to - zelo zdrava je surova hrana. Samo ni za vsakega. Ne more ti eden reč ti jej zdaj to pa boš zdrav. To ni res. Vsak organizem je drugače sestavljen in tud vsak organizem mu drugače paše. Vzameš pa tisto ven, kaj veš, kaj misliš, da, pa kaj ti najbolj paše jest.« (142)

»Jest ne zajtrkujem, in se tud ne prehranjujem zdravo. Kuham sam zase. Je pa tud odvisn od finačnga stanja posameznika. Nism dobra kuharica, ampak jem pa dobr.«

Udeleženke navajajo različne **ovire za upoštevanje priporočil zdrave prehrane**. Nekateri so na ravni posameznika, kot sta na primer poslušanje telesa in dvom v pristnost zdrave hrane;

drugi pa so na ravni okolja, kot so družabni dogodki, skromna ponudba zdrave hrane v lokalnih trgovinah ter visoka cena le-te.

»Joj, je men ena tud rekla, 'men je dohtar vse prepovedu: to, un, tre t... Jest pa ne, jest bom pa tist do konca jedla, kar mi bo zadišal, pa raj pet let prej umrem.' In tako je tud pr men. To je moj zaključek.« (Iv₄₃)

»Se mi pa zdi, da so ti izdelki tud zelo dragi, kar pa se mi zdi, da glede na to, da je to zelo zdravo da ni prav, da je to tako razmerje. Kruh, tist s semeni, oho...Cel teden maš ti belga kruha, za tist en hleb.« (163)

Spodbude oziroma **motivacija za spremembe** prehranskih navad bi bili le nasvet zdravnika oziroma bolezenske težave, kajti kljub zavedanju o potrebi po spremembi, pravega motiva ni (podeželske ženske).

»Men je, ko sem bla pr zdravniku zarad želodca, sem rekla, pa dajte mi povejte ka ne smem. Je pa rekla, vi jejte to kar vam paše, veste za želodec, kar vam ne bo pasal, pa ne jejte. Ko bi mi vsaj rekla, to absolutno ne smeš, pa mogoče res ne bi. Tako ko mi je pa tak rekla, pa probam jest, kar je le možno. (176)

GIBANJE

Odnos do gibanja: Udeleženke so precej gibalno aktivne, in sicer od rane mladosti. Gibanje jim predstavlja užitek.

»Pa zelo rada grem v družbo, tam, kjer se smeje in pleše. To mene podvigne. To je taka telovadba. Ples, ko se razmigaš, ko se noge, da skačejo visok ne, to. Jest grem pol kr po eni nogi domov.« (Iv₁₅₁)

»Jest smučam, non stop sm na kolesu, če grem pa peš, hodm pa ne hitr.«

Spodbude za gibanje: Če je partner aktiven, se udeleženke tudi same hitreje in lažje odločajo za gibanje. Prav tako spodbujajo gibanje hišni ljubljenci in ukvarjanje z vnuki. Organizirana telovadba oziroma skupinska vadba v kraju/skupnosti ter plesi in nenazadnje naravne danosti okolja izboljšujejo telesno dejavnost.

»Jest tud hodim k telovadbi, taki splošni, tko kot gospa, dvakrat na teden. Nas nima fizioterapevtka, ampak ena gospa, k že dolg dolg let vodi take vaje. Splošne, naprej ogrevanje, pol razgibavanje, za kondicijo za ravnotežje, za vse take stvari ... Za utrditev mišic. Čim več. Se zgodi tud kdaj, da špricam. Mam pač razlog, da ne grem. Drgač se držim, da dvakrat na teden grem. Pa še tkole kdaj vmes, kdaj na Šmarno goro, al na Katarino, al peš takole popoldan enih pet šest kilometrov. Tko da, mal se ... tud hočem, da bi hodila, dokler še lahko hodiš. Se pa zgodi, da enkrat ne boš mogu, pa ti bo žal za vse, ko nisi šel. Ker si preveč dela doma vidu. Zdej veste malo možu govorim: 'sej to vse počaka, ker pust, bova jutri naredila.'« (M₁₄₀)

»Pa tud okolje. Recimo js ko moj mož reče greva na sprehod, pa ga stalno vprašam kam pa grema, bo stalno eno smer povedu, ne. Saj na deželi skor nimaš kam it. Ampak to mi je dolgocajtn, se včas kr razjezim, kak grema spet tam. Js mu velikrat rečem, dajma se pelma v

Šentjur, pa avto pustima, pa grema drugam. To pa njemu ni. Recimo ne, kr eno smer, pa kr naprej, je tud dolgocajtn, no.»

Pomen gibanja je v lajšanju bolečin, izboljšanju splošnega počutja, zdravja ter tudi v druženju.

»Plesa manjka v Bohinju. Na Bledu je ples za starejše od aprila do oktobra, vsako drugo nedelo u Festivaln dvoran. Veste, kolk je ludi, je vse pouhn, jih pride tud po 240 . Je pol tam po šter ure gibanja.»

Večjih **ovir za gibanje** starejše ženske v urbanem okolju ne vidijo, medtem ko podeželske starejše ženske navajajo pomanjkanje volje, časa, ustrezne družbe, slabo počutje, zdravstvene težave ter vremenske razmere (visoke temperature poleti). Glede na tradicionalno vlogo ženske na podeželju obstajajo predsodki glede gibanja, ki ni povezano s kmečkimi opravili.

»Ja, da bi mela kako tovaršijo, da bi šle skup. Pol samem se mi pa še tumast zdi, en cajt še grem, pol si pa mislim, zdaj me pa ljudje gledajo, pa si mislijo, kak ma baba cajt okol skakat ...« (198, 199)

3.3.2 Starejši MOŠKI, živeči v urbanem in ruralnem okolju

Način življenja: Udeleženci izvedenih fokusnih skupin živijo bodisi sami ali s partnerico v približno enakih deležih. Pri nekaterih je režim prehranjevanja močno pogojen z družabnimi srečanji (obiski prijateljev in znancev).

PREHRANA

Socialni in psihološki dejavniki

Pripravljanje hrane je v domeni partnerice/žene, čeprav nekateri samski moški kuhajo tudi sami in se prehranjujejo doma. V urbanem okolju se samski moški prehranjujejo zunaj doma, predvsem v velikih trgovskih centrih z restavracijami.

»Zdej, ko sem v penziji, imam bolj red, tko da vsak dan zajtrkujem. Zjutri popijem kavo, pol grem pa ven. Med pol deveto pa deveto uro imam pa zajtrk. Navadn je mal sira, salame, včasih si kaka jajca spečem. Rad imam mleko pa jogurt. To je že skuraj malca ... je mal tak obilna, pol pa do kosila praktično nič ne pojem, kako banano al pa jabolko imam rad tud, ne. Pol mamo kosilo. No tam pa tud količinsko mal več pojem. Jst mam doma punce, one bolj mal, pa majo tisto svojo prehrano – sam makarone pa puranje zrezke pa to - pa pol žena prprav kej bolj tak konkretenga – šnicl pa krompir pa solato. Po kosilu pol pojem tud še kako sadje al pa kej takega, večerjam pa načeloma ne. Edino, če kdaj kaki obiski pridejo al če greva kam – zdej mam tud žlahte dost, zmeri kak rojstn dan – tam si pol mal prvoščiš. Kosilo imamo vedno okrog 4-ih. No, imam pa rad sadje, ga dost pojem, tud vode dost popijem, pozim pa čaja ogromno.« (M₇₆)

»... z leti mislim, da se količinsko, se kvantiteta zmanjšuje), ja potem, neke spremembe pri kuhanju ni, nekih trendov ne spremljamo, midva za sebe z ženo se prehranjujeva na način, kot sma se prehranjevala kaj jaz vem pred 10-imi leti ...«

»Js na primer zjutrej pojem kafe, ne kakav, proja jn čikorja je to. In mleko s kruhom, si zdrobim kruh notr in pojem. Pole opoldne kšna mineštra, zelenjavna, malo krompirčka, malo

druge zelenjave in taku naprej. Pole imam večerjo, za večerjo spet zelenjava. In potem kej zraven še ocrem par jajc al pa kej tacga. Pride včasih tudi klobasa, ma je zmeram zelenjava.»

»Jest zajtrkujem, pojem zajtrk, k ga prprav gospa žena. Kosilo skuha žena. Večerjam toplo večerjo, včeri sm naprimr jedu kašo. Velikrat mlečne jedi, tud zjutri, gres pa polenta.«

Udeleženci imajo **redne obroke**, pri čemer izstopa zajtrk, ki je po večini vedno enak, medtem ko so večerje lahke in praviloma »suhe«, z izjemo primorskega konca, kjer so tudi večerje tople oziroma kuhane. Nerednost obroka je bolj prisotna pri tistih, ki se prehranjujejo zunaj doma. Udeleženci navajajo, da imajo več časa za redne obroke po upokojitvi. Prav tako skrbijo za zadosten vnos tekočin, pri čemer poudarjajo pitje zmernih količin alkohola.

»Pr men je prehranjevanje dost neredno. Zajtrk je skoraj vedno, razen če zgodej zjutri kam gremo, se potem spoti poje ... Kosilo je kokr kdaj, ni kakšne določene ure, dostkrat je združeno z večerjo. Zdej, če smo nekje zuni, tud ni nbenga časa pravga. Pozim je to bl redkost, zdej, ko je pa sonce in suho, smo pa dost tko okol.«

»Prej sem bil v šoli v službi, v šoli sem pa šolsko kuhinjo, kosilo je blo tam, malca je bla tam, zdaj pa se pač mal to kuhanje tu spremenilo. V osnovi torej tisto, kar je spremenilo način, vsebino moje prehrane. Drugač pa ne vidim jaz neke spremembe recimo pri zajtrki, večerji, da bi bili kaj bolj drugačni kot so bili.«

»... Drgači mi doma si lahko zdej prvoščimo u penziji petkrat na dan jest, na firmi si pa ne morjo, ka jim direktor da odpoved ...«

»Od kar sm u penzij, sej spremenil, prej nism zajtrkoval, sm sam čaj popil.«

Na to, kako se bodo **odločali pri prehranjevanju**, pri udeležencih vplivajo predvsem želje, priljubljenost določene hrane, navade, tradicija in samopridelava (uživanje sezonskih živil) ter na podeželju tudi cena in zdravstveno stanje. Udeleženci iz urbanega okolja omenjajo tudi vpliv oglasov pri odločanju za prehranjevanje.

»Pač, če sem slabe volje, pa pojem neki tazga, kar imam rad, sem sigurn boljše volje.«

»... Hrana pa je prilagojena letnemu času, tako da se razumemo. Zdej (poletje op.p.) je zelenjava kadar hočte, tut za zajtrk bi jest pomidore (paradižnike op.p.) in kumarce ... Ampak zimski čas je bolj prilagojen tradiciji: polenta, fižol, zelje, repa, krompir.«

Pri **nabavi hrane** jim je zelo pomembno poreklo živil. Odločajo se za preverjene izdelke domačega porekla. Pozorni so na rok trajanja izdelka. Motijo jih predrobne deklaracije in cena. Udeleženci iz urbanega okolja pogosto upoštevajo mnenja mlajših sorodnikov pri uvajanju »novitet«. Sicer je nabava hrane predvsem v domeni partnerice.

»... zdaj pa moram to rečt ... kar velja za druge, da zdaj v trgovino, če vsaj ne veste dva jezika, skoraj ne morete iti, ker vsa navodila so od ruščine do kitajščine, vse, ne pa poleg tega za nas stare, ki ne vidimo dobro, sploh ne vidiš tega prečitati (nekateri kimajo). Jaz sem včasih imel tako malo povečevalo, da sem si tam pogledal, ne ... recimo take stvari kot je rok trajanja pa to, pa tako hrano, ki je naša domača poznana ... neke tuje ne eksperimentiramo. To je bistvo..ta navodila so v večih jezikih in prenadrobno napisana, tak da se ne morejo prebrati, pa tiste E-je gledamo včasih, pa bol gledaš več jih je ...«

»Zato si pol kupujemo tiste stvari, ki jih poznamo ... tako da se redko odločaš za čisto nekaj novega. Moram reči, ti mladi, ko pridejo domov iz Ljublanje, dostokrat kaj novega prinesejo, pol pa mi tisto naprej povzamemo, pa naprej kupujemo.«

»So penzije tako majhne, da res gledamo, kje bomo poceni kupili. Tisto, kar pridelamo doma imamo kolkortolko neoporečno. Vsaj mislim, čeprav imamo tudi mi gnojila ...«

Fiziološki dejavniki: Udeleženci iz urbanega okolja so poročali o rahlih spremembah apetita ter o vplivu razporeženja na prehranjevanje. Zaradi boljše prebave so se odločili za količinsko manjše obroke. Zavestno so se odločili tudi za uživanje manj mastne, manj slane hrane, manj mlečnih izdelkov ter za uživanje pustega mesa.

»Potem v pogovorih in tudi pri sebi, postopoma opažam, ko se staraš, se določene stvari spreminjajo. V prostem pogovoru zelo hitro ugotoviš, ko ljudje rečejo, da stvar ni okusna. Te čutnice postopoma slabijo. Potem s staranjem tudi opažam, da mi bl paše lahka hrana. Potem je ta hrana, ki jo uživam, izkoristek manjši.«

»... prej sem jedo, nekje v srednjih letih vse, zdaj pa se držim bolj neke dietalne hrane, ker sem mel zdravstvene težave, jemo več zelenjave, kot sem prej reko, tu smo ostali pri mesu, pri ribah in pri belem mesu, več sadja, tak da obroki so nekaj povprečnega, zajtrki so obilni, večerje skromne, zaradi lažjega spanja ...«

»... Jem dosti manj slano, kot sem ... Meso jemo 1 – 2 krat na teden, prej smo ga več ... In dosti več pijem ku enkrat ... Vodo ... Te tri značilnosti so, ki jih ni bilo.«

Patofiziološki dejavniki: Udeleženci imajo v glavnem težave z zvišanim krvnim tlakom, sladkorjem ter maščobami v krvi/holesterolom, zaradi katerih uživajo ustrezna zdravila in upoštevajo dietna navodila. Opisujejo tudi težave z zobovjem. Predvsem starejši starostniki navajajo tudi težave s kislino, prebavo (zaprtje) in prostato.

»Jst jemljem zdravila proti holesterolu, ker so mi ugotovili pred 10 leti, da imam začetek sladkorne, pa so me dali na dieto. Ampak jst se diete nič ne držim, jem kar mi paše, ne premastno, ne presladko, v zmernih količinah in v 10-ih letih se mi ni čisto nič poslabšala sladkorna razen holesterol pravijo zaradi tega, ker hodim na te preglede, da je boljše, da je manjši pri sladkornih bolnikih. Pač jem eno tableto proti holesterolu. Pa zdej so mi ugotovili, da imam osteoporozo, še zato jemljem zdravila, ampak ne vplivajo nič na prehrano. Tudi na počutje nič ne vpliva: ne vem, če bo kaj boljše za kosti, sam verjamem zdravniku.«

»... tudi sem pač na tabletah, mam težave s srcem, moram reči, da sem prav pri mesu, rdečem mesu opažam, da me bremeni, ja in da se slabše počutim, moram reči da izključujem maksimalno alkohol tudi špricer, nerad pijem, ker mi pol pospeši še bolj utrip ...«

»Samo ne morem tudi vsake stvari, morem vse si zmlati, ka nimam zobu več. Odzadi mi je napravo protezu, ma ne more, ne drži, ka bi mogu det na vsakem kraju po en zob, to stane ogromno, ne. In to je veliko trpljenje ...«

Upoštevanje priporočil zdravega prehranjevanja

Zdrava prehrana je za udeležence fokusnih skupin predvsem raznolika (z veliko sadja in zelenjave oziroma z visoko vsebnostjo kompleksnih OH) ter draga. Je tudi »bio«, sicer obstaja dvom v pristnost le-te. Zdravo prehranjevanje pomeni tudi zmernost.

»Zdrava prehrana je uravnotežena prehrana. Vsega po mal, ne pretiravat ne z enim, ne z drugim. Tist, kar je zlo zdravo, ne pretiravat z njim.«

»Prva asociacija je bio ... zame je zdrava prehrana čim več zelenjave, konkretno se držim, da sem testeninar, kar se tiče od mesa, več ali manj belo meso, dost sadja, to je bolj ali manj vse, alkohola ne, oziroma lahko rečem minimalno oziroma skor da ne, drugače pa mi se prehranjemo v običajnih ritualih ...«

»Mi smo zdaj takšna generacija, ko se tudi mogoče oslanjamo na neke recepte naših babic ... Kaj jaz vem, jaz se kolko tolko spoznam na to, na prehranjevanje, mislim, da je zelo pomembna zelenjava, sadje, vegetarijanc nisem, tak da to je mesa kar precej pojemo različnega, ne samo belega, al pa svinjskega, pa ribe so večkrat, da ne bi kdo mislo.«

»Moji obroki majo zmeram solato, tud če jem repo al pa zele, jem še solato.«

Priporočila zdravega prehranjevanja udeleženci poznajo, se z njimi tudi strinjajo, a jim za upoštevanje le-teh manjka samodiscipline. Moti jih kontradiktornost priporočil, ki prinaša zmedo. Upoštevacjo lastno logiko pri prehranjevanju in ne zaupajo »uvažanjem« tujih prehranskih tradicij. Poudarjajo tudi pomen zdravega načina priprave hrane.

»V nekaterih primerih bi se strinjal z g. M, drugače pa je moj pogled o zdravi prehrani zlo celosten. Ne prehranjujem se zaradi tega, da se najem, ampak zaradi tega, da organizmu prinesem določene minerale, vitamine in snovi, da lahko funkcionira. To pomen, da hrana mora vsaj nekako pokrivat te tri stebre: fiziološkega, psihološkega in pa tud duhovnega v širšem pomenu besede, da ne bi kdo mislu, da sam na religijo mislim. In to je potem tisto ta pravo prehranjevanje.«

»Zarad te globalizacije se ta prehranjevanje globalizira in prihajajo sem prehranjevalne navade Indijcev ... Ampak, če bi mi videl, kako se Eskimi prehranjujejo, al pa Indijci – to sta dva čist nasprotna – oni majo zlo mastno, Indijci se zlo malo prehranjujejo ... ampak je podnebje drugačno. Način prehranjevanja diktira lega geografska, kje živiš. In ne morš avtomatsko kar prenest.«

»... Dokler se dobro počutim, jem kar mi paše, mislim, da je vseeno to tisto, ki pravzaprav odloča način prehranjevanja ... torej po naravi, nekje tisto zahtevo, mislim da je neka logika v tej prehrani ... v končni fazi se to kar nekaj spreminja ... tudi tisti razni napotki za prehranjevanje, tak da vse ni treba resno jemati.«

»Pred kratkim sem zopet poslušal, da j dobro malo ocvirkov pojest pa malo živalskih, ne, ne samo rastlinske, tako, da dejansko smo tud malo zmedeni mi potrošniki, oziroma ti nasveti se ... to nas zlo moti.«

»... ampak drgači kupujemo res poceni stvari, kar pa ni dobro. Tako. In se debelimo in zastrupljamo in tako naprej.«

Udeleženci navajajo različne **ovire za upoštevanje priporočil zdrave prehrane**. Nekatere so *na ravni posameznika* (gurmanske želje, odsotnost resnega razloga za spremembe dosedanjih navad ter dvom v pristnost zdrave hrane), ostale so *na ravni okolja* (skromna ponudba zdrave hrane v lokalnih trgovinah ter visoka cena le-te, in sicer predvsem v ruralnem okolju).

»... bi blo prav, da bi začeli kaj drugega, vendar smo nekak ukleščeni med to navado našo in nismo v stanju nekaj spremeniti, ne, kar po moje ni prav, ne, tak da ... jemo pa dejansko skoraj vse kar nam paše, pa spet, tako kot smo že vsi rekli, v manjših količinah, drugač dejansko se ne odpovedujemo ... Navada je železna srajca, bom reko, ja, ampak veste kaj, mogoče to da ker še ni noben tak resno bolan. Se pravi, to je narobe, ne.«

»BIO, kaj pa je sploh BIO? Zrak je umazan, in če j dž, prnese umazanijo.«

Spodbude oziroma **motivacija za spremembe** prehranskih navad bi bili le nasvet zdravnika oziroma bolezenske težave.

»... kar se tega tiče priporočila zdravnika, kar lahko ješ kar ne, mislim, jaz sem jemal dokaj resno, dokler ne prideš do spoznanja, da je to in pol se s tem strinjaš in sam pri sebi uvidiš, da je to tisto, kar ti paše, kar ti ne paše, tega pač več ne konzumiraš, se pač odrečeš vsemu in živiš normalno ... «

GIBANJE

Odnos do gibanja: Udeleženci so precej gibalno aktivni, in sicer nekateri od rane mladosti. Gibanje jim predstavlja zadovoljstvo in užitek. Menijo, da so dela okrog hiše in v vinogradu ter ostala kmečka dela enakovredna ostalemu gibanju.

»Dobro počutje. To je pomembno. Če sam čepiš noter nekje in si potem tud že slabe volje, to te pa sprost. Jst, ko grem zjutri, tisto uro pa pol hoje na dan ko nardim, pridem domov in sem svež, zdrav ... in dobr se počutim. Pol pa še doma, dve ure imam za kosit, pa še med drevjem se mučiš mal, tko da je kar dost dela. Vsake 10 dni je košnja, da je mal lepš vrt, da je lepa travca. Pa na vrtu tud, sicer tud žena dela. Tist počutje je fino, da si ... nekak se počutiš fajn, če si razgiban, da nisi zakrknu tam nekje. To mislim, da je glavno, da se gibaš. Sicer jst sem že prej hodu, preden sem šel v pokoj, ampak takrat sam v soboto in nedeljo, ko sem bil prost. Drugač pa, ko sem šel v pokoj, pa sem začel hodit in hodim vsak dan.«

»... Nekateri, al bi reku ljudje naše generacije, jim postaja fetiš tole organizirano pohodništvo. In domače gibanje, ku da ga ni.«

»Vsak dan se gibam. Poskrbet morš sam zase in bit egoist. Morš vztrajat, ampak se t more nekej nardit , da to ugotoviš.«

Spodbude za gibanje in oblike le-tega: Potreba po gibanju, navajenost od mladih nog ter tudi bolezen so motivacija za gibanje *na osebni ravni*. Kljub organiziranim oblikam gibanja v skupnosti, kot so telovadba, pohodi ipd., se udeleženci naših fokusnih skupin **raje gibljejo sami ali v manjših skupinah** (prijatelji, družinski člani). Skupinska telovadba je na primer dobro obiskana v zimskem času, v poletnem pa zanjo ni zanimanja. Ne nazadnje, naravne danosti *okolja* izboljšujejo telesno dejavnost.

»Lahko tudi mogoče potreba, mogoče čutiš neki dan potrebo da se razgibaš, da je potreba da se sprehodiš, drgač pa bi motivacija bila, če bi imel kako družbo, ki bi te gnala..predlagala kaj gremo danes delat..gremo sem, tja ono tretje ..to bi bilo zelo pomembno. Ampak, kaj jaz vem, vsak ma neke svoje probleme, neke obveznosti, pa je tega vedno manj, ne.«

»Glede na to, da smo prej imel družbo, približno enako stari smo bli, smo imeli določeno na teden enkrat da smo se dobili, ob točno določeni uri ... kjeri je zadnji prišel pa je kazen plačal, to se pravi, da je bilo res motivirano, da si prišel vsaki takrat in da si tud točno prišel ... in potem smo tu igrali ... in pol pa se to naenkrat razpadlo, ne vem zakaj, ne ... vse tak propade ... in vedno bi moral bit en, ki bi to organiziral ... ne vem, za mene je to blo sveto.«

»... jn, precej hodim, izkoristim vse pohode, ka so v bližini tukej ...«

»Za vitalnost in gibljivost skrbiš sam, noben zdravnik t na bo pomagu.«

Pomen gibanja vidijo v lajšanju bolečin, izboljšanju splošnega počutja, zdravja ter tudi v druženju.

»Ja, mi zelo dosti pomeni. Rad vozim bicikl, zdaj me vreme muči, pa veter. To ni fajn, ne. Boljše se počutim, če grem vsaki dan malo na kolo. Če ne več 10, 15 km.«

Večjih **ovir za gibanje** starejši moški v urbanem okolju ne vidijo, vendar se *na osebni ravni* zavedajo zapiranja vase in oteženega vključevanja v nove skupine. Nekatere moti pomanjkanje brezplačnih organiziranih oblik skupinske vadbe. Na *nivoju okolja*, pa naše starostnike motijo neurejena ali neobstoječa mestna infrastruktura in tudi vremenske razmere (burja na Primorskem). Za udeležence s podeželja predstavlja oviro tudi miselnost okolja (tudi življenjske partnerice), ki vključuje predsodke glede gibanja. .

»Jst sem včasih bil izključno cestni kolesar. Zdej, ko sem se prvič vsedu na gorsko kolo, sem nehu vozit po cesti zarad prometa, zarad neurejenosti, zarad hude nevarnosti. Tud parkrat sem fejest padu, tud polomu sem se na kolesu, zbil so me. Tko da pr nas je za kolesarje zdej, za take ceste ... Pa kaj, tamle ima tale PST, kjer se drenjajo vsi, od psov do mamic z vozički, do kolesarjev, do norih kolesarjev ... obupno poskrbljeno! Tko, da se vozim v glavnem zdej po gozdovih in po urejenih poteh.«

» ... počasnost, pade interes, volja ...«

»... ko sem službo nehal, nisem htel biti v nobenem društvu z nobenim povezanim. Sem reko, ne dam se več postavljati na roke, ker tu je bilo pri moji službi že tolko rokov, ne. Vsaki dan neki rok, ne. In sem reko, ko sem prišo v penzijo, jaz sn čuto olajšanje, sn reko zaj bom pa delal to, kar bom jaz delo in se ne vključim več. In me s tira vrže, če bi moral bit v nekem določenem času na nekem določenem mestu, ne. Ker zdaj jaz hočem po svoje. Je pa društvo. Vse so športna društva, verjetno majo, samo nas nihče ni nikam povabo in mi nismo iskali.«

»Ja, dokler moremo gibamo. V glavnem če nas ovira, nas ovira bolezen.«

»Smo šterje, k hodmo na rekreacijo za moške, ta stvar v našmu kraju ne zažvi. Vsem se zdi neumn, kaj bojo pa star mošk hodil telovadt. To so v glavnem izjave njihovih žena. To delaš za naprej, za nazaj ne morš. Majo občutk, da j škoda cajta, d j brez potrebe.«

3.3.3 Zaključki

V nadaljevanju so pregledno podane razlike med prehranskimi in gibalnimi navadami starejših žensk in starejših moških, glede na ruralno in urbano okolje, nato pa tudi razlike med ženskami in moškimi v ruralnem ter ženskami in moškimi v urbanem okolju. Ker so na spol in tip naselja bivanja pri starejših do določene mere vezane tudi socialno-ekonomske značilnosti, so zbrani podatki v tej populacijski skupini v nadaljevanju lahko dobra podlaga za poglobljen študij neenakosti v zdravju in kvalitete življenja, vezane na prehrano in gibanje.

Razlike in podobnosti glede prehranskih in gibalnih navad med starejšimi ŽENSKAMI, živečimi v urbanem in ruralnem okolju

Vse udeleženke izvedenih fokusnih skupin skrbijo za **pripravljanje hrane** večinoma same in hrano pripravljajo doma. Delanje zalog je značilno za samske starejše ženske v urbanem okolju, medtem ko starejše ženske, živeče v ruralnem okolju, hrano večinoma pripravljajo vsak dan sproti. Upoštevanje sezonskosti živil in lastnih želja (ter želja ostalih družinskih članov – vnukov) pri pripravi hrane velja za obe skupini, vpliv tradicije pa je nekoliko bolj prisoten v ruralnem okolju. Prav tako pohvala dobro oziroma »okusno« pripravljene hrane s strani družinskih članov izboljša občutek lastne vrednosti ženske – gospodinje v ruralnem okolju.

Rednost obrokov je, kljub prisotnemu določenemu vsakdanjemu ritualu prehranjevanja pri samskih starejših ženskah, živečih v urbanem okolju, nekoliko vprašljiva. Pozorne pa so na primer na zadosten vnos tekočin. Rednost je višja v ruralnem okolju, s posebnostjo nedeljskih kosil, prav tako je tam večja verjetnost kuhane večerje (tudi ostanki od kosila). Glede **odločanja pri prehranjevanju** večjih razlik med obema skupinama žensk ni, vse upoštevajo sezonskost živil, želje, navade, le da je vpliv tradicije nekoliko močnejši v ruralnem okolju. Obe skupini žensk sta pri **nabavi hrane** pozorni na rok trajanja in deklaracije (po mnenju podeželskih žensk preveč strokovno napisane). Pri nakupovanju ženske s podeželja ob enkratnem nakupu nakupijo več v primerjavi z ženskami iz urbanega okolja, kar je povezano tudi z oddaljenostjo od večjih trgovin, ki so bolj oskrbljene kot lokalne trgovine. Prav tako jih ima več domači vrt in pogosteje pripravljajo ozimnico.

Glede **fizioloških** ter **patofizioloških** dejavnikov prehranjevanja sta si obe skupini žensk podobni, upoštevajo dietna navodila (izogibanje soli, maščobi, svinjskemu mesu) ter redno jemljejo zdravila (zvišan krvni tlak, holesterol). Pretežno navajajo zmanjševanje količine obrokov, zlasti zaradi lažje prebave. Podeželske ženske poročajo o povečanem apetitu in povečanju telesne teže, kar je lahko povezano tudi z uživanjem visoko kalorične hrane (zaseka) po fizičnem delu.

Zdrava prehrana je za vse udeleženke izvedenih fokusnih skupin predvsem raznolika, zdravo pridelana (za podeželje to pomeni doma), ni pa vsečna. Sicer pri vseh obstaja dvom v pristnost le-te. **Priporočila zdravega prehranjevanja** poznajo, a jih večinoma ne upoštevajo, predvsem zaradi kontradiktornosti le-teh ter odsotnosti motiva oziroma volje za spremembe.

Ovire za upoštevanje priporočil so na ravni posameznic upoštevanje fizioloških potreb (poslušanje telesa), dvom v pristnost zdrave hrane, medtem ko sta na ravni okolja vodilni oviri visoka cena zdrave hrane ter skromna ponudba le-te v lokalnih trgovinah, kar predvsem velja za podeželje. Zanimiva ugotovitev je, da za ženske iz urbanega okolja oviro pri

upoštevanju priporočil zdravega prehranjevanja predstavljajo udeležbe na družabnih dogodkih. Edini **motivaciji za spremembo** prehranskih navad bi bili bolezenske težave in jasen nasvet zdravnika, kar je skupno stališče pripadnic obeh skupin.

Odnos do gibanja je pozitiven pri obeh skupinah žensk; vse so tudi precej aktivne, in sicer od mladih nog. **Pomen gibanja** vidijo v izboljšanju zdravja, boljšem počutju, lažšanju bolečin in tudi druženju. Aktiven partner ter ponudba organizirane oblike družinske vadbe v domačem kraju ter plesi **olajšajo odločitev** za gibanje, predvsem pri starejših ženskah iz urbanega okolja, ki tudi sicer večjih ovir za gibanje ne vidijo. Starejše ženske, živeče na podeželju, pa kot **oviro** za gibanje pogosteje navajajo pomanjkanje časa (skrb za širšo družino), volje, ustrezne družbe ter zdravstvene težave. Razmere v fizičnem okolju so lahko po eni strani spodbuda, kot so naravne danosti, po drugi strani pa ovira – npr. vremenske razmere. Ne nazadnje je potrebno poudariti še vedno zelo **razširjene predsodke glede gibanja**, ki ni povezano s tradicionalno vlogo ženske na podeželju, kar predstavlja verjetno največjo oviro za izboljšanje telesne dejavnosti v ruralnem okolju.

Razlike in podobnosti glede prehranskih in gibalnih navad med starejšimi MOŠKIMI, živečimi v urbanem in ruralnem okolju

Pripravljanje hrane je skoraj izključno v domeni partnerice. Pri tistih, ki živijo sami, opažamo bodisi prehranjevanje zunaj doma ali si obroke pripravljajo tudi sami (zlasti moški na primorskem koncu). Razlik med urbanim in ruralnim okoljem ni.

Za nekatere udeležence fokusnih skupin iz urbanega okolja se je **rednost obrokov** izboljšala z upokojitvijo, nekateri so imeli redne obroke tudi prej, a se je nekoliko spremenila le vsebina, drugi pa zaradi družabnih dogodkov niti sedaj nimajo rednih obrokov. Vsi redno zajtrkujejo, medtem ko so pri večerjah razlike: so praviloma hladne/suhe pri urbanih udeležencih in tople/kuhane v ruralnem okolju, bolj pogosto tudi na Primorskem. Rednost obrokov in v tem smislu izboljšanje kvalitete obrokov v primerjavi z aktivnim obdobjem je izrazitejše pri starejših moških na podeželju.

Glede **odločanja pri prehranjevanju** večjih razlik med obema skupinama moških ni, vsi upoštevajo želje, navade, priljubljenost, tradicijo ter samopridelavo (sezonskost živil), le da je cena nekoliko bolj pomembna v ruralnem okolju, vpliv oglasov pa v urbanem okolju. Pri starejših starostnikih je v primerjavi z mlajšimi starostniki prisoten tudi vpliv zdravstvenega stanja na odločanje o prehrani. Obe skupini moških sta pri **nabavi hrane**, ki je sicer praviloma v domeni partnerice, pozorni na rok trajanja, deklaracije (predrobne, nerazločne) in ceno. Vsem je zelo pomemben izvor živil in veliko bolj zaupajo že preverjenim, domačim izdelkom. Starejši moški iz urbanega okolja so bolj dovzetni za »novitete« zaradi vpliva mnenj mlajših sorodnikov – otrok.

Glede **fizioloških in patofizioloških** dejavnikov prehranjevanja sta si obe skupini moških podobni; upoštevajo dietna navodila (izogibanje soli, maščobi, rdečemu mesu) in redno jemljejo zdravila (zvišan krvni tlak, holesterol). Pretežno navajajo zavestno zmanjševanje količine obrokov zaradi lažje prebave in boljšega spanja (večerje). Poročajo o občasnih spremembah apetita (zmanjševanje, povečanje) in tudi razpoloženja, kar lahko vpliva na prehranjevanje.

Zdrava prehrana je za vse udeležence izvedenih fokusnih skupin predvsem raznolika (z veliko sadja, zelenjave, kompleksnih OH na sploh), zmerna in »bio«. Sicer pri vseh obstaja dvom v pristnost »bio« hrane. **Priporočila zdravega prehranjevanja** poznajo, se z njimi strinjajo, a jih večinoma ne upoštevajo, predvsem zaradi odsotnosti samodiscipline, prisotnosti nekakšne lastne logike v prehrani ter kontradiktornosti priporočil. Predvsem v urbanem okolju nasprotujejo uvažanju tujih prehranskih tradicij (npr. azijske). Zavedajo se tudi vpliva zdravega načina priprave hrane (primorski konec) in zadostnega vnosa tekočin.

Ovire za upoštevanje priporočil so na ravni posameznika gurmanske želje, odsotnost resnega razloga za spremembe ter dvom v pristnost »bio« hrane, medtem ko so na ravni okolja vodilne ovire skromna ponudba zdrave hrane v lokalnih trgovinah ter visoka cena, kar velja predvsem za podeželje. Edini **motivaciji za spremembo** prehranskih navad bi bili nasvet zdravnika in bolezenske težave oziroma bolezen, kar je skupno stališče pripadnikov obeh skupin.

Odnos do gibanja je pozitiven pri obeh skupinah moških; so tudi precej aktivni, in sicer nekateri od mladih nog. Gibanje jim predstavlja zadovoljstvo in užitek. Udeleženci s podeželja menijo, da so kmečka dela enakovredna ostalemu gibanju. **Pomen gibanja** vidijo v izboljšanju zdravja, boljšem počutju, lajšanju bolečin in tudi druženju. Obema skupinama je skupno, da se kljub organiziranim oblikam gibanja v skupnosti, kot so telovadba, pohodi ipd., raje gibljejo sami ali v manjših skupinah prijateljev oziroma družinskih članov. Ponudba organizirane oblike skupinske vadbe v domačem kraju, zlasti v zimskem času, **olajša odločitev** za gibanje, predvsem pri starejših moških s podeželja. Starejši moški, živeči na podeželju, kot spodbudo za gibanje navajajo zdravstvene težave oziroma bolezen. Razmere v fizičnem okolju so lahko po eni strani spodbuda, kot so naravne danosti, po drugi strani pa **ovira** – npr. vremenske razmere. Kot vodilno oviro *na osebni ravni* v urbanem okolju navajajo zapiranje vase in oteženo vključevanje v nove skupine, *na ravni okolja* pa neobstoječo ali neurejeno mestno infrastrukturo. Po drugi strani pa je potrebno poudariti še vedno zelo razširjene predsodke glede gibanja (miselnost partnerja ter neposrednega okolja), ki ni povezano s tradicionalno vlogo moškega na podeželju, kar predstavlja veliko oviro za izboljšanje telesne dejavnosti v ruralnem okolju.

Razlike med spoloma v URBANEM okolju

Vodilne razlike med spoloma v urabnem okolju so predvsem pri **pripravljanju hrane**; ženske pripravljajo hrano večinoma same in doma, kar velja tudi za tiste, ki živijo same, medtem ko so moški večinoma odvisni od svojih partneric, samski se prehranjujejo tudi zunaj doma. Pri **vnosu tekočin** moški poudarjajo zmerno pitje alkohola, medtem ko pri ženskah prevladujejo zdravi napitki, kot so npr. zeliščni čaji. Pri **oblikah telesne dejavnosti** ženske dajo prednost organizirani skupinski vadbi, medtem ko se moški precej težje odločajo za skupinske oblike in dajejo prednost individualnemu gibanju oziroma gibanju v manjših skupinah (znanih) ljudi. Ostalih razlik v stališčih med spoloma nismo ugotovili.

Razlike med spoloma v RURALNEM okolju

Vodilne razlike med spoloma v RURALNEM okolju so predvsem pri **pripravljanju hrane**; ženske pripravljajo hrano večinoma same in doma, kar velja tudi za tiste, ki živijo same, medtem ko so moški večinoma odvisni od svojih partneric. Dobro pripravljena hrana oziroma pohvale družinskih članov pri ženskah izboljšujejo občutek lastne vrednosti. Pri **vnosu**

tekočin podeželski moški poudarjajo zmerno pitje alkohola, medtem ko pri ženskah prevladujejo zdravi napitki, kot so domači sokovi ter zeliščni čaji. **Oblike gibanja** oziroma **spodbude za gibanje** so za podeželske ženske tudi ukvarjanje z vnuki, organizirana telovadba v lokalni skupnosti ter plesi, medtem ko moške bolj pritegnejo pohodi oziroma individualne oblike gibanja. Podeželske ženske, za razliko od moških, kot oviro za gibanje navajajo pomanjkanje časa, kar je verjetno povezano z njihovimi številnimi vlogami v domačem okolju. Ostalih razlik v stališčih med spoloma nismo ugotovili.

4. Ključne ugotovitve o stanju na področju prehrane in gibanja pri starejših odraslih

Obstajajo dokazi, da je vlaganje v promocijo zdravja starostnikov smiselno in učinkovito. Slovenija ima Nacionalno strategijo skrbi za kakovostno staranje prebivalstva in za solidarno sožitje generacij, ki predvideva strateške usmeritve na vseh ključnih področjih. Kljub temu je premalo programov in prav tako raziskav stroškovne učinkovitosti ukrepov na področju javnega zdravja, s starostniki kot ciljno skupino. Prav tako je premalo raziskav na področju prehrane in telesne dejavnosti pri starejših, premalo sistemsko uvedenih argumentiranih ukrepov za izboljšanje stanja in tudi premalo različnim lokalnim okoljem ter izzivom prilagojenih aktivnosti. Večina raziskav in programov se osredotoča na probleme starejših kar je bila perspektiva tudi opisanega raziskovanja. Določen del naporov pa je bil vložen tudi v razumevanje zdravega, dobrega delovanja starejših v domačem okolju – kot izziv za vzpostavljanje razmer, ki starejšim omogočajo tovrstno kvaliteto življenja, in opolnomočanja starejših za zdrave izbire na individualnem nivoju. Slednje je pomembno še posebej za tiste, ki so zaradi različnih razlogov, predvsem socialno-ekonomskih, bolj ranljivi.

Pri pripravi opisa stanja na področju prehrane in gibanja pri starejših v Sloveniji smo se raziskovanja lotili na več nivojih. Poleg pregleda literature in že opravljenih raziskav na tem področju smo raziskovali tematiko s stališča starejših samih, pa tudi vseh tistih servisov in služb, ki se pri svojem delu s starejšimi srečujejo.

Tako smo:

1. pregledali nabor kvalitativnih podatkov EHIS (European Health Interview Survey iz leta 2007) presečne študije za subpopulacijsko skupino 65+, za področje prehrane in gibanja; uporabili smo že analizirane podatke s pletne strani IVZ, ki smo jih interpretirali v kontekstu pričujočega prikaza;
2. opravili semi-kvantitativno anketno zbiranje podatkov v skupini ključnih informatorjev, ki se pri svojem delu srečujejo s starejšimi, analizirali in interpretirali podatke;
3. v kvalitativnem pristopu opravili razgovore v skupinah starejših (fokusne skupine), zbrane rezultate smo analizirali in interpretirali.

Redno in pogostejše uživanje sadja in zelenjave je bolj značilno za starejše, medtem ko je pitje sadnih ali zelenjavnih sokov bolj značilno za mlajše. Čeprav je uživanje sadja in zelenjave v Sloveniji najvišje prav med starejšimi, le-to še vedno ni v skladu s priporočili. Ker imajo starejši načeloma nižji socialni standard, je možno, da bi se uživanje sadja in zelenjave povečalo z večjo cenovno dostopnostjo, zato bi bilo smiselno razmisliti o tovrstnem ukrepu – še posebej takem, ki bi tudi znotraj te populacijske skupine podprl predvsem najbolj ranljive.

Čeprav je redna in zadostna gibalna aktivnost pri starostnikih ključnega pomena za ohranjanje zdravja in kvalitetnega, predvsem pa samostojnega življenja, raziskave za Slovenijo kažejo, da so kar okoli tri petine starostnikov nad 65 let neaktivne. Z leti se prenehajo gibalno/športno udeleževati predvsem tisti, ki so neredno športno dejavni. Z ustreznimi ukrepi je mogoče ohraniti aktiven življenjski slog prebivalstva skozi vsa življenjska obdobja. Gibalno/športno aktivnost starostnikov v Sloveniji bi lahko izboljšali s ponudbo programov, ki bi bili prilagojeni njihovim potrebam.

Med starejšimi so poleg hoje najbolj priljubljeni športi, ki niso povezani z visokimi stroški, zahtevajo malo časa ter so dostopni širokemu krogu ljudi. Večina starostnikov se s temi športi ukvarja neorganizirano in verjetno je eden od pomembnejših razlogov za to finančni. Športe, s katerimi se starostniki radi ukvarjajo, bi bilo smiselno bolje organizirati. Organizirane dejavnosti imajo namreč vrsto prednosti, posamezniku nudijo strokovno nadzorovan proces, kar naj bi pomenilo tudi večjo varnost, zabavo, rednost in tudi možnost vzpostavljanja novih prijateljskih stikov.

Tako pri moških kot pri ženskah delež debelih in čezmerno prehranjenih s starostjo narašča, delež normalno prehranjenih pa upada. Delež podhranjenih le v skupini starostnikov ponovno naraste na 0,9 %, kar je kljub relativni spremembi deleža vredno posebne pozornosti. Med starostniki, moškimi in ženskami, je čezmerno telesno težkih in debelih dobri dve tretjini. Glede na visok delež starejših, ki imajo prekomeerno telesno težo ali so predebeli, je potrebno razmišljati o vzgoji za zdravo prehrano in telesno dejavnost vse od rojstva dalje. Poleg tega so stroškovno učinkoviti tudi vsi programi dolgotrajnega vzdržnega uravnavanja telesne teže pri starejših odraslih.

Potrebno bo raziskati, kateri so tisti viri, prek katerih starejši poiščejo največ informacij o zdravju in varovalnih dejavnikih za zdravje.

Ključni informatorji, ki se pri svojem delu srečujejo s starejšimi, so kot tri najbolj izpostavljene teme poudarili dostop do zdravstvenih storitev, socialni kapital ter duševno zdravje, pogosto pa se pojavljata tudi problem prehrane in telesne dejavnosti. Na področju prehranske problematike na telesnem nivoju so izpostavljeni slabša prebava, težave z zobmi in slabši tek, medtem ko so na funkcionalnem nivoju prepoznali pomanjkanje denarja za nabavo pestre hrane, omejeno znanje o zdravem načinu prehranjevanja ter osamljenost pri uživanju obrokov. Na področju telesne dejavnosti so kot vodilne ovire navedene zdravstvene težave/bolečine, nemotiviranost in dolgoletna telesna nedejavnost/sedeč življenjski slog starostnikov. Osamljenost, življenjska naveličanost in strah pred umiranjem/smrtjo so vodilni problemi starostnikov, kar zadeva duševno zdravje. Pri dostopnosti do zdravstvenega varstva so izpostavljeni tako otežena fizična kot ekonomska dostopnost ter pomanjkanje socialnih mrež. Pri socialnem kapitalu so ključni informatorji poudarili nekvalitetno medgeneracijsko sodelovanje, upadanje aktivnosti/angažiranosti po upokojitvi ter prav tako pomanjkanje socialnih mrež.

Mnenje slovenskih ključnih informatorjev potrjuje, da so potrebni ukrepi v vseh sektorjih družbe in na vseh področjih. Prednost bi imeli predvsem priprava na starost na individualnem nivoju, izboljšanje finančnega stanja starejših, več angažiranja lokalnih skupnosti pri aktivnem vključevanju starostnikov, vključevanje starejših v procese izobraževanja, spodbujanje zdravega življenjskega sloga kot naložbe za zdravo staranje, razvijanje strpnosti do starostnikov in razumevanje posebnosti starostnikov. Naslednji korak je, upoštevajoč heterogenost te populacije, zaznati potrebe in spoznati stališča slovenskih starostnikov ter ugotoviti njihove ovire in spodbude za zdrav vedenjski slog. Samo z dokazi in podprtimi informacijami bomo kompetentni pri oblikovanju ustreznih in učinkovitih programov promocije zdravja in zdravega staranja, ki bodo upoštevali prave socialne determinante položaja starostnikov in bodo zmanjševali neenakosti v zdravju v tej populacijski skupini. To je ena ključnih bodočih nalog slovenske mreže javnega zdravja.

Kljub temu da vzorec raziskave v segmentu ključnih informatorjev ni bil reprezentativen in je bila stopnja sodelovanja relativno nizka, je eden bistvenih zaključkov, da je treba podobna vprašanja nasloviti tudi na ciljno populacijo starejših samih, zato je bila izvedena tudi kvalitativna raziskava v skupini starejših. Ugotovitve izvedenih sedmih fokusnih skupin, v katerih je sodelovalo 55 starostnikov obeh spolov iz urbanih področij Ljubljane in Maribora ter ruralnih področij Celja, Kranja in Nove Gorice, kažejo na večje razlike med gibalnimi in prehranskimi navadami starostnikov glede na urbaniziranost okolja ter manjše razlike med gibalnimi in prehranskimi navadami starostnikov po spolu znotraj istega okolja, bodisi urbanega ali ruralnega. Vodilne razlike pri prehrani med okoljema so v načinu življenja in v socialno-psiholoških dejavnikih. V odnosu do gibanja, pomenu gibanja ter spodbudah se starostniki iz obeh okolij prav tako ne razlikujejo veliko, medtem ko smo pri ovirah za gibanje ugotovili pomembno razliko – miselnost okolja. Med spoloma je glede oblike gibanja pomembna razlika, in sicer starejšim moškim so bolj blizu individualne - neorganizirane oblike gibanja ali gibanje v manjših skupinah znanih ljudi - vrstnikov, medtem ko je starejšim ženskam bližja skupinska – organizirana vadba z vrstnicami. Razlike med spoloma znotraj istega okolja ugotavljamo pri pripravljanju hrane ter pri vnosu tekočin. V urbanem okolju je mogoče opaziti večjo stopnjo informiranosti o pomenu ustreznega prehranjevanja in gibanja za zdravje.

Ugotovitve izvedenih fokusnih skupin bi lahko upoštevali pri oblikovanju ustreznih programov promocije zdravega prehranjevanja in gibanja za zdravje pri starostnikih obeh spolov v različnih okoljih. Zbrani podatki ponujajo tudi dovolj možnosti, da se programi lahko pripravijo usmerjeno v posamezne socialno-ekonomske skupine znotraj te populacije. Apelirati bo potrebno na lokalne oblasti (občinske organe) glede izboljšanja infrastrukturnih možnosti za gibanje, predvsem v urbanem okolju. Ugotovitve bi lahko koristile tudi društvom, združenjem in ostalim NVO, ki se pri svojem delu srečajo s starostniki.

Zbrani pregled stanja sam od sebe ponuja nasledno nalogo – pripravo smernic za bolj učinkovito delo pri izboljševanju prehrane in gibanja pri starejših v Sloveniji in uporabo zbranih podatkov pri pripravi prehranske politike za Slovenijo za naslednje obdobje. Predlog smenic naj bi služil kot dobra osnova za medsektorsko in širšo razpravo, kar bi vodilo v sprejem smernic za delo na obeh omenjenih področjih v Sloveniji. V pripravo smernic ali vsaj razpravo o le-teh bi bilo nujno vključiti predstavnike društev, združenj in NVO, ki so dnevno v stiku s starostniki, poznajo njihov način življenja ter učinkovite komunikacijske poti.

Prav tako bo v prihodnosti treba več pozornosti usmeriti v raziskovanje drugih področij življenja starostnikov, ki so enako ali še bolj pereča, kot sta prehranske navade in telesna dejavnost. Področja bi analizirali tako s kvantitativnim kot tudi kvalitativnim pristopom, ki bi vključeval starostnike same. Raziskovanje samo pa naj bo še bolj usmerjeno v socialne determinante zdravja in prepoznavanje mehanizmov, ki bi pripomogli k zmanjševanju neenakosti v zdravju in kvaliteti življenja tako znotraj skupine starostnikov kot tudi te skupine v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami v Sloveniji.

5. Viri

Adam F, Rončević B, Tomšič M. (pridobljeno 28. 10. 2009). Socialni kapital - za SRS. <http://www.slovenijajutri.gov.si/fileadmin/urednik/dokumenti/sockap.pdf>

AHA. (2007). Physical Activity and Public health in Older Adults: recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*; 116:1094-1105. Pridobljeno 3. julija 2009 s spletne strani <http://circ.ahajournals.org>

Albreht T. (2006). Healthy Ageing – projekt in izziv za javno zdravje ter za politiko zdravja v Evropski uniji. Zbornik strokovnih prispevkov 4. srečanja v Pekrah pri Mariboru, »Zdravo staranje - iluzija ali realnost«, Zavod za zdravstveno varstvo Maribor.

Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *HP International*; V11:1:11-18.

Ažman D. (2004). Gibalno-športna aktivnost starejših ljudi – stanje v Sloveniji, povodi in ovire zanjo skozi presek mednarodnih raziskav. Zbornik strokovnih prispevkov 2. srečanja v Pekrah pri Mariboru »Vzpodbude in ovire za zdrav življenjski slog s poudarkom na prehrani in gibanju«. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor.

B. Belović, G. Toth. (2004). Živimo zdravo, Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota.

Berčič H, Sila B. (2007). Ukvarjanje prebivalstva Slovenije s posameznimi športnimi zvrstmi. Šport – revija za teoretična in praktična vprašanja športa; 55 Priloga 3: 17-26.

Booth ML, Bauman A, Owen N. (2002). Perceived barriers to physical activity among older Australians. *Journal of Aging and Physical Activity*;10 (3):271-280.

Brown ER. (1991) Community action for health promotion: a strategy to empower individuals and communities. *Int J Health Serv*; 21(3):441-56.

Brown J. E. (2005). *Nutrition Through the Life Cycle*. 2. izdaja. Thomson – Warsworth.

Cerović Ognjen et al. (2008) Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Chang M, Leveille S, Cohen-Mansfield J, Guralnik JM. (2003). The association of physical performance level with attitude toward exercise in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*;11(2), 254-264.

Cohen-Mansfield J, Marx MS, Guralnik JM. (2003). Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population. *Journal of Aging and Physical Activity*;11(2), 242-253.

DeGolia AP. (2007). An alternative view of health promotion and disease prevention in eldercare in *Health Promotion And Disease Prevention: a handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers: stability pact for SouthEastern Europe*. Lage: Hans Jacobs Publishing Company. p. 711-722.

Delovna skupina za pripravo "Referenčnih vrednosti za vnos hranil". (2004). Referenčne vrednosti za vnos hranil (prevod in priredba iz nemškega jezika). 1. izdaja. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Nemško prehransko društvo (DGE); Avstrijsko prehransko društvo (ÖGE); Švicarsko društvo za raziskovanje prehrane (SGE) in Švicarsko združenje za prehrano (SVE).

DiPietro, L. (2001). Physical Activity in Aging: Changes in Patterns and Their Relationship to Health and Function. *Journals of Gerontology: Series, Vol. 56A (Special Issue II)*:13-22.

Doupona Topič, M., Sila, B. (2007). Oblike in načini športne aktivnosti v povezavi s socialno stratifikacijo. Šport – revija za teoretična in praktična vprašanja športa; 55 Priloga 3: 12-16.

Drewnowski A, Monsen E, Birkett D et al. (2003). Health Screening and Health Promotion Programs for the elderly. *Disease Management & Health Outcomes*, 11(5): 299-309.

Drewnowski, A., Evans, J. W. (so-ur) (2001). Nutrition, Physical Activity, and Quality of life in Older Adults: Summary. *Journals of Gerontology: Series, Vol. 65A (Special Issue II):89-94.*

Ebrahim S, Williams J. (1992). Assessing the effects of health promotion programme for elderly people. *Journal of Public Health*; 14(2):199-205.

EHIS (2007). Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2009). Interim forecast, January 2009. Brussels, European Commission (pridobljeno 28.10.2009).
http://ec.europa.eu/economy_finance/pdf/2009/interimforecastjanuary/interim_forecast_jan_2009_en.pdf

Farrell L. M., Nicoteri J. A. L. (2001). Nutrition. Thorofare: Slack.

Fernandez-Ballesteros R. (2005). Evaluation of »Vital Aging-M«: A Psychosocial Program for Promoting Optimal Aging. *European Psychologist*, 10 (2):146-156.

Gabrijelčič Blenkuš, M., Gregorič, M., Tivadar, B., Koch, V., Kostanjevec, S., Fajdiga Turk, V., Žalar, A., Lavtar, D., Kuhar, D., Rozman, U. (2009). Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja, Ljubljana, Pedagoška fakulteta.

Govc Eržen, J. (2009). Srčno-žilna preventiva v osnovni zdravstveni dejavnosti. V: Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v osmih letih? : Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa preventive srčno-žilnih bolezni 2009 (ur.: Sanja Vrbovšek, Nedeljka Luznar, Jožica Maučec Zakotnik). Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, str. 54–57.

Healthproelderly. (pridobljeno 28. 10. 2009). Na dokazih utemeljene smernice za promocijo zdravja starostnikov. [HYPERLINK "http://www.healthproelderly.com"](http://www.healthproelderly.com) www.healthproelderly.com

Healthy Ageing Project (pridobljeno 28. 10. 2009). Project Report. <http://www.eurohealthnet.eu/images/healthy-ageing-in-europe.pdf>

Healthy People 2010. Nchs page. (pridobljeno 28. 12. 2009). Available from: [HYPERLINK "http://www.cdc.gov/nchs/hphome.htm"](http://www.cdc.gov/nchs/hphome.htm) www.cdc.gov/nchs/hphome.htm

Hlebec V. (2006). Družina in drugi viri socialne opore – spremenjena vloga družine. Zbornik 2. dnevov javnega zdravja »Izzivi staranja«, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

I-chuan Li. (2004). The Effectiveness of a Health Promotion Program for the Low-Income Elderly in Taipei, Taiwan. *Journal of Community Health*; 29(6):511-525.

Insel, Turner, Ross (2004). Nutrition. 2nd ed. London: Jones and Bartlett.

Inštitut za varovanje zdravja RS. Izobraževanje iz promocije zdravja 2006, zbornik srečanja. http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke//1180-zbornik_Cap_build.pdf

Kannel WB, McGee DL. (1979). Diabetes and cardiovascular disease. The Farmingham Study. *JAMA*; 241:2035-8.

Kersnik M. (2005). Revščina in socialna izključenost ter njun vpliv na zdravje. Zbornik strokovnih prispevkov 3. srečanja v Pekrah pri Mariboru, »Vpliv revščine, soc. izolacije in marginalizacije na zdravje prebivalstva«, Zavod za zdravstveno varstvo Maribor.

Klemenčič S., Hlebec V. 2007. Fokusne skupine kot metoda presojanja in razvijanja kakovosti izobraževanja. Ljubljana, Andragoški center Slovenije: 68 str.

Koželj Levičnik I. 2006. Socialne mreže v starosti. V: Izzivi staranja, strokovno srečanje. Drugi dnevi javnega zdravja, IVZ RS.

Krajnc A. (2006). Samopodoba starostnika. Zbornik 2. dnevv javnega zdravja »Izzivi staranja«, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana.

Krueger R.A, Casey M. A. 2000. Focus groups: A practical guide for applied research. 3rd ed. London, Thousand Oaks; New Delhi, Sage: 215 str.

Kump S, Jelenc-Krašovec S. Izobraževanje – možni dejavnik krepitve moči in vpliva starejših odraslih. Družboslovne razprave, XXI (2005), 49/50: 243-261.

Lobe B. (2006). Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih metod - stara praksa v novi preobleki? Družboslovne razprave, XXII, 53: 55-73.

Mann J, Truswell SA. (2002). Essentials of Human Nutrition. Oxford University Press.

Masleša, S. (2006). Ponudba športnih programov za osebe v tretjem obdobju življenja na slovenski obali. Diplomaska naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

McGandy RB. et all (1966). Nutrients intakes and energy expenditure in men of diffeent ages, J gerontol, 21, 581-7.

MDDSZ (2006). Strategija varstva starejših do leta 2010 - solidarnost, sožitje in kakovotno staranje prebivalstva.
http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/strategija_varstva_starejsih_splet_041006.pdf

Mesec B. (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana, Visoka šola za socialno delo: 470 str.

Ministrstvo za zdravje. (2010). Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni –strategija razvoja 2010–2020. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Minkler M. (1992). Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. Int J Health Serv 22(2):303-16.

Nainggolan, L., Vega C.P. (2009) Walking Speed Predicts CV Mortality in Older People. Prisobljeno 25. 11. 2009 s spletne strani <http://cme.medscape.com/viewarticle/712403>

Older Adults and Mental Health (pridobljeno 28. 10. 2009).
<http://mentalhealth.samhsa.gov/features/surgeongeneralreport/chapter5/sec1.asp>

Pertot N. (2008). Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje. Ljubljana: Statistični urad RS.

Pokorn D. (1997). Prehrana v starosti. Dodajmo življenje letom. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.

Pokorn D. (2001). Oris zdrave prehrane. Priporočena prehrana. Zdrav Var; 40 (S): 13-44.

Preparation and use of food-based dietary guidelines. (1998). Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization.

Project (pridobljeno 28. 10. 2009): Health promotion for community-dwelling elderly: pros and cons of a preventive health centre for the elderly
<http://www.onderzoekinformatie.nl/nl/oi/nod/onderzoek/OND1326289/print>

Radecki SE, Cowell WG. (1990). Health promotion for elderly patients. *Fam Med*; 22(4):299-302.

Rak. Pridobljeno 20.11.2009 s spletne strani:
http://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/index.html

Ramovš J. (2003). *Kakovostna starost, socialna gerontologija in gerontagogika*, Inštitut Antona Trstenjaka in SAZU, Ljubljana.

Ramovš J. (pridobljeno: 28.12.2009)
Gibanje http://www.mavrica.net/gibanje_clanek_482.html

Robertson A., Tirado C., Lobstein T. et al. (2004). *Food and Health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen: WHO Regional Publications.

Silverman D (2006). *Interpreting qualitative data - methods for analysing talk, text and interaction*. 3rd edition. SAGE Publications, London.

Skup. avtorjev. (2009). *Zdravila in mladostnik*. Ljubljana: Slovensko farmacevtsko društvo, Sekcija farmacevtov javnih lekarn.

Stahl T, Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo Kimmo. *Health in all policies - Perspectives and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health Finland 2006.

Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D and the Multiple Riska Factor Intervention Trial Group (1993). Diabetes, other risk factors and 12 year cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Riska Factor Intervention Trial. *Diabetes Care*; 16:434-44.

Stanojević-Jerković O, Gabrijelčič-Blenkuš M. (2006). *Vodnik za zdravo staranje (s poudarkom na prehrani in gibanju)*. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor in Mestna občina Maribor. Tisk: Grafiti studio.

Starc, G., Sila, B. (2007). Ura športa na dan prežene vse težave stran: tedenska športna dejavnost odraslih v Sloveniji. *Šport – revija za teoretična in praktična vprašanja športa*; 55 Priloga 3: 27-36.

Step to health. (2007). *A European Framework to promote physical activity for health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

SURS. (2008). *Prebivalstvo Slovenije se stara – potrebno je medgeneracijsko sožitje*. Statistični urad Republike Slovenije, Ljubljana.

Svetičič J, Marušič A, Kravanja M. (2006). Slovenija z najvišjim količnikom samomorov med starejšimi na svetu. *Zbornik strokovnih prispevkov 4. srečanja v Pekrah pri Mariboru, »Zdravo staranje - iluzija ali realnost«*, Zavod za zdravstveno varstvo Maribor.

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

Telesna dejavnost in zdravje v Evropi: dokazno gradivo za ukrepanje. (2006). WHO, Zavod za zdravstveno varstvo Maribor, Center za spremljanje zdravstvenega varstva prebivalstva in promocijo zdravja.

The world health report 2000. (2002). *Health systems: improving performance*. World Health Organization, Geneva.

- Vainio H., Bianchini F. (2003). Fruit and Vegetables. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Lyon: World Health Organization. IARC Press.
- Videmšek, M. Cvetković, J., Mlinar, S., Meško, M., Štihec, J., Karpljuk, D. (2008). Analiza gibalne dejavnosti in zdravstvenih težav oseb po 65. letu starosti v Sloveniji. Šport (Ljubljana), let. 56, št. 3/4, str. 38-42.
- Wallace LS. (2004). The impact of Limited Literacy on Health Promotion in the Elderly. Californian Journal of Health Promotion; 2(3):1-4.
- Whitney E. N., Cataldo C. B., Rolfes S. R. (2002). Understanding Normal and Clinical Nutrition. 6th ed. Belmont: Wadsworth. Thomson Learning.
- Whitney E. N., Cataldo C. B., Rolfes S. R. (2002). Understanding normal and clinical nutrition, 6th ed. Wadsworth – Thomson Learning.
- WHO (1985). Energy and protein requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Geneva: WHO TRS. World Health Organization.
- WHO (1986). The Ottawa charter for health promotion.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf <27. 7. 2008>
- WHO (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO TRS 916. WHO, Copenhagen.
- WHO (2007). Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. WHO TRS 935. Geneva, Switzerland.
- WHO (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary. Geneva: WHO.
- WHO (2008). Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health, Commission on social determinants of health FINAL REPORT, WHO Geneva.
- Wingard DL, Barrett-Conner E. (1995). Heart disease and diabetes. In: Diabetes in America. NIDDM, NIH pub. No. 59-1468. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Zakotnik Maučec, J., Zaletel Kragelj L., Vegnuti M., Fras Z., Djomba JK. (2010). Dejavniki tveganja in učinkovitosti procesa. Izsledki raziskav 1990/1991, 1996/1997, 2002/2003.
http://cindi-slovenija.net/index.php?option=com_content&task=view&id=249&Itemid=137 (marec 2010).
- Zaletel Kragelj, L., Fras, Z., Maučec - Zakotnik, J. (2004). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatere zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2001. Ljubljana, CINDI Slovenija.
- Zaletel Kragelj L, Eržen I, Premik M. (2007) Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta v Ljubljani.
- Zaletel-Kragelj L., Fras Z., Maučec Zakotnik J. (2004). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatere zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana: CINDI Slovenija.
- Završnik, J., Pišot, R., urednika. (2005). Gibalna/športna aktivnost za zdravje mladostnikov. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave, Založba Annales.

Priloga 1: Vprašalnik za ključne informatorje

Vprašalnik za ključne informatorje na temo staranja

Spoštovani!

Glede na vaši področje dela in izkušnje, ki jih imate pri delu s starejšimi odraslimi, smo vas izbrali kot ključnega informatorja. Vljudno vas prosimo, da odgovorite na spodnji vprašalnik. Vsak vaš odgovor je zelo dragocen!

I. Splošni del

Spodaj so naštet SPLOŠNE KLJUČNE TEME, povezane s starejšimi odraslimi danes. Prosimo, razporedite jih od 1 do 10 (1 je najbolj pomembna tema, 10 je najmanj pomembna tema), **glede na pomembnost po vaši presoji:**

1. dostop do zdravstvenih storitev _____
2. duševno zdravje (demenca, depresija, samomori..) _____
3. intervencije v okolju (arhitektonske, fizične ovire) _____
4. prehrana _____
5. telesna nedejavnost _____
6. preprečevanje poškodb _____
7. socialni kapital (aktiven starejši odrasli, vključenost v družbo, ...) _____
8. upokojevanje in faza pred upokojevanjem _____
9. (zlo)raba zdravil in s tem povezani problemi _____
10. pretirano uživanje alkohola _____

Če menite, da kakšne teme nismo upoštevali, vas vljudno prosimo, da jo dodate spodaj:

11. drugo _____

Veseli bomo vsakega vašega komentarja:

II. Posebni del, usmerjen v posamezne probleme zdravega življenjskega sloga starejših odraslih:

2. Spodaj so naštet TEME S PODROČJA PREHRANE (na telesnem nivoju), povezane s starejšimi odraslimi danes. Prosimo, razporedite jih od 1 do 5 (1 je najbolj pomembna tema, 5 je najmanj pomembna tema) **glede na pomembnost po vaši presoji:**

1. hrana starejšim odraslim ne tekne več tako kot včasih _____
2. težave z zobmi jim preprečujejo uživanje pestre mešane prehrane _____
3. slabša prebava (žvečenje, požiranje, zmanjšana sekrecijska funkcija želodca, peristaltika črevesja) _____
4. stranski učinki zdravil negativno vplivajo na apetit starejših _____
5. zaradi posameznih bolezni se ne prehranjujejo kvalitetno _____

Če menite, da kakšne teme nismo upoštevali, vas vljudno prosimo, da jo dodate spodaj:
6.drugo _____

Veseli bomo vsakega vašega komentarja:

3. Spodaj so našteje TEME S PODROČJA PREHRANE (na funkcionalnem nivoju), povezane s starejšimi odraslimi danes. Prosimo, razporedite jih od 1 do 5 (1 je najbolj pomembna tema, 5 je najmanj pomembna tema), **glede na pomembnost po vaši presoji**:

1. starejši imajo omejeno znanje o zdravi prehrani _____
2. večinoma jedo obroke osamljeni _____
3. s težavo si nabavljajo hrano _____
4. s težavo si pripravljajo hrano _____
5. primanjkuje jim denarja za nabavo kvalitetne pestre mešane prehrane _____

Če menite, da kakšne teme nismo upoštevali, vas vljudno prosimo, da jo dodate spodaj:
6.drugo _____

Veseli bomo vsakega vašega komentarja:

4. Spodaj so našteje TEME S PODROČJA TELESNE DEJAVNOSTI, povezane s starejšimi odraslimi danes. Prosimo, razporedite jih od 1 do 10 (1 je najbolj pomembna tema, 10 je najmanj pomembna tema), **glede na pomembnost za starejših odraslih po vaši presoji**:

1. navajajo zdravstvene težave/bolečine, utrujenost - kot ovire za tel. dejavnost _____
2. nemotivirani so za redno telesno dejavnost _____
3. dolgoletna telesna nedejavnost / pretežno sedeč življenjski stil _____
4. motijo jih slabe vremenske razmere _____
5. imajo odpor do telesne dejavnosti _____
6. primanjkuje jim časa za telesno dejavnost _____
7. nimajo ustrezne družbe za telesno dejavnost _____
8. miselnost: »prestar/a sem za gibanje« _____
9. nimajo dostopnosti do njim primerne organizirane vadbe _____
10. starejši odrasli imajo omenjeno znanje o koristnosti tel. dejavnosti za zdravje _____

Če menite, da kakšne teme nismo upoštevali, vas vljudno prosimo, da jo dodate spodaj:
11. drugo _____

Veseli bomo vsakega vašega komentarja:

5. Spodaj so našteje TEME S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA, povezane s starejšimi odraslimi danes. Prosim, razporedite jih od 1 do 9 (1 je najbolj pomembna tema, 9 je najmanj pomembna tema) **glede pomembnosti pri starejših odraslih po vaši presoji**

1. osamljenost _____
2. dolgčas _____
3. občutek zavoženosti življenja/nezadovoljstvo z življenjem _____
4. občutek krivde in obremenjenost z iskanjem sprave v domačem okolju _____
5. obremenjenost z iskanjem smisla življenja _____
6. življenjska naveličanost _____
7. bojazen pred višjo starostjo _____
8. strah pred umiranjem in smrtjo _____
9. razmišljanje o posmrtnem življenju _____

Če menite, da kakšne teme nismo upoštevali, vas vljudo prosimo, da jo dodate spodaj:

10. drugo _____

Veseli bomo vsakega vašega komentarja:

III. Stereotipi o starosti (in kako bi lahko te stereotipe presegli s ciljem povečevanja možnosti zdravega staranja).

6. Prosim, razporedite jih od 1 do 6 **glede njihov negativni vpliv na zdravo staranje v našem okolju, po vaši presoji** (1 je najbolj negativen vpliv, 6 je najmanj negativen vpliv):

1. Večina starejših je slabotnih in bolehnih _____
2. Starejši so večinoma zmedeni, senilni in sklerotični _____
3. Večina starejših ljudi je osamljenih in izoliranih _____
4. Večina starejših je revnih, so finančno breme za družbo in so neproduktivni _____
5. Starejši so trmoglavni, nazadnjaški, neuvidevni, skopuški. _____
6. Starejši ljudje živijo le od preteklosti _____

Če menite, da kakšne teme nismo upoštevali, vas vljudo prosimo, da jo dodate spodaj:

7. drugo _____

Veseli bomo vsakega vašega komentarja:

IV. Dostopnost do zdravstvenega varstva.

7. Prosim, razporedite spodaj navedene teme od 1 do 6 (1 je najbolj pomembna tema, 6 je najmanj pomembna tema), **glede pomembnosti pri starejših odraslih po vaši presoji**:

1. imajo težave s fizično dostopnostjo (npr. oddaljenost ambulant) _____
2. otežena jim je ekonomska dostopnost (finančne ovire – plačilo zdravil, prevoznih stroškov, ...)
3. pomanjkanje zdravstvenih kadrov oziroma kapacitet v njihovem okolju _____
4. motijo jih komplicirani administrativni postopki _____
5. nimajo možnosti zadostnih stikov z ljudmi, ki bi jim fizično pomagali do zdravstvenih storitev/varstva (pomanjkanje socialnih mrež) _____
6. ovirajo jih kulturne razlike _____

Če menite, da kakšne teme nismo upoštevali, vas vljudno prosimo, da jo dodate spodaj:

7. drugo _____

Veseli bomo vsakega vašega komentarja:

V. Socialna vključenost (socialni kapital, upokojevanje)

Upokojevanje in problemi ob upokojitvi.

8. Prosimo, razporedite spodaj našete teme od 1 do 4 (1 je najbolj pomembna tema, 4 je najmanj pomembna tema) **glede pomembnosti za starostnike po vaši presoji:**

1. poslabšanje ekonomskega statusa _____
2. upadanje občutka lastne vrednosti (delo ni več smisel življenja) _____
3. zmanjševanje socialnih stikov (upadanje količine stikov z ljudmi iz okolice) _____
4. zmanjšana racionalnost izrabe časa (nekoristna poraba časa) _____

Če menite, da kakšne teme nismo upoštevali, vas vljudno prosimo, da jo dodate spodaj:

5. drugo _____

Veseli bomo vsakega vašega komentarja:

Socialni kapital.

9. Prosimo, razporedite spodaj navedene teme od 1 do 5 (1 je najbolj pomembna tema, 5 je najmanj pomembna tema) **glede pomembnosti za starostnike po vaši presoji:**

1. upadanje aktivnosti/angažiranosti starejših po upokojitvi _____
2. nesodelovanje pri odločanju v lokalni skupnosti/družini _____
3. prekinitev izobraževanja v smislu vseživljenjskega učenja _____
4. nekvalitetno med-generacijsko sodelovanje (pomanjkljivi kvalitetni odnosi z vsemi generacijami v družini) _____
5. pomanjkanje oziroma zmanjševanje socialnih mrež (npr. stiki sorodniki, prijatelji, sosedi) _____

Če menite, da kakšne teme nismo upoštevali, vas vljudno prosimo, da jo dodate spodaj:

6. drugo _____

Veseli bomo vsakega vašega komentarja:

VI. Zanima nas tudi vaše mnenje

10. Kateri so, po vašem mnenju, **ključni nivoji delovanja** za izboljšanje stanja. Prosim, navedite:

11. Katere so, po vašem mnenju **ključni ukrepi in aktivnosti** za izboljšanje stanja. Prosim, navedite:

Vaše sporočilo na koncu: _____

Najlepša hvala za sodelovanje!

Priloga 2: Protokol za izvedbo razgovorov v fokusnih skupinah

FOKUSNA SKUPINA – Prehrana in gibanje pri starejših

UVOD (5 minut):

Najprej bi se vsem rad/a zahvalil/a za pripravljenost, da ste danes prišli sem in ste nam pripravljeni pomagati pri raziskavi.

Po izobrazbi sem _____, moj/a sodelavec/ka _____ je _____. Delava na _____. Sodelujeva v programih za **promocijo zdrave prehrane**, gibanja in normalne telesne teže. To, kar se bomo danes pogovarjali, nama bo pomagalo pri razumevanju prehranskih navad starejših.

Glavni cilj današnjega srečanja je, da nama pomagate razumeti:

- Kako razmišljate o prehrani in o gibanju,
- Kako se prehranujete in gibljete,
- Kaj vas ovira in spodbuja pri zdravem prehranjevanju in gibanju,
- Kako vam okolje omogoča zdravo prehranjevanje in gibanje.

Držali se bomo tudi nekaj skupnih pravil:

- Vse, o čemer govorimo tukaj, **ostane med nami** in ne gre iz te sobe.
- Popolna anonimnost v nalogi z izjemo osnovnih demografskih podatkov
- Vsak ima **pravico do govorjenja**, vendar **naenkrat govori le eden**.
- Ves čas razgovora bova **nepristranski/a**, zanimala naju bo vaša pripoved, vaše mnenje..
- Govorimo **tako o pozitivnih kot negativnih straneh, ni pravih ali nepravilnih odgovorov**, tu so le vaša mnenja, ki so vsa pomembna, to pa ne pomeni, da se moramo vsi o nečem strinjati.
- Če želite **karkoli povedati, kar ni direkten odgovor na moje vprašanje, seveda**.
- **Govorite drug z drugim**, ne samo z menoj.

Predvidoma bomo končali **v roku največ ure in pol**.

V rokah imam **zapiske**, tako da ne bom pozabila kakšnega pomembnega vprašanja. Naš pogovor **bi rada snemala**, kajti vsega ne bova uspela/i zapisati, želiva pa pravilno povzeti današnji pogovor, kajti le tako bova lahko iz pogovora izluščili vse potrebno za našo raziskavo. **Upam, da se s tem strinjate**.

Na koncu pa vas bom zaprosila, da izpolnite **kratek vprašalnik**, ki vsebuje nekaj osnovnih vprašanj o udeležencih.

Imate morda še kakšno dodatno vprašanje?

PREDSTAVITEV (10 minut):

Pa začnimo. Najprej vas prosim, da se predstavimo. Povejte svoje ime in s čim se trenutno največ ukvarjate?

MOŽNI DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA NASTANEK PREHRANSKIH PROBLEMOV PRI STAREJŠIH

Socialni in psihološki dejavniki

- Lahko opišete, kako izgleda vaše prehranjevanje čez dan?
- Kaj vpliva na to, kaj boste jedli?

Podvprašanje: Kako je pa kaj z družbo, z nabavo, z veseljem do prehranjevanja ...?

Spraševalec oblikuje podvprašanja tako, da se odgovori nanašajo na spodaj navedene vsebine:

1. Osamljenost in depresija, pomanjkanje občutka »koristnosti«
2. Socialna izolacija, šibko socialno omrežje
3. Občutek prikrajšanosti
4. Izguba zanimanja za hrano in pripravljanje in kuhanje hrane, težave pri nabavi hrane (oddaljenost, cena, razumevanje deklaracij in novosti, ...)
5. Motnje spomina in kognitivnih funkcij, odvisnost od pomoči
6. Muhavost, svojeglavost

Fiziološki dejavniki

- Navadno se s starostjo spreminja delovanje našega telesa. Ali lahko opišete svoje izkušnje, kaj se dogaja, da se spreminjajo vaše prehranske navade? Pri kateri hrani (OH, B, M, sadje in zelenjava, voda, sol...)?

Spraševalec oblikuje podvprašanja tako, da se odgovori nanašajo na spodaj navedene vsebine:

1. Zmanjšanje okusa in vonja, zmanjšanje apetita in žeje
2. Slabše žvečenje (patologija zobovja in ustne votline s protetiko),
3. Težave pri požiranju
4. Zmanjšanje pretoka sline in zmanjšana sekrecija želodca (hipoacidnost) z upočasnjeno peristaltiko črevesja in zmanjšanjem prebavnih sokov v celotnem GIT (zaprtje)
4. Oslabljen vid in sluh
5. Poslabšanje koordinacije roka – usta
6. Restriktivne diete (*te teme se dotaknemo čisto na koncu*)

Patofiziološki dejavniki

- Navadno s starostjo prihaja do nekaterih bolezni, zaradi katerih je potrebno redno jemati zdravila. Lahko opišete kakšno svojo izkušnjo? V povezavi s katero hrano se zaradi tega pojavljajo težave (OH, B, M, sadje in zelenjava, voda, sol...)?

Spraševalec oblikuje podvprašanja tako, da se odgovori nanašajo na spodaj navedene vsebine:

Stranski učinki zdravil (anoreksija, slabost, spremenjen okus, interakcije med hrano in zdravili).

UPOŠTEVANJE PRIPOROČIL ZDRAVE PREHRANE

- **Kaj je za vas zdrava prehrana?**
- **Kako vi razmišljate o priporočilih za zdravo prehranjevanje?**

Podvprašanje: Kaj veste o priporočilih glede vode, soli...?

Spraševalec oblikuje podvprašanja tako, da se odgovori nanašajo na spodaj navedene vsebine:

1. energijsko in hranilno uravnotežena pestra mešana prehrana, prednost imajo živila rastlinskega izvora,
2. več manjših, pogostejših dnevnih obrokov v primernih časovnih razmakih, pomen zajtrka,
3. energijska gostota hrane največ 1,5 do 2 kcal/ml,
4. dovolj dietnih vlaknin (sadja in zelenjave),
5. zadosten vnos tekočin,
6. ogljikohidratna živila z nizkim glikemičnim indeksom,
7. mineralno vitaminski dodatki glede na potrebe.

- **Kaj bi vas privedlo do tega, da bi jih začeli upoštevati?**
- **Kaj vas ovira, da jih ne upoštevate?**
- **Kako priporočila upoštevate, ko nakupujete hrano, ko ste v trgovini...?**

GIBANJE

- **Kakšen je vaš odnos do gibanja?**
- **Zdaj pa me zanima še kaj si mislite o gibanju. Tu nimam v mislih samo športa, ampak tudi intenzivno hojo (npr. po stopnicah), delo na vrtu, kolesarjenje, delo okrog hiše in podobno.**

Podvprašanja:

- **Koliko časa** na dan se gibljete na te načine?
- Kaj vas ovira, da se ne gibate več?
- Kaj bi se moralo **spremeniti**, da bi gibanju posvetili več časa?
- Kako vpliva vreme na vaše gibanje?

- **Pravijo, da se z leti pojavljajo različni razlogi, ki lahko omejujejo gibanje. Kaj pravite na to?**

Spraševalec oblikuje podvprašanja tako, da se odgovori nanašajo na spodaj navedene vsebine:

Zdravstvene težave/ bolečine

Nemotiviranost

Dolgoletna telesna nedejavnost, pretežno sedeč življenjski stil

Občutljivost na vremenske razmere

Odpor

Pomanjkanje časa

Pomanjkanje ustrezne družbe

Občutek, da so prestari

Pomanjkanje dostopnosti do ustrezne vadbe (časovno, prostorsko, cenovno)

Pomanjkanje znanja, nepoznavanje pomena

POVZETEK

Povem nekaj besed – smo kaj pozabili, naj vsakdo še pove nekaj besed na temo današnjega pogovora.

ZAKLJUČEK

Najlepše se vam zahvaljujem za vašo pripravljenost sodelovati.

Če želite, si lahko vzamete nekatere **naše materiale** na temo prehrane in gibanja.

Demografski vprašalnik fokusne skupine za raziskavo Prehrana starejših:

Današnji datum: _____ Oznaka skupine: _____

1) Katerega leta ste rojeni: _____

2) Spol: M Ž

3) Kje živite? Prosimo, navedite ime kraja: _____

4) Koliko članov skupaj z vami trenutno šteje vaše gospodinjstvo?
Prosimo, navedite številko: _____

5) S kom trenutno živite? (Prosimo, obkrožite vse, ki pridejo v poštev)

1. živim sam/sama
2. starši, tast/tašča
3. bratje/sestre
4. partner/partnerka
5. lastni otroci, koliko? _____
6. zet/snaha
7. svak/svakinja
8. vnuki
9. drugi sorodniki
10. nekdo drug? Prosimo, napišite kdo _____

6) Prosimo, obkrožite zadnjo šolo, ki ste jo končali:

1. osnovna šola ali manj
2. dvo, dvo in pol ali triletna poklicna šola
3. štiriletna srednja šola
4. dvoletna višja šola
5. visoka strokovna šola, fakulteta ali več

8) Prosimo, navedite svoj poklic: _____

10) Kako ocenjujete svoj sedANJI standard? Prosimo, ocenite s številčno lestvico.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 = *podpovprečen*

10 = *nadpovprečen*

JEDILNIK VČERAJŠNJEGA DNE (menim, da bi ga vključili v pilotno izvedbo)

Prosimo, čim bolj natančno napišite, **kaj ste jedli včeraj**:

Včeraj je bil/a: _____ (prosimo, vpišite dan v tednu)

Za zajtrk:

Za kosilo:

Za večerjo:

Med obroki:

Za dopoldansko malico:

Za popoldansko malico:

Za povečerek:

Dodatni vmesni prigrizki:

Prosimo, vpišite vsa živila, tudi sladkarije, in vse napitke, vključno z vodo.

Najlepša hvala za vaše sodelovanje!



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA REPUBLIKE SLOVENIJE

Dostopno na spletni strani www.ivz.si

