

**DUŠEVNO ZDRAVJE IN DESTIGMATIZACIJA  
STAREJŠIH**  
Zbornik prispevkov srečanja

Ljubljana, 2025

Strokovno srečanje  
*»Duševno zdravje in destigmatizacija starejših«*  
Zbornik prispevkov srečanja

Kraj in čas dogodka: Spletno srečanje, 17. oktober, 2024

Urednice: Andreja Mezinec, Monika Robnik Levart, Olivera  
Stanojević Jerković, Mojca Gabrijelčič Blenkuš

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2025

Elektronska izdaja:

Spletna stran: <https://nijz.si/>

**Za vsebino posameznega prispevka so odgovorni njegovi avtorji.**

**Gradivo ni lektorirano.**

Zaščita dokumenta © 2025 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorja. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko pravno in kazensko zakonodajo.

---

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 220968963

ISBN 978-961-7211-54-2 (PDF)

## KAZALO

1	UVOD .....	1
2	NAMEN SREČANJA.....	2
3	PRISPEVKI.....	3
3.1	Staranje, dolgoživost in starizem.....	3
3.2	Preventivni programi za ohranjanje duševnega zdravja starejših.....	10
3.3	Destigmatizacija in WHO QualityRights: povezava med človekovimi pravicami in zmanjševanjem stigme.....	12
3.4	Vpliv tehnologije in grajenega okolja na duševno zdravje starejših odraslih.....	19
3.5	Duševno zdravje starejših - depresija kot prezrta motnja.....	21
3.6	Stiske in duševno zdravje svojcev ob skrbi za starejše .....	24
3.7	Duševno zdravje starejših in stigma .....	27
3.8	Podpora starejšim skozi program Starejši za starejše .....	32
3.9	Kako lahko izboljšujemo duševno zdravje starejših v lokalni skupnosti?.....	37
4	PRESEČIŠČA IN REFLEKSIJA .....	47
5	ZAKLJUČEK .....	50
6	PRILOGE .....	51
6.1	Ostale informacije .....	51
6.2	Koristne povezave .....	53

## ZAHVALA

Zavedanje, da le skupaj lahko naredimo več, je izrednega pomena, zato se člani skupine Javno zdravje v medsektorskih politikah (JZvMSP) na temo aktivnega in zdravega staranja (AZS) vsem skupaj najlepše zahvaljujemo!

Skupaj z vami smo postavili nov kamenček v mozaik aktivnega in zdravega staranja, tokrat na področju duševnega zdravja in destigmatizacije starejših.

# 1 UVOD

*Pripravile: Andreja Mezinec, Monika Robnik Levart, Olivera Stanojević Jerković in Mojca Gabrijelčič Blenkuš; Nacionalni inštitut za javno zdravje*

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) že vrsto let poudarja pomembnost celovitega pristopa k duševnemu zdravju starejših in odpravljanju stigme z različnimi pristopi. V Sloveniji imamo od leta 2017 Strategijo dolgožive družbe, ki se med drugim osredotoča na zagotovitev kakovosti življenja za vse generacije, pri čemer pozornost podaja ohranjanju duševnega zdravja starejših in zmanjševanju stigme.

Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) se zavedamo hitrih demografskih sprememb, staranja prebivalstva in dolgožive družbe. Poslanstvo NIJZ je prispevati k boljšemu zdravju in večji blaginji vseh skupin prebivalcev Slovenije. V skladu s pristopom SZO, kjer je zdravje opredeljeno kot stanje popolnega fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja, razumemo, da nalog ne moremo uresničiti le z močjo zdravstvenega sistema, kljub našim prizadevanjem. Potreben je trajnosten pristop, ki vključuje različne sektorje, da bi izboljšali zdravstvene rezultate. Na področju zdravja je potrebno spodbujati interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje na nacionalni, regionalni in lokalni ravni.

NIJZ skuša na spremembe dolgožive družbe opozarjati preko različnih področjih, tako z rednim delom kot s projekti. Skupina Javno zdravje v medsektorskih politikah (JZvMSP) na temo Aktivnega in zdravega staranja (AZS) že od leta 2014 (v takšni sestavi) skuša podpreti Strategijo dolgožive družbe, ki jo je Slovenija sprejela leta 2017. Zaveda se presečnosti teme staranja. V letu 2022 je bila, poleg rednih publikacij, izdana tematska publikacija **Prehrana starejših**, ki je nastala v sklopu 3. rednega sestanka skupine JZvMSP na teme AZS. Leta 2023 je nastala, v okviru 2. rednega sestanka skupine, publikacija **Zdravje, kultura in umetnost**, ki je bila med drugimi aktivnosti povod za vseslovensko akcijo »Pokloni čas, polepšaj dan«. Publikacija, ki pa je pred vami, je plod 3. rednega sestanka skupine v letu 2024 in je nastala na pobudo **doc. dr. Olivera Stanojević Jerković z naslovom »Duševno zdravje in destigmatizacija starejših«**.

## 2 NAMEN SREČANJA

*Pripravile: Andreja Mezinec, Monika Robnik Levart, Olivera Stanojević Jerković in Mojca Gabrijelčič Blenkuš; Nacionalni inštitut za javno zdravje*

Srečanja na temo duševno zdravje in destigmatizacija starejših se je izvedlo z željo po osvetlitvi ključnih izzivov, s katerimi se starejši pa tudi svojci srečujejo v povezavi z duševnim zdravjem, spodbuditi pogovor o učinkovitih pristopih za podporo starejšim v ohranjanju njihove duševne in čustvene blaginje. Z izvedbo tematskega srečanja smo si prizadevali povečati zavedanje o pomenu duševnega zdravja v tretjem življenjskem obdobju, raziskati možnosti za zmanjšanje stigme povezane s staranjem, starostjo in z duševnimi motnjami ter okrepiti vlogo skupnosti, strokovnjakov in institucij pri zagotavljanju celovite podpore starejšim.

Vključili smo pomembne teme povezane z duševnim zdravjem starejših v današnjem času, iskali spodbude za iskanje rešitev za izboljšanje njihovega počutja. Poudarili smo pomen preventivnih programov za ohranjanje duševnega zdravja, vpliv tehnologije in grajenega okolja na duševno zdravje starejših ter prepoznavanje in obvladovanje depresije kot pogosto prezrte duševne motnje. Posebno pozornost smo namenili tudi stiskam in duševnemu zdravju svojcev, ki skrbijo za starejše, ter vlogi stigme v povezavi z duševnim zdravjem v tretjem življenjskem obdobju. Zaključili pa s predstavitvijo pomena lokalnih skupnosti ter projektov (»Starejši za starejše«), pri izboljšanju kakovosti življenja starejših in krepitvi njihove duševne blaginje.

Na srečanje smo poleg sodelavcev NIJZ (vključno z nacionalnimi mrežami) povabili različne sektorje, med drugim: Ministrstvo za kulturo, Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za solidarno prihodnost, Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje, Zvezo društev upokojencev Slovenije, Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, Inštitut za ekonomska raziskovanja ter zainteresirane ostale za katere smo menili, da jih slednja tematika zanima. Prav povezovanje, sodelovanje, izmenjava mnenj, izkušenj in dobrih praks so ključ do premikov, tudi na področju duševnega zdravja in destigmatizacije starejših. Do realizacije sestanka je prišlo 17. oktobra 2024 in je služil kot podlaga za slednjo publikacijo. V nadaljevanju so predstavljeni pridobljeni prispevki vsebinskega dela predavanj s srečanja ter predstavljajo izzive na področju duševnega zdravja in destigmatizacije starejših.

## 3 PRISPEVKI

### 3.1 Staranje, dolgoživost in starizem

*Pripravi: Aleš Kenda, Ministrstvo za solidarno prihodnost*

**POVZETEK:** Demografske spremembe predstavljajo enega ključnih izzivov sodobnih družb. Kljub temu, da daljše življenje predstavlja enega največjih dosežkov civilizacije, se na ta fenomen prepogosto gleda kot na problem. Pomembno k temu prispeva tudi starizem, ki je značilen predvsem za zahodno civilizacijo. Starizma se ljudje ne zavedajo, zato se proti njemu tudi ne borijo. V pričujočem zapisu je na podlagi članka v časopisu med drugim prikazano razmišljanje kako lahko zavajajoč prikaz dejstev vpliva na kakovost življenja starejših.

**KLJUČNE BESEDE:** Staranje, starajoča družba, dolgoživost, dolgoživa družba, Madridski mednarodni akcijski načrt o staranju in njegova Regionalna izvedbena strategija, starizem

#### **KLJUČNI MEDNARODNI DOKUMENTI:**

Sredi prejšnjega stoletja se je strokovna javnost začela vse bolj ukvarjati z demografskimi vprašanji. Ljudje so živeli dlje, mlade generacije so bile maloštevilne, prebivalstvo, posebej v zahodnem svetu se je začelo starati. Tedanji scenariji glede nadaljevanja demografskih trendov so bili negotovi, nekateri tudi zelo črnogledi.

Posebej Združeni narodi so se zavedali svoje odgovornosti na tem področju, zato so že leta 1982 organizirali prvo svetovno skupščino o staranju na Dunaju, ki se je končala s sprejetjem Dunajskega akcijskega načrta o staranju (Dunaj, 1982). Ker je bilo v letih, ki so temu sledila, po državah komaj kje zaznati odzive, so Združeni narodi leta 2002 organizirali drugo svetovno skupščino o staranju v Madridu, ki se je končala s sprejetjem Madridskega mednarodnega akcijskega načrta o staranju (MIPAA, 2002) in njegove Regionalne izvedbene strategije (MIPAA RIS, 2002).

Oba dokumenta s svojimi priporočili sta presegala ozko generacijsko reševanje tematike staranja prebivalstva, omejeno zgolj na starejše in na starost. Razumevanje tega izziva sta pojmovala široko, tako v povezovanju različnih področij, kakor tudi vertikalno, v času, z upoštevanjem vseživljenjske perspektive. Spodbujala sta zavedanje, da se staramo že od rojstva in da je starost obdobje, ki je enakovredno drugim obdobjem v življenju. To nedvomno kaže na razumevanje tedanjih avtorjev, da tematika staranja prebivalstva ne sme biti omejena samo na starejše, temveč tudi na ostale generacije, saj je naša starost praviloma rezultanta naših aktivnosti in vlaganj v življenju. Naj omenim zgolj po eno usmeritev iz obeh dokumentov v kontekstu vseživljenjskega pristopa. Že v Dunajskem akcijskem

načrtu iz leta 1982 je izpostavljena potreba po spremembi kurikuluma v izobraževanju z vključitvijo staranja. MIPAA RIS pa med drugim izpostavlja pozitivne podobe starejših in staranja kot ključne za polno integracijo in udeležbo starejših v družbi. Podobno je tudi s Strategijo dolgožive družbe (Strategija 2017) kot ključnim slovenskim dokumentom na tem področju, ki kljub pretežni usmeritvi na starejše in na starost, temelji na vseživljenjskem pristopu, oziroma razumevanju, da staranje ni enako starosti.

## **NEKAJ PODATKOV**

Odzivi Združenih narodov z usmeritvami na različnih področjih, kot napotilo državam so vsekakor potrebni, saj so izzivi staranja prebivalstva mnogo širši kot zgolj v prilagoditvi pokojninskih sistemov in ureditvi sistemov dolgotrajne oskrbe. V strukturi prebivalstva smo namreč priče takšnim spremembam, kakršnih naša civilizacija v preteklosti verjetno še ni doživela. V Združenem kraljestvu je bila npr. leta 1965 starost, pri kateri je umiralo največ ljudi, prvo leto življenja, danes pa je tam starost pri kateri umre največ ljudi 87 let (Andrew Scott, 2024). Tudi v Sloveniji podatki gotovo niso bistveno drugačni. Naj spremembe v Sloveniji opišem z drugega zornega kota; leta 1992, leto po osamosvojitvi je bilo v Sloveniji 35 ljudi starih 100 ali več let, danes je sto in več letnikov že 384. V Sloveniji znaša po zadnjih podatkih povprečno trajanje življenja ob rojstvu 83,94 let za ženske in 78,42 za moške (SURSTAT, 2024). Najhitreje rastoča demografska skupina prebivalstva pa so stoletniki (Andrew Scott, 2024). Naj nekoliko bolj plastično opišem spremembe znotraj družine; v preteklosti je bila širša družina mnogo številčnejša kot je danes. Otroci so imeli v okviru širših družin vrsto tet in stricev ter bratrancev in sestričen. Dandanes ni redko, da otrok nima ene tete ali strica, kaj šele bratrancev in sestričen. Na drugi strani pa je vse več primerov, da ima otrok še oba dedka in babici, kar je bila v preteklosti prej izjema kot pravilo.

## **SPREMEMBE V DRUŽBI IN STARANJE**

Vendar predstavljajo prej navedene številke mnogo več, kot le suhoparne statistične podatke. Za temi podatki se skrivajo velike družbene spremembe. Ena od prvovrstnih sprememb, ki je pogosto spregledana je, da lahko mladi prvič v zgodovini z veliko verjetnostjo pričakujejo, da bodo dočakali visoko starost. Sedaj, ko razpolagamo s podatki, da bo današnji otrok dočakal več kot 80 let, velik delež med njimi pa tudi devetdeset in več, je dejansko treba razmišljati tudi o tem, kako ter v kakšnem družbenem in fizičnem okolju bodo starejši preživljali svojo starost.

Globoke družbene spremembe kot posledice dolgoživosti predstavljajo izzive, ki zahtevajo nov pogled na starost in na staranje. Potrebujemo nov zemljevid, po katerem se bomo gibali oz. se bomo starali. Ne bo več dovolj, niti ne bomo zadovoljni, če bomo zgolj dočakali visoko starost. Enako pomembno



bo, v kakšnem okolju bomo živel, kakšen odnos bodo imele mlajše generacije do starejših ter kakšno bo zdravstveno stanje in počutje starejših.

Za zahodno civilizacijo velja, da ljudje živijo in se starajo z negativnimi prepričanji in predstavami o starosti in starejših (Becca Levy, 2022). V preteklosti ljudem o staranju in starosti ni bilo treba veliko razmišljati. Življenja so bila namreč skozi vso zgodovino prekratka, da bi bilo treba posebej razmišljati o izzivih, ki so ljudi čakali v prihodnosti. Za starejše člane družin je bilo v večini primerov poskrbljeno v okviru večgeneracijskih družin. Posledica današnjega površnega in »starističnega« pogleda na starost in starejše se kaže tudi tako, da druge generacije vidijo starejše kot krhke, pozabljive, dementne, starost pa kot obdobje progresivnega upada posameznih življenjskih funkcij.

Zaradi sprememb v družbi, ko struktura prebivalstva nima več oblike piramide, ko se tudi sedanja oblika kebaba počasi pretvarja v na glavo obrnjeno piramido, se moramo začeti starati drugače in tudi na starost moramo začeti gledati drugače. V nadaljevanju navajam nekatere misli in poglede o staranju, ki jih je primerno upoštevati, preden sami postanemo starejši, enako pa tudi, če smo že starejši. Takšni pogledi bi lahko postali sestavni del "novega" zemljevida" o staranju:

- Staranje je vseživljenjski proces, ki se ne začne šele pri določeni starosti. Vsa vlaganja v življenju se praviloma odražajo v naši bolj ali manj kakovostni starosti.
- Starejši so zelo heterogena skupina tako po starosti, po zdravstvenem stanju, po interesih, izobrazbi, aktivnostih itd. Niso vsi starejši krhki, niso vsi bolni, nimajo vsi demence. Nasprotno, vse več starejših je, ki najdejo smisel in poslanstvo svojega življenja tudi v pozni starosti, prav tako pa ostajajo na različnih področjih aktivni tudi v pozni starosti.
- Bolezni in različnih oblik odvisnosti ne smemo jemati tragično kot naš poraz v procesu staranja. Na tovrstne izzive se moramo prilagoditi, sprejeti pomoč, lahko pa tudi spremenimo zorni kot, skozi katerega gledamo nase, oziroma na kakšno našo pomanjkljivost ali težavo.
- Potrebujemo več ozaveščenosti o tem, kakšna je dejansko starost in kakšne so razvojne možnosti ljudi v starosti. Starost si moramo predstavljati kot obdobje v življenju, ki je enakovredno drugim obdobjem, s svojimi prednostmi in slabostmi.
- Pri razmišljanju o svoji starosti si moramo čim prej začeti postavljati vrsto vprašanj in nanje iskati odgovore, npr. ali bom v starosti osamljen, ali bom spregledan ali sprejet v družbi, ali bom imel dovolj denarja za preživetje, ali mi bo telo še služilo in kaj, če ne, ali se bodo ljudje do mene obnašali spoštljivo, ali imam krog sorodnikov in prijateljev, ki me bo obiskoval, če bom moral v dom starejših?
- Pomembna sestavina novega zemljevida staranja je lahko tudi iskanje smisla življenja v starosti ter investiranja v dobre medsebojne odnose, po možnosti z ljudmi različnih starosti.

- Starosti ne smemo pojmovati kot nekaj, kar se nam bo zgodilo nekoč v prihodnosti in na kar ne moremo vplivati. Zavedati se moramo, da sta staranje in starost nekaj, kar lahko "gnetemo", spreminjamo, kar lahko upočasnimo, ali celo zamaknemo, na žalost pa lahko ta proces tudi pospešimo.
- Ena najpogostejših napačnih predstav o starosti je, da o starosti ni treba razmišljati, dokler nisi star. Na žalost je takrat pogosto že prepozno.
- Ko človek razume starost kot novo stopničko v svojem razvoju, lahko preseže marsikatero psihološko omejitev iz prejšnjih življenjskih faz in postane boljši in zadovoljnejši človek.

### **STARAJOČA IN DOLGOŽIVA DRUŽBA**

Termin starajoča družba se večkrat nadomešča z besedo dolgoživa družba, saj ima slednji bolj pozitiven prizvok. Termin starajoča družba faktografsko sicer ustreza dejstvu, da živimo dlje, da je starejših več ter da so generacije otrok maloštevilne. Vendar pa ima beseda starajoča družba pogosto negativno konotacijo, saj besedi starajoča družba mnogi povezujejo s "problemi", ki nastajajo kot posledica demografskih sprememb, kot sta npr. zagotavljanje dolgotrajne oskrbe in vzdržnost pokojninskega sistema. Na žalost je premalo zavedanja, da je današnja dolgo živeča družba v pomembni meri ravno rezultat daljšega življenja posameznikov. Daljše pričakovano trajanje življenja namreč predstavlja enega od ključnih dosežkov te civilizacije, o katerem so generacije pred nami lahko le sanjale in na katerega moramo biti ponosni. In, če smo lahko ponosni na ta dosežek na področju individualnega staranja, ne moremo o posledicah tega pojava na nivoju celotne družbe govoriti kot o problemu, temveč kvečjemu o izzivu in priložnosti. Poenostavljeno bi takšno razmišljanje pomenilo, da če posameznik živi dlje, je to posledica razvoja naše civilizacije, če pa vrstniki posameznika živijo dlje, pa je to demografski problem.

### **STARIZEM**

Eden ključnih izzivov v dolgoživi družbi je prizadevanje za družbo, ki bo prijazna do ljudi vseh starosti. Namreč "družba vseh starosti" je tudi sestavni del naslovov oz. podnaslovov vseh ministrskih konferenc o staranju, ki se po letu 2002 vsakih pet let odvijajo v okviru Združenih narodov. In kje je vzrok, da še ni dozorelo spoznanje, da mora biti družba mesto, kjer enakopravno in v spoštljivem okolju živijo ljudje vseh starosti? Vse več znanstvenih del predstavlja starizem kot velik izziv za današnjo družbo in družbo prihodnosti (Becca Levy, 2022; Tracey Gendron, 2022). Znane so škodljive posledice starizma na zdravje in dobro počutje ljudi, na gospodarstvo in na kohezijo družbe. Ne preseneča, da je Svetovna zdravstvena organizacija leta 2021 pripravila Globalno poročilo o starizmu (WHO, 2021).

Iz omenjenega poročila izhaja, da je starost ena od prvih stvari, ki jo opazimo pri starejših. Vendar je starost le ena od značilnosti, ki opisuje posameznika. Do starizma pa prihaja, ko se starost uporabi, da kategorizira in deli ljudi tako, da jim škodi, jih prikrajšuje, je do njih nepravilna ter spodjeda solidarnost med generacijami. Starizem se ne dogaja samo starejšim, ampak tudi mlajšim.

Starizem se začne že v mladosti, ko so otroci izpostavljeni negativnim stereotipom in predsodkom in jih kmalu ponotranjijo. Stereotipi ostajajo v ljudeh celo življenje. Ljudje potem uporabljajo te stereotipe kot podlago za sklepe, ki vodijo njihova čustva in obnašanje do ljudi drugačnih starosti ter tudi proti samim sebi.

Kaj pravzaprav je starizem? Starizem sestavljajo stereotipi (kako mislimo), predsodki (kako čutimo) in diskriminacija (kako delujemo) do neke skupine ljudi na podlagi njihove starosti. Ob tem se vsem članom te starostne skupine pripisuje enake negativne lastnosti, npr. vsi starejši so pozabljivi, vsi starejši so slabi vozniki, vsi starejši bodo potrebovali dolgotrajno oskrbo. Starizem je prisoten vsepovsod, večina ga ima tako ponotranjenega, da se ga ne zaveda, ga ne vidi in se zato proti njemu niti ne bori. Ker starizem kot družba pogosto spregledamo, se z njim tudi premalo ukvarjamo.

Že prej smo pojasnili, da daljše pričakovano trajanje življenja in dolgoživa družbe nista problem, temveč izziv in priložnost; nasprotno pa za starizem lahko trdimo, da je problem, kljub temu da se nanj pogosto gleda kot na neškodljivo folkloro.

Starizem ima daljnosežne posledice na zdravje ljudi in dolžino življenja. Vrsta znanstvenih raziskav navaja, da starizem krajša življenje v povprečju za okoli 7 let, med njimi tudi Becca Levy, 2022.

Spopadanje s starizmom je tesno povezano s spremembo odnosa do staranja in starosti, kar pa je dolgotrajen proces. Sodobni pristopi na tem področju izpostavljajo odgovornost vsakega deležnika v družbi, od posameznika, vladnih služb, pa do civilne družbe. Kot odlično rešitev WHO priporoča medgeneracijske aktivnosti, v katerih sodelujejo ljudje različnih starosti. Pri tovrstnih dejavnostih se namreč posamezniki prenehajo deliti na mi in vi, ampak začnejo sodelovati. Ravno deljenje na posamezne starostne skupine, ko se na starejše gleda kot na drugo kasto, je ena od značilnosti starizma. Sedem let krajše življenje v povprečju zaradi starizma je vsekakor zelo visoka številka, pri kateri si težko predstavljamo, kateri dogodki so pravzaprav tisti, ki tvorijo teh sedem let. Zato si dovolimo razmišljati katera dejanja so tista, ki prispevajo h krajšemu življenju. Na tematskem sestanku v organizaciji Nacionalnega inštituta za javno zdravje, dne 17. oktobra 2024, je bilo predstavljeno razmišljanje, ali lahko članek v dnevem časopisju z naslovom "Starejši vozniki povzročijo največ najhujših prometnih nesreč" prispeva h krajšemu življenju (Delo, 2024). Vsebina članka sicer ni v celoti negativna, vendar z neustreznim in zavajajočim prikazovanjem podatkov v grafu ter z bombastičnim naslovom prikazuje

starejše kot ključne povzročitelje najhujših prometnih nesreč. Kar posebej izstopa, je nekorekten in nestrokoven prikaz populacije starejših glede na prikaze drugih starostnih skupin.

Na dogodku smo razmišljali o tem, koliko starejših voznikov bo zaradi takšnega članka prenehalo voziti, koliko starejših voznikov bo poslušalo slabšalne pripombe s strani ožjih družinskih članov ali okolice, da niso primerni za na cesto, in koliko starejših voznikov bo samoiniciativno sledilo sporočilu naslova in začelo ostajati doma. Nadalje smo razmišljali o tem, koliko starejših voznikov, še posebej iz ruralnih predelov, kjer je manj možnosti uporabe javnega prevoza, bo zaradi tega trpelo osamljenost. Glede na znane zdravstvene posledice osamljenosti se pojavi vprašanje, koliko starejših, ki ne bodo več vozniki, in bodo zaradi tega bolj osamljeni, bo zaradi osamljenosti dobilo visok pritisk, koliko jih bo zaradi tega doživelo možgansko ali srčno kap, koliko se jih bo soočilo z depresijo.

Šele pri takšnih vprašanjih zaradi enega časopisnega članka in iskanju odgovorov nanje se začnejo odpirati oči, koliko je dogodkov v življenju, ko so starejši potisnjeni ob rob družbe, pa tega nihče ne prepozna. Z razmišljanjem o tem, kako lahko posamezen dogodek škodljivo vpliva na kakovost življenja in dobro počutje starejših smo želeli spodbuditi bolj senzibilno obravnavanje tematike staranja.

## **ZAKLJUČEK**

V sodobni družbi počasi začinjamo presegati enostransko prepričanje, da starost enačimo s progresivnim upadom na različnih področjih čustvenega in fizičnega življenja. Nasprotno, počasi jo začinjamo razumeti tudi kot razvojno priložnost. Da, starost lahko predstavlja tudi novo stopničko v razvoju posameznika. Za to pa moramo veliko storiti sami in tudi celotna družba v ustvarjanju okolja, ki bo prijazno do ljudi vseh starosti. Starizem pri tem predstavlja velik izziv.

## LITERATURA IN VIRI:

Andrew Scott, The Longevity Imperative, Basic Books UK, 2024

Becca Levy 2022, HarperCollins Publishers Inc. 195 Broadway, New York, NY 10007  
[www.harpeccollins.com](http://www.harpeccollins.com)

Dunaj 1982; Report of the World Assembly on Aging , International Plan of Action on Aging, Dunaj, 26. julij – 6. avgust 1982

<https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>

Delo 2024, "Starejši vozniki povzročijo največ najhujših nesreč" 17. junij 2024,  
<https://www.delo.si/novice/slovenija/starejsi-vozniki-povzrocijo-najvec-najhujasih-nesrec>

MIPAA 2002; Political declaration and Madrid international Plan of Action on Ageing

<https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>

MIPAA RIS 2002; Regional implementation Strategy for the Madrid international Plan of Action on Ageing 2002

<https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/unece-ris.pdf>

Strategija 2017; Strategija dolgožive družbe, dostopna na:  
[https://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/kratke\\_analize/Strategija\\_dolgozive\\_dr\\_uzbe/Strategija\\_dolgozive\\_druzbe.pdf](https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_dr_uzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf)

Tracey Gendron, 2022, Ageism Unmasked Exploring Age Bias and How to End It; Steerforth 2022

WHO, 2021, World Human Organisation, Global Report on Ageism, 2021  
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

## 3.2 Preventivni programi za ohranjanje duševnega zdravja starejših

*Povzetek pripravljen na podlagi zvočnega posnetka srečanja s strani uredniškega odbora.*

Predavanje je izvedla Ana Ramovš, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje

### **O INŠTITUTU:**

Inštitut Antona Trstenjaka za Gerontologijo in Medgeneracijsko sožitje je Slovenski nacionalni institut za področje gerontologije, medgeneracijskega sožitja in dolgotrajne oskrbe.



*Slika 1: Logotip IAT*

Gre za neprofitni inštitut, ki ga je leta 1992 ustanovilo nekaj strokovnjakov kot zasebnikov, Slovenska akademija znanosti in umestnosti. Leta 2004 pa ga je za področje staranja in dolgotrajne oskrbe soustanovila Vlada Republike Slovenije.

Inštitut ima sedež v Ljubljani, sicer deluje po vseh Sloveniji. Njihovo delo in njihova ekipa je interdisciplinarno in vključuje socialno delo, sociologijo, psihologijo, pedagogiko, antropologijo, medicino in zdravstvene vede ter pravo.

Osnovno poslanstvo inštituta je razvoj modelov programov, metod in orodij za zdravo in kakovostno staranje (celostno gerontologijo): socialno, duševno, duhovno in telesno zdravje posameznikov, skupin in skupnosti.

Inštitut z namenom razvoja modelov koordinira tri mreže: (1) Slovensko združenje neformalnih oskrbovalcev, (2) Slovensko mrežo prostovoljcev za kakovostno staranje in (3) Slovensko mrežo starosti prijaznih mest in občin.

### **POMEN RAZVOJA PREVENTIVNIH PROGRAMOV ZA OHRANJANJE CELOSTNEGA ZDRAVJA**

Potreba po krepitvi in ohranjanju telesne, duševne in socialne svežine je pristna temeljna človeška potreba, ki ji je vse življenje potrebno posvečati pozornost, v starosti pa še posebej (Ramovš, 2003).

Vsako obdobje v življenju ima nek smisel in naloge. Življenjske, katere navaja Ramovš (2003) so tako:

1. Zavzeto prizadevanje zase in za druge,
2. Prepuščanje skrbi za vsakdanje potrebe srednji generaciji,
3. Smiselno stališče do svoje preteklosti, sedanjosti in prihodnosti,
4. Predajanje življenjskih izkušenj mladi generaciji ob nadaljevanju učenja,
5. Poslavljanje od življenjskih sopotnikov
6. Opravljanje sklepnih osebnih nalog pred odhodom iz časa in prostora.

### **»MEHKI« PREVENTIVNI PROGRAMI**

V tem primeru gre za programe z velikimi učinki in z relativno nizkimi stroški. Zasnovani so na podlagi večletnih izkušenj pri nas in v Evropi in tako, da odgovarjajo na potrebe v Slovenskem prostoru. Rešujejo vsakdanje potrebe večjega števila ljudi in pri tem vključijo različne ciljne skupine. Delujejo na

vseh treh področjih staranja: (1) za oskrbo onemoglih, (2) za aktivno, zdravo in varno staranje in (3) za krepitev medgeneracijske solidarnosti.

- MREŽA: Prostovoljstvo za kakovostno staranje in medgeneracijsko sožitje

Nastala je na podlagi ugotovitve, da bo s prehodom družbe v drugo obdobje, stikov med starejših vedno manj ter da se socialna mreža krči. V ta namen gre v Mreži za redne, tedenske stike. Gre za skupine za kakovostno staranje in družabništva. Pri tem gre za temeljito usposabljanje prostovoljcev. Prav tako pa je potrebna skrb za prostovoljce in njihovo prostovoljsko kondicijo.

- Program: skrb za družinske oskrbovalce

Gre za podporo bivanju v domačem okolju. Pri tem usposabljuje družinske in druge neformalne oskrbovalce. Prav tako se skupina svojcev redno (mesečno) dobiva).

- Trezno staranje – program za preventivo alkoholizma in drugih zasvojenosti
- Staranje brez nasilja – program za preventivo nasilja nad starejšimi, pri tem je poudarek tako na ozaveščanju, kot na preventivi.

V zaključku je predstavljen preplet preventivnih programov na primeru lokalne skupnosti.

Več lahko preberete na spletni strani Inštituta Antona Trstenjaka, na povezavi: <https://www.inst-antonatrstenjaka.si/institut/>

## **VIR**

Jože Ramovš (2003). Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika, Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti. 582 str.. *Socialno delo, letnik 47, številka 1/2, str. 95-97*. URN:NBN:SI:DOC-BGYDK1NY from <http://www.dlib.si>

### 3.3 Destigmatizacija in WHO QualityRights: povezava med človekovimi pravicami in zmanjševanjem stigme

Pripravila: Suzana Oreški, Nacionalni inštitut za javno zdravje, \*e-poštni naslov: [suzana.oreski@nijz.si](mailto:suzana.oreski@nijz.si)

**Povzetek:** Destigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju je pomembna za njihovo okrevanje, pravočasno iskanje pomoči, dostopnega zdravljenja ter enakopravnega vključevanja v družbo. Program QualityRights, ki ga je razvila Svetovna zdravstvena organizacija, ponuja celovito orodje, ki omogoča povezavo človekovih pravic s spremembo družbenih percepcij in predsodkov o duševnem zdravju. V prispevku opišemo, kako lahko QualityRights uporabimo za zmanjševanje stigme, diskriminacije ter kakovostne obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju. Poudarjamo pomen destigmatizacije v kontekstu človekovih pravic in ponujamo primere, kako lahko uporaba programa WHO QualityRights prispeva k bolj spoštljivi in celoviti oskrbi oseb s težavami duševnem zdravju.

**Ključne besede:** stigma, duševno zdravje, človekove pravice, WHO QualityRights, kakovostna oskrba.

#### UVOD

Stigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju ostaja globalni družbeni problem, ki ovira dostop do storitev in ustvarja okolje, v katerem so te osebe pogosto diskriminirane in socialno izključene (Javed idr., 2021). Stigma je kompleksen družbeni pojav, ki se izraža skozi stereotipe, napačna prepričanja in predsodke, ki jih družba goji do duševnih motenj, kar vodi v kršitve človekovih pravic in zmanjšuje dostojanstva oseb s težavami v duševnem zdravju in tudi starejših odraslih. Osebe s težavami v duševnem zdravju pogosto poročajo, da je doživljanje stigme bolj boleče in obremenjujoče od simptomov same motnje (WHO, 2024). Večji delež starejših odraslih zaradi napačnih prepričanj o staranju ne prejme pravočasne zdravstvene oskrbe, so zanemarjeni in prepuščeni sami sebi (UNECE, 2024). Odpravljanje stigme je ključnega pomena za izboljšanje njihovega počutja in kakovosti življenja. Destigmatizacija ni pomembna le zaradi zmanjšanja diskriminacije, temveč tudi zato, ker omogoča boljši dostop do storitev duševnega zdravja, spodbuja socialno vključenost in duševno blagostanje ter krepi občutek osebne vrednosti in dostojanstva pri posameznikih (Semraou idr., 2023).

#### VPLIV STIGME NA OSEBE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Stigma, ki jo doživljajo posamezniki s težavami v duševnem zdravju, ima številne škodljive učinke. Soočenje z negativnimi in napačnimi prepričanji, predsodki ter negativnim vedenjem (diskriminacijo), povezanim z njihovim stanjem, vodi v samo-stigmo, izolacijo in socialno izključenost (WHO, 2024). Samo-stigma pri ljudeh pogosto povzroča občutek nemoči pri spreminjanju svoje situacije ter občutek, da morajo opustiti stvari, ki so jim pomembne. Ta sindrom "zakaj sploh poskušati" se lahko izrazi na



različne načine; na primer, ko posameznik pomisli: "Zakaj bi sploh poskušal živeti samostojno? Ne morem sam upravljati gospodinjstva." (Knežević-Hočevar, 2021).

Raziskave kažejo, da stigma ne vpliva le na družbeno zaznavanje duševnih bolezni, temveč tudi na samopodobo oseb z izkušnjo duševne motnje, kar lahko še dodatno poslabša njihovo duševno stanje in oteži proces okrevanja. Osebe se pogosto izogibajo iskanju potrebne zdravstvene oskrbe, kar vodi do podaljšanja in poslabšanja njihovih težav (Shahwan idr., 2022).

Stigma zaradi asociacije lahko privede do sramu in krivde v družinah, ki se lahko počutijo obsojene, da so "povzročile" duševno bolezen svojega bližnjega. Na primer, družine lahko doživljajo socialno izključenost ali se izogibajo družabnim aktivnostim zaradi strahu pred obsojanjem s strani drugih. To dodatno poglobi občutek osamljenosti in izolacije tako za posameznike kot za njihove družine (Knežević-Hočevar, 2021).

Strukturna diskriminacija oblikuje sisteme, ki otežujejo osebam z duševnimi motnjami iskanje in ohranjanje dela ter prejemanje kakovostnega zdravljenja in rehabilitacije. Viri pomoči so pogosto neustrezni in pomanjkljivi, kar dodatno prispeva k stigmatizaciji. To vodi do situacij, v katerih osebe z duševnimi motnjami ne morejo dostopati do potrebnih storitev, kar še dodatno povečuje občutek obupa in nemoči (Knežević-Hočevar, 2021; Shahwan idr., 2022).

Stereotipe in predsodke do starejših oseb uvrščamo v starizem. Med njimi je na primer prepričanje, da so duševne motnje pogostejše v starosti in da je pozabljenost naravni znak staranja (Levy idr., 2020; WHO, 2021). Starizem se nanaša na stereotipe, predsodke in diskriminacijo, povezane s starostjo, procesi staranja in starejšimi odraslimi. Glavni življenjski dogodki, ki temeljijo na diskriminaciji na podlagi starosti, so povezani s slabšimi zdravstvenimi izidi oziroma s slabšim zdravjem in počutjem starejših odraslih (Ober idr., 2022). Predsodek, da "v starosti vse boli", lahko starejše odvrača od iskanja potrebne pomoči, saj se bojijo, da bodo njihovi simptomi razumljeni kot običajen del staranja (WHO, Ageism, 2021). Starizem lahko povzroči občutek osamljenosti in brezupa ter dodatno vpliva na duševno blagostanje starejših oseb. Svetovna zdravstvena organizacija prepoznava starizem kot pomembno oviro pri izvajanju ustreznih ukrepov za podporo starejšim odraslim, saj lahko negativno vpliva na dostop do zdravstvenih storitev in kakovost življenja.

Po navedbah poročila Ekonomske komisije Združenih narodov za Evropo (UNECE) iz leta 2024 se starejši pogosto srečujejo z večjimi izzivi pri dostopu do zdravstvenih storitev in socialne podpore. To dodatno utrjuje prepričanje, da so duševne motnje neizogibne v starosti, kar vodi v pasivnost in zmanjšano kakovost življenja. Tako stigma, povezana z duševnimi motnjami, kot starizem do starejših oseb resno vplivata na njihovo sposobnost iskanja ustrezne podpore in prejemanja primerne oskrbe. Starejši odrasli doživljajo dvojno stigmo: stigmo zaradi duševne motnje in starizem.

Posledice stigme vplivajo na nižjo kakovost življenja, zmanjšano samozavest in povečujejo osamljenost ter izolacijo tako pri starejših odraslih kot pri osebah s težavami v duševnem zdravju. Vpliv diskriminacije se odraža v omejevanju zaposlitvenih in drugih priložnosti v življenju. Osebe z duševnimi motnjami, vključno s starejšimi odraslimi, se pogosto soočajo z mislimi o samomoru ter so izpostavljene večjemu tveganju za razvoj telesnih bolezni. Stigma pogosto vodi v samo-stigmo, občutke nemoči in obupa ter zmanjšuje motivacijo za iskanje pomoči ali primerne podpore, ki jo nujno potrebujejo za kakovostno življenje.

### **WHO QUALITYRIGHTS KOT ORODJE ZA DESTIGMATIZACIJO**

QualityRights je program SZO (v nadaljevanju QR), ki se osredotoča na preoblikovanje služb za duševno zdravje v okviru človekovih pravic ter predstavlja inovativen pristop k destigmatizaciji. Povezuje spoštovanje človekovih pravic z zagotavljanjem kakovostne oskrbe, s čimer omogoča in spodbuja izvajalce, da ustvarijo okolje, kjer so osebe s težavami v duševnem zdravju obravnavane z dostojanstvom, spoštovanjem in brez predsodkov. Program ponuja celovito orodje, ki omogoča usposabljanje ter ocenjevanje in izboljšanje kakovosti standardov človekovih pravic v službah s področja duševnega zdravja. Orodje upošteva več ključnih elementov, ki so bistveni za zmanjšanje stigme in zagotavljanje dostojanstva oseb z duševnimi težavami (WHO QualityRights Modul, 2022).

Spletna učilnica QR vsebuje dinamično in interaktivno izobraževanje, ki vključuje video vsebine, informativne članke in diskusijske forume. Udeleženci imajo priložnost poglobiti svoje razumevanje pravic in procesov okrevanja v kontekstu duševnega zdravja. Spletna učilnica vsebuje šest modulov, in sicer: človekove pravice, duševno zdravje in zmanjšane možnosti; pravna sposobnost in pravica do odločanja; odprava prisile, nasilja in zlorabe; kakovostne storitve in vključenost v skupnost ter duševno zdravje, dobro počutje in okrevanje. V prvih dveh modulih se obravnavajo človekove pravice na splošno *in* v kontekstu duševnega zdravja, v preostalih modulih pa se proučuje, kako te pravice spodbujati v službah za duševno zdravje in drugje v družbi. Dostop do učilnice je brezplačen, udeleženci pa lahko po uspešnem zaključku usposabljanja pridobijo certifikat, kar predstavlja dodatno spodbudo za vse zainteresirane (WHO QualityRights modul, 2022).

- **Povezava med destigmatizacijo in človekovimi pravicami**

Destigmatizacija je tesno povezana s spoštovanjem človekovih pravic. Stigma pogosto vodi v kršenje pravic, kot so na primer: pravica do dostopa ustrezne zdravstvene oskrbe; pravica do zasebnosti; pravica do gibanja, avtonomije in participacije v procesih zdravljenja in oskrbe. QualityRights gradi na teh pravicah in zagotavlja okvir, ki naslavlja destigmatizacijo znotraj širšega konteksta spoštovanja pravic.

Pomembno je, da destigmatizacija ni omejena le na izobraževalne kampanje, ampak mora vključevati tudi spremembo političnih in institucionalnih praks. S sodelovanjem oseb s težavami v duševnem zdravju v procesih odločanja in ocenjevanja storitev lahko zagotavljamo bolj pravično in vključujočo obravnavo, ki temelji na njihovih potrebah in pravicah.

**Tabela 1: Ključne komponente orodja QualityRights in njihova uporabnost za destigmatizacijo**

<b>Komponente QR orodja</b>	<b>Opis</b>	<b>Prispevek k destigmatizaciji</b>
<b>Izobraževanje in usposabljanje</b>	Izobraževalni moduli, namenjeni izvajalcem v mreži služb s področja duševnega zdravja, uporabnikom storitev, bližnjim osebam in zainteresirani javnosti.	Povečanje zavedanja o težavah v duševnem zdravju, duševnih motnjah, predsodkih ter njihovem zmanjšanju. Krepitev pomena pravic uporabnikov storitev in načinov, kako lahko le-te v vsakdanjih praksah nudenja storitev upoštevamo.
<b>Opolnomočenje uporabnikov storitev</b>	Vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju v procese odločanja o lastnem zdravljenju, oskrbi in življenju.	Krepitev lastne vrednosti in integritete uporabnikov storitev, kar zmanjšuje samostigmo ter stigmatizacijo drugih.
<b>Ocena kakovosti storitev</b>	Orodja za ocenjevanje kakovosti storitev in skladnost le-teh z načeli človekovih pravic.	Prepoznavanje in odpravljanje praks, ki vodijo v diskriminacijo in spodbujajo predsodke ter stigmo. Omogočanje izboljšav v storitvah in spodbujanje "kulture sočutja in humanosti".
<b>Politika enakopravnosti</b>	Spodbujanje zakonodaje in politik, ki zagotavljajo nediskriminacijo in vključevanje.	Vzpostavljanje in zagotavljanje enakopravne obravnave oseb z duševnimi motnjami in starejših odraslih v sistemu služb duševnega zdravja in v družbi, kot na primer: omogočanje odločitve s podporo, vnaprej izražene volje, vrstniškim svetovanjem.
<b>Antistigma kampanje</b>	Organiziranje kampanj, ki promovirajo pravice oseb s težavami v duševnem zdravju, demistificirajo duševne motnje in odpravljajo mite o njih.  Kampanje, ki naslavljata starizem, kot predsodek do starejših.	Spreminjanje percepcij in naracij o duševnih motnjah in staranju ter odpravljanje predsodkov in diskriminacije.

Program ponuja izobraževalne module, ki so namenjeni različnim skupinam: izvajalcem v mreži služb s področja duševnega zdravja, zakonodajalcem, osebam s težavami v duševnem zdravju in njihovim bližnjim, osebam z intelektualno ali kognitivno zmanjšano zmožnostjo ter drugi zainteresirani javnosti. Šest izobraževalnih modulov je oblikovanih tako, da omogočajo interaktivno učenje, spodbujajo razumevanje duševnih bolezni ter poudarjajo pomen spoštovanja pravic oseb s težavami v duševnem zdravju, kar ima ugodne učinke na zmanjševanje stigme.

Opolnomočenje oseb s težavami v duševnem zdravju je ključno za njihovo okrevanje. V procesu zdravljenja in rehabilitacije je pomembno zagotavljati različne oblike podpore, ki osebam omogočajo aktivno vlogo pri odločanju o lastnem zdravljenju, avtonomiji in življenju. Program QualityRights ponuja orodja in pristope, ki omogočajo krepitev moči in kompetenc oseb s težavami v duševnem zdravju in tudi starejših odraslih. Uporaba tovrstnih pristopov prispeva k večji samozavesti in občutku lastne vrednosti, kar posledično zmanjšuje samo-stigmo ter izboljšuje vključenost v družbo.

Program QR nudi tudi ocenjevalna orodja oziroma paket metodologije za analizo obstoječih praks in politik v mreži služb za duševno zdravje. Osredotoča se na oceno petih ključnih tem oziroma pravic, ki izhajajo iz Mednarodne konvencije o pravicah invalidov, kot je na primer pravica do uživanja najvišjega dosegljivega standarda telesnega in duševnega zdravja (25. člen). Te pravice so razdeljene na vrsto standardov, ti pa na nabor kriterijev, s katerimi se ocenjuje kakovost ter spoštovanje človekovih pravic in stanje v ustanovah.

**Spodbujanje vključujoče politike:** QualityRights podpira oblikovanje politik, ki zagotavljajo enakopravno obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovo aktivno vključevanje v procese odločanja. Vključujoča politika stremi k preoblikovanju storitev za duševno zdravje iz institucionalnih v skupnostne, je zavezana deinstitucionalizaciji in se zaveda pomena medsektorskega dialoga. Cilj teh prizadevanj je oblikovanje storitev, ki temeljijo na načelih enakosti, spoštovanja in uveljavljanja človekovih pravic.

## **ZAKLJUČEK**

Destigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju **je ključen korak k zagotavljanju njihovih človekovih pravic** in enakopravne obravnave v družbi. Posebej pomembna je destigmatizacija tudi za starejše odrasle, ki pogosto doživljajo socialno izolacijo, osamljenost in izgube. Stigma, povezana z duševnimi motnjami, pogosto ovira starejše pri iskanju pomoči. Programi, kot je QualityRights, nudijo pristope za zmanjšanje takšnih predsodkov ter izboljšanje dostopnosti do storitev in podpore, kar prispeva k ohranjanju duševnega zdravja. Prav tako zagotavljajo orodja za opolnomočenje in zaščito človekovih pravic, kar lahko prispeva k zmanjšanju stigme. Z izobraževanjem in ozaveščanjem lahko

spremenimo pogled družbe na duševno zdravje ter starejšim omogočimo dostojno in spoštljivo obravnavo ter varno vključevanje v družbo. Uporaba orodja QualityRights lahko pripomore k preoblikovanju služb in storitev za duševno zdravje ter k zmanjšanju stigme, saj povezuje kakovostno oskrbo z varstvom človekovih pravic ter spodbuja izobraževanje, opolnomočenje in institucionalne ter strukturne spremembe.

#### LITERATURA IN VIRI:

Afzal Javed, Cheng Lee, Hazli Zakaria, Robert D. Buenaventura, Marcelo Cetkovich-Bakmas, Kalil Duailibi, Bernardo Ng, Hisham Ramy, Gautam Saha, Shams Arifeen, Paola M. Elorza, Priyan Ratnasingham, Muhammad Waqar Azeem, *Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries*, Asian Journal of Psychiatry, Volume 58, 2021. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33611083/> [25.10.2024 ]

Knežević-Hočevar (2021): Skupaj zmoremo: pripomočki za odkrit pogovor o stigmi in diskriminaciji v duševnem zdravju. 1. izd. - Ljubljana: Založba ZRC, SAZU. Dostopno na: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-BVB8615V> [ 6. 11.2024 ]

Levy, B., Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., & Wang, S.-Y. (2020). Harmful effects of ageism on older persons' health found in 45 countries. *PLOS ONE*. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220857> [ 6. 11. 2024 ]

Ober Allen, J., Malani, P., Domnanich, J. W., Brenner, K. T., & Szaflarski, A. M. (2022). Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older U.S. Adults. *JAMA Netw Open*. 2022 Jun 1;5(6). Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35704314/> [ 7. 11. 2024 ]

Semrau M, Gronholm PC, Eaton J, Maulik PK, Ayele B, Bakolis I, Mendon GB, Bhattarai K, Brohan E, Cherian AV, Daniel M, Girma E, Gurung D, Hailemariam A, Hanlon C, Healey A, Kallakuri S, Li J, Loganathan S, Ma N, Ma Y, Metsahel A, Ouali U, Yaziji N, Zgueb Y, Zhang W, Zhang X, Thornicroft G, Votruba N. *Reducing stigma and improving access to care for people with mental health conditions in the community: protocol for a multi-site feasibility intervention study (Indigo-Local)*. Res Sq [Preprint]. 2023 Aug 18. Dostopno na : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10462245/> [4. 11. 2024 ]

Shahwan, S., Goh, C. M. J., Tan, G. T. H., Ong, W. J., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2022). Strategies to reduce mental illness stigma: Perspectives of people with lived experience and caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 163. Dostopno na : <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1632> [4. 11. 2024 ]

United Nations Economic Commission for Europe. (2024). *Policy Dialogue on the Mental Health of Older Persons*. Dostopno na: <https://unece.org/info/Population/events/391700> [4. 11. 2024 ]

World Health Organization, 2021. Ageism: A global challenge. Dostopno na: [https://www.who.int/health-topics/ageism#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/ageism#tab=tab_2). [6. 11. 2024 ]

World Health Organization, 2021. Global report on Ageism. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866> [6. 11. 2024 ]

World Health Organization, 2022. WHO QualityRights Modul on Transforming services and promoting human rights. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516815> [ 24.10.2024)

World Health Organization (2024). Mozaik Toolkit to End Stigma and Discrimination in Mental Health. Dostopno na : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061384> [24.10.2024]

### 3.4 Vpliv tehnologije in grajenega okolja na duševno zdravje starejših odraslih

*Povzetek pripravljen na podlagi zvočnega posnetka srečanja s strani uredniškega odbora.*

*Predavanje je izvedla: Mateja Erce Paoli z InnoRenew centra odličnosti v Izoli.*

Cilj projekta Pharaon je bil razvoj poenostavljenih tehnologij za:

- Zmanjšanje izolacije in osamljenosti ter povečanje socialne vključenosti;
- Doseganje boljših zdravstvenih rezultatov na področju dejavnosti, regulacije bolezni, duševnega zdravja in prehrane starejših ter
- Izboljšanje operativne zmogljivosti ustanov za oskrbo starejših.

#### **PREGLED REZULTATOV PROJEKTA PHARAON – VPLIV TEHNOLOGIJE**

V Domovih za starejše občane (DSO) sta bile dve vzorčni skupini; (1) ljudje, ki so uporabljali tehnologijo in (2) ljudje ki je ne uporabljajo.

Izkazalo se je, da uporaba (in tudi neuporaba) tehnologij ni vplivala na zadovoljitev psiholoških potreb in povečanje socialne podpore.

Prav tako uporaba (in tudi neuporaba) ni vplivala na zmanjševanje osamljenosti in kvaliteto življenja. Lahko pa se osamljenost poveča, tudi, če se oseba na tehnologijo? ne odziva.

Zaznava uporabnosti tehnologij je povezana s kvaliteto življenja, psihološkimi potrebami in osamljenostjo; pri osebah, ki vidijo tehnologijo kot uporabno se lahko poveča psihološka zadovoljitev in so posledično manj osamljeni.

Ključne ugotovitve:

- Pri nekaterih posameznikih lahko izboljšamo duševno zdravje s tehnologijo (nova poznanstva, izkušnje).
- Če je tehnologija prilagojena potrebam uporabnika, lahko poveča občutek zmožnosti in dostojanstva.
- Pri starejših je potrebna notranja motivacija, podpora pri učenju uporabe tehnologij, pozitivna spodbuda iz okolja in njihova vključitev v sprejemanje odločitev.

#### **PREGLED REZULTATOB PROJEKTA PHARAON – VPLIV GRAJENEGA OKOLJA NA DUŠEVNO ZDRAVJE**

V ta namen je bil razvit vprašalnik, s katerim so merili psiho-socialno blagostanje, pri tem so vprašanja vsebovala tudi komponente zaznave grajenega okolja. Poleg slednjega pa so raziskovalci tudi objektivno merili grajeno okolje (dom starejših).

Ugotovili so, da oblikovanje grajenega okolja vpliva na zaznavo okolja in tudi na duševno zdravje. V ta namen je zelo pomembno, da okrepimo njihovo blagostanje.

V sklopu projekta so tako bila pripravljena priporočila:

- Oblikovanje prostorov za spodbujanje (1) druženja (socialni dejavniki pomembno vplivajo na dobro počutje) ter (2) občutka skupnosti (vpliv na zaznavo okolja),
- Izboljšanje objektivnih pogojev in dobrega počutja prebivalcev, saj oboje oblikuje dožemanje okolja.

- Ker selitev v dom za starejše občane pogosto negativno vpliva na dobro počutje, so potrebne obsežne podporne storitve, ki stanovalcem pomagajo pri nemotenem prehodu iz domačega okolja v novo okolje.

Več o rezultatih projekta lahko preberete na spletni strani: <https://nijz.si/projekti/phara-on/>



### 3.5 Duševno zdravje starejših - depresija kot prezrta motnja

*Pripravila: Nataša Dernovšček Hafner, Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Družbenomedicinski inštitut, \*e-poštni naslov: [natasa.dernovscek-hafner@zrc-sazu.si](mailto:natasa.dernovscek-hafner@zrc-sazu.si)*

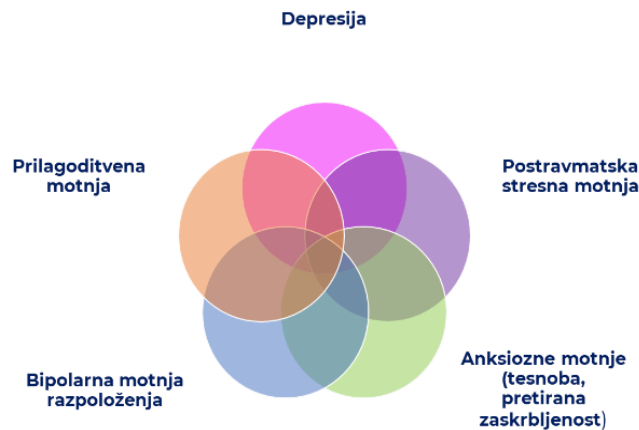
*»Pogosto ljudem svetujejo, naj se pripravijo na starost. Vendar je bolj kot varčevanje denarja oziroma skrb za namestitev po upokojitvi ali ohranjanje konjičkov pomembno, da še naprej stremimo k ciljem, ki našemu življenju dajejo smisel, kot so predanost posameznikom in skupnosti, družbenemu in ustvarjalnemu delovanju.«*

*Simone de Beauvoir*

V prispevku skozi program OMRA, ki je akronim za Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in ga na Družbenomedicinskem inštitutu ZRC SAZU izvajamo od leta 2017, opozorimo na depresijo pri starejših, pogosto prezrto razpoloženjsko motnjo, saj se velikokrat povezuje in zamenjuje z drugimi starostnimi tegobami, kot je npr. demenca.

V programu OMRA, ki ga Družbenomedicinski inštitut izvaja v sodelovanju s partnerji: Inštitutom Karakter, Društvom Altra, Društvom Projekt človek, sofinancira pa ga Ministrstvo za zdravje, si prizadevamo dvigniti raven pismenosti o duševnem zdravju. Le z boljšim poznavanjem te tematike, opuščanjem zmotnih prepričanj in stališč, opolnomočenjem posameznikov, da rešitev obstaja, bo prepoznavna težav v duševnem zdravju ustrezna, pomoč pa pravočasna. Za povečanje pismenosti v duševnem zdravju se poslužujemo različnih orodij; spletne opismenjevalne platforme OMRA, izvajanja delavnic v živo in po spletu, predavanj, sodelovanja na okroglih mizah, izdajanja raznovrstnih publikacij: e-novičnikov, priročnikov, vodičev in zgibank, aktivnosti na socialnih omrežjih ter prisotnostjo v elektronskih in tiskanih medijih.

Motnje razpoloženja so zelo pogoste težave v duševnem zdravju, tako za depresijo trpi trinajst odstotkov populacije, s tesnobo pa se spopada štirinajst odstotkov populacije. Osebe s težavami v duševnem zdravju so izpostavljanje večjemu tveganju, da zbolijo za nekaterimi somatskimi obolenju, kot so npr. bolezni srca in ožilja ter sladkorna bolezen, pogosto je izid duševne motnje tudi samomor.



Slika 2: Motnje razpoloženja

Depresija pri starejših je pogostejša v primerjavi s splošno populacijo, nekateri podatki govorijo o petini do tretjini obolelih starejših odraslih. Še večji pa je delež tistih starejših odraslih pri kateri so izraženi le določeni depresivni simptomi. Pojavnost depresije je najredkejša pri starejših odraslih v domači negi, opazimo jo pri devetini te populacije. V institucionalni obravnavi, v domovih za starejše in bolnišnicah npr. po dolgotrajni hospitalizaciji, pa njena pojavnost strmo naraste, saj za depresijo oboli skoraj polovica starejših odraslih. Zaradi staranja populacije predvidevamo, da se bo v prihodnjih letih pojavnost depresije v evropskem prostoru še povečevala.

Povečano tveganje za razvoj depresivne motnje pri starejših povezujemo z nekaterimi dogodki in spremembami, ki so v starosti pogostejše kot v mlajših življenjskih obdobjih. Sem sodijo: *upokojitev* (prehod iz delovnega okolja v upokojitev lahko vpliva na občutek lastne vrednosti in izgube smisla, spremeni se dnevna rutina, kar pomeni, da se posameznik znajde pred obilico časa, ki ga ne zna zapolniti), *pogostejše izgube bližnjih* (življenjskega sopotnika, bližnjih, prijateljev, sosedov) in s tem povezana osamljenost, *izguba zdravja* (kronične bolezni, invalidnost), *pešanje zaznavnih sposobnosti* (slabši vid in sluh), *zmanjšana mobilnost* (bolečine ali težave pri gibanju, izguba voziškega dovoljenja), *okrnjene psihofizične sposobnosti* (upad mišične moči, blage kognitivne motnje), *pojemanje moči za vsakodnevne aktivnosti* (nakupovanje, kuhanje, pospravljanje, branje, gledanje televizije, ukvarjanje z različnimi hobiji), *spremembe v družinski dinamiki in odnosih* (odselitev otrok, spremembe socialne mreže ob preselitvi v dom), *finančne težave* (razpoložljivost sredstev za preživljanje, nizka pokojnina). Prepoznavanje depresije pri starejših je velikega pomena za kvaliteto življenja in se nekoliko razlikuje od prepoznavanja pri mlajših osebah, saj je njena pojavnost v zrelem starostnem obdobju pogosteje povezana s samomorilnim vedenjem in samomorom ter povečano umrljivostjo zaradi drugih somatskih bolezni, opuščanjem nujnih zdravil ali odklanjanjem različnih oblik pomoči. Pomembno je

pravočasno poiskati strokovno pomoč in zavedanje, da lahko zdravljenje z zdravili in/ali terapija bistveno izboljšata kakovost življenja.

V praksi se pogosto dogaja, da se strokovnjaki pa tudi sami starejši osredotočajo zlasti na slabo telesno zdravje, zato depresija pogosto ni ustrezno prepoznana, iskanje pomoči pa je prepozno. Dolgotrajna telesna bolečina in telesne bolezni pa so hkrati eden od pomembnih dejavnikov tveganja za pojav težav v duševnem zdravju. Po drugi strani se dogaja, da zdravstveni delavci simptomov telesnih bolezni ne jemljejo resno, temveč jih pripišejo depresiji. Govorimo o začaranem krogu diagnostičnega zasenčenja (angl. *diagnostic overshadowing*).

Veliko bolj kot kurativa pa je ključno preventivno delovanje, da do težav v duševnem zdravju ne pride, so odložene na kasnejši čas ali pa se izrazijo v milejši obliki. Preventiva v obliki *spodbujanja socialnih stikov pri starejših* npr. obiski družine in prijateljev, pogovori po telefonu, skupinska srečanja in druge oblike druženja, *fizična aktivnost*, kot so sprehodi in zmerna vadba, so bistvenega pomena za izboljšanje razpoloženja in preprečevanje depresije pri starejših.

#### **LITERATURA IN VIRI:**

Depresija pri starejših (b. d.). <https://www.omra.si/e-ucilnica/depresija1/depresija-pri-starejsih/>

### 3.6 Stiske in duševno zdravje svojcev ob skrbi za starejše

*Pripravila: Vida Vidmar Kastelic, Center za individualno, zakonsko in družinsko terapijo Emocije*

\*e-poštni naslov: [vida.vidmarkastelic@emocije.si](mailto:vida.vidmarkastelic@emocije.si)

Skrb za starejše, za katere zaradi onemoglosti, težavnejšega, dolgotrajnega obolenja ali pešanja moči, in s tem izgube samostojnosti, najpogosteje izvajajo svojci. V visokem odstotku so to otroci, najpogosteje eden izmed otrok ki je lokacijsko najbližji. Zagotavljanje osnovnih potreb hranjenja, higiene, toaletnih in higienskih pripomočkov, zdravil, kakor tudi varnosti zahteva redno angažiranje in skrb svojcev, kar pogojuje večje spremembe v življenjskem slogu in večje prilagoditve celotne družine. Če to primerjamo z nego novorojenčka in skrbjo za otroke nasploh, so starši, ki skrbijo za novorojenčke in otroke, mlajši in za svoje delo nenehno nagrajeni z napredkom in razvojem otroka, pri skrbi za starajoče, onemogle starše pa napredka v smislu izboljšave ni, kar nemalokrat povzroča svojcu stisko, frustracije in nemoč. Glede nege novorojenčka in odraščajočega otroka je veliko priprav, navodil, literature in institucionalne strokovne podpore in pomoči staršem, v primeru skrbi za starejše pa temu ni tako. Izhajajoč iz terapevtske prakse v Centru za individualno, zakonsko in družinsko terapijo Emocije, stisko najpogosteje naslavlja ženske med 48 in 60 letom starosti in moški med 52 in 64 letom starosti, ki so večinoma še delovno aktivni, imajo lastno družino in aktivno skrbijo za svojega starajočega starša (svojca). Velik delež le teh skrbi še za svoje odraščajoče, šolajoče otroke.

#### **ČUSTVOVANJE**

Svojci, ki skrbijo za svoje starajoče starše, se v terapevtski proces vključijo zaradi težav na delovnem mestu, težav v lastni družini (otroci, partnerski odnos), zaradi občutja nemoči, brezvoljnosti, nenehne preutrujenosti in obupa. Soočajo se z občutki jeze nad spremembo vedenja, čustvovanja in kognitivnega upada svojih staršev, saj tudi sami v začetni fazi skrbi za starajoče starše ne zmorejo sprejeti zavedanja, da starši slabijo in se spreminjajo na različnih ravneh.

Sprva gre za zanikanje, da se to resnično dogaja njim in njihovim staršem in tolažbo »najdejo« v ideji, da gre za prehodno obdobje. Spoznanje, da gre za napredujočo bolezen, za zmanjševanje kognitivnih sposobnosti, za spremenjeno čustvovanje in vedenje starajočih se staršev, preide v intenzivno žalovanje za starši, ki so bili njihova ikona, njihov steber moči, opore in varnosti. Pogosto so deležni osamljenosti v svojih čutenjih in dilemah, kakor tudi panike, ker nimajo uvida kam in kako do pomoči. Izvajanje nege povzroča nemalokrat nelagodje in občutje sramu. Strah pred potekom staranja staršev jih postavlja v dvom o lastni sposobnosti in nenehno kolebanje med dolžnostjo, ljubeznijo do staršev in strahu pred izgubo lastnega življenja. Pogosti stik z zdravstvenim osebjem in osebjem področja

socialne varnosti najpogosteje ne prinese zelene pomoči, saj občutijo predvsem dodatno obremenitev z navodili in mnenji ter povečujejo krivdo da niso dovolj predani. Omejitve, ki jih prinašata zdravstveni in socialni sistem v družbi svojce sooči z občutjem, da so povsem prepuščeni sami sebi in nemočni, nerazumljeni. Poudarjeno je stiska prisotna v primerih nepopravljive izgube (npr. demenca).

Zagotavljanje nege, prehrane in varnosti na domu preko institucij (negovalne službe) sprva občutijo kot dovoljenje, da opravljajo svoje delo in skrbijo za lastno družino, kakor tudi olajšanje. V primerih napredujočega slabšanja stanja starajočih staršev pa dokaj hitro nekaj urna pomoč negovalnega osebja na domu pomeni le kapljico v morju nenehne skrbi.

Administrativno urejanje sprejema starajočih staršev v dom starejših občanov je velik mejnik in lahko tudi travmatična izkušnja, zelo odvisno od lastne socialne mreže, podpore bližnjih in reakcije onemoglih staršev. Razen v primerih napredujoče demence, je odločitev za bivanje v DSO v domeni posameznega starajočega. Soočanje z dejstvom, da je tovrstna oskrba nujno potrebna in edina rešitev nemalokrat sproži povsem novo dimenzijo v medsebojnih odnosih razširjene družine in širše. Pogosto se tako pojavi občutje izgube.

Izgube nam ne predstavlja le smrt bližnje osebe, temveč se pojavi občutje da smo nekaj izgubili tudi pri izgubi določene vloge v življenju, selitvi, ločitvi, zaključku nekega življenjskega obdobja ali prekinitvi stikov z določeno osebo. V teh primerih v terapevtskem procesu zaznamo primere separacijske tesnobe in patološkega žalovanja.

## **OBOLEVANJE**

Najpogosteje svojci, ki skrbijo za svoje starajoče, onemogle starše, obolevajo za drugo stopnjo izgorelosti, ki jo imenujemo tudi preutrujenost.

Izgorelost je stanje psihofizične in čustvene izčrpanosti, ki nastane po dolgotrajnem izčrpanju organizma. Izgorel človek pride do stanja močnega upada telesne energije, težko ohranja budnost in se ne more skoncentrirati. Obenem se mu trga miselni tok, pozablja, je anksiozen, neodločen, motijo ga lahko že vsakdanji senzorni dražljaji. Tako pride do stanja, ko ni sposoben opravljati vsakodnevnih opravil, kaj šele delati in skrbeti za svoje bližnje.

Skrb vzbujajoče je poročanje svojcev, da pogosto posegajo po pomirjevalih brez nadzora osebnega zdravnika oziroma psihiatra. Odsotnost skrbi za lastno zdravje, razmerja med obremenitvijo in počitkom in nemalokrat popolna odsotnost socialnih stikov pahne posameznika v bolezen.

Občutje, da svojega življenja nimajo več v svojih rokah, da so prežeti z napori in pričakovanji starajočih staršev in okolico jih nemalokrat pripelje žal tudi do adrenalnega zloma.

### ***Kaj potrebujejo svojci starejših odraslih***

Svojci starejših odraslih poročajo o občutju popolne prezrtosti. Zdravstveno in socialno varstveno osebe jih dojema kot nekoga, ki vrši prevoz na zdravniške preglede, nekoga ki poskrbi za hrano, zdravila in ostale pripomočke, nikakor pa ne kot nekoga, ki se sooča s stiskami in potrebami starejših odraslih. Prepoznavanje naporov in doprinosa je iluzorno pričakovati od starejših odraslih, saj so le ti obremenjeni z lastnimi težavami, obolenji, slabenjem in stiskami.

Izjemnega pomena je, da se ob skrbi za starejše odrasle naslovi tudi skrb za svojce, ki za starejše odrasle skrbijo. Le na tak način lahko govorimo o celostnem pristopu. Pomembno je načrtovati in izvajati programe za starejše odrasle, ki potrebujejo nego in oskrbo in imajo hujšo zdravstveno diagnostiko (invalidnost, demenca...) z mislijo na in sodelovanjem s svojci, ki skrbijo za starejše odrasle in to ne samo v smislu administrativnega urejanja, finančne konstrukcije, zagotavljanja zdravil, pripomočkov, prevozov temveč bistveno več. Pomembno je zagotavljanje pogovora svojcev z zdravnikom, možnost umirjenega, konstruktivnega pogovora kako svojci vidijo, doživljajo stanje starejšega odraslega. Svojci potrebujejo zaupnika, kateremu lahko izpovejo s kakšnimi dilemami se soočajo ( npr. Pomankanje negovalnega osebja na domu, odklonitev sprejema v Dom starejših, ipd.) in istočasno nekoga ki bo operativno pripomogel k najboljši rešitvi.

V medsebojnih odnosih odsotnost empatije in pretirano vrednotenje izključno rezultatov ter storilnostna naravnost povzročajo stiske. Posledica omenjenih dejstev je slabše duševno zdravje posameznika in posledično slabša kakovost življenja posameznika in družbe nasploh. Svojci starajočih potrebujejo odgovor na vprašanje: "Na koga se lahko obrnem s svojo stisko in dilemo, da bom najbolje poskrbel za svoje onemogle, starajoče se starše?"

### 3.7 Duševno zdravje starejših in stigma

*Pripravila: Sanja Cukut Krilić, ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, \*e-poštni naslov: [sanja.cukut@zrc-sazu.si](mailto:sanja.cukut@zrc-sazu.si)*

Evidence raziskav na globalni ravni v zadnjih tridesetih letih sporočajo, da so mnogi strokovnjaki na področju duševnega zdravja manj pripravljeni delati z starimi ljudmi, da imajo pogosto negativna stališča do učinkovitosti psihoterapije z njimi in da je pri njih pogosto prisotno pomanjkanje strokovnih znanj o starem prebivalstvu (Bodner idr., 2018). V zadnjih treh desetletjih je sicer kar nekaj študij obravnavalo obstoj negativnih stališč do starih oseb na področju skrbi za duševno zdravje. Pristranosti tako strokovnjakov kot tudi institucionalnih ureditev pogosto pomenijo slabšo obravnavo starih ljudi, katerih število hkrati narašča, kar pomeni, da se soočajo tudi z vedno bolj kompleksnimi težavami v duševnem zdravju (Royal College of Psychiatrists, 2018). Diskriminacija, ki jo doživljajo stari ljudje v okviru zdravstvenega sistema, je lahko neposredna ali posredna. Do neposredne diskriminacije pride, ko je nekdo zaradi svoje starosti obravnavan slabše: na primer zdravnik pacientu zavrne obravnavo, saj meni da je prestar, četudi bi obravnavo imela neposredne pozitivne učinke. Posredna diskriminacija pomeni, da so na primer v zdravstvu zaposleni le strokovnjaki, ki nimajo ustreznih znanj o specifičnih zdravstvenih in drugih potrebah starih ljudi. Tovrstna diskriminacija vpliva na dožemanje starih ljudi, na to, kako jih strokovnjaki obravnavajo in v kakšni meri so njihove potrebe podprte in upoštevane (Royal College of Psychiatrists, 2018).

Poročilo Royal College of Psychiatrists (2018) povzema tudi rezultate raziskav iz Evrope in ZDA, ki navajajo, da so stari ljudje praviloma stereotipno predstavljeni kot bolni, odvisni in nekompetentni. Omenjeno se reproducira tudi v zdravstvu, kamor že po pravilu pridemo ko smo bolni ali vsaj začasno odvisni od drugih. To potrjuje ponotranjenje tovrstnih stereotipov tudi med zdravstvenimi delavci in med starimi ljudmi, ki praviloma v manjši meri kot mlajši verjamejo, da se ne bodo pozdravili. Študija Linden in Kurtz (v Royal College of Psychiatrists, 2018) je navedla primer, ko so zdravnikom dali v presojo dva identična primera pacienta z znaki depresije z edino izjemo starosti pacienta: v enem primeru je pacient imel 39 let, v drugem primeru pa 81 let. Ugotovili so, da je diagnoza, ki so jo zdravniki dali mlajšemu pacientu, praviloma bila bolj primerna in natančnejša, medtem ko so pri starejšem pacientu večkrat diagnosticirali telesno bolezen ali demenco. Prav tako bi zdravniki mlajšim pacientom večkrat predpisali ustrežnejše zdravljenje, ki je vključevalo psihoterapijo, farmakološko zdravljenje in napotitev na specialistično zdravljenje, medtem ko so starim ljudem predpisovali zlasti podporno svetovanje.

Dye (v Bodner idr., 2018) je v svoji študiji med psihologi v ZDA zaznal prepričanje, da so stare osebe rigidne, da se težko učijo novih vsebin in da imajo premalo rezilientnosti in energije za terapevtsko rast. Druga študija med psihiatri in kliničnimi psihologi v ZDA je prav tako ugotovila, da stari ljudje praviloma dobivajo slabše prognoze zdravljenja kot mlajše osebe in da jih strokovnjaki gledajo kot 'manj primerne' za terapijo. Ena od študij je raziskovala legitimnost samomorilnega vedenja med starimi ljudmi. Ugotovili so, da so zdravniki v ZDA manj pripravljeni obravnavati stare ljudi s samomorilnimi nagnjenji, saj naj bi bila samomorilna nagnjenja med starejšimi ljudmi nekaj logičnega in normalnega (Bodner idr., 2018). Prav zato je pomembno, da strokovnjaki, ki delajo s starimi ljudmi, prepoznajo, kaj staranje pomeni njihovim pacientom kot tudi njim samim. Starizem (diskriminacija na podlagi starosti) namreč lahko pomeni, da se pri starih ljudeh spregleda pomen njihovih notranjih in zunanjih resursov, in se prevladujoče osredotoči na njihove značilnosti, ki so povezane s staranjem. Pomembno je tudi, da terapevti neposredno naslovijo s starostjo povezano stigmo, na primer prepričanje, da prejetje terapije pomeni, da sem šibek ali pa, da je nekdo prestar, da bi se spremenil. Bodner idr. (2018) strokovnjake na področju duševnega zdravja posledično pozivajo, naj naslovijo stigmo, ki je povezana s starostjo, vključujoč samo-starizem in samo-stigmatizacijo njihovih starejših pacientov.

Po nekaterih raziskavah se prepoznava in obravnava depresije pri starih ljudeh dogaja na drugačen način kot pri mlajših osebah. Strokovnjaki in strokovnjakinje pa tudi stari ljudje sami se osredotočajo zlasti na njihovo slabo telesno zdravje, zato depresija pogosto ni ustrezno prepoznana, iskanje pomoči pa je prepozno. Dolgotrajna telesna bolečina in telesne bolezni pa so hkrati eden od dejavnikov tveganja za pojav težav v duševnem zdravju. Po drugi strani se dogaja, da zdravstveni delavci in delavke simptomov telesnih bolezni ne jemljejo resno, temveč jih pripišejo depresiji. Govorimo o diagnostičnem zasenčenju (angl. *diagnostic overshadowing*). Tu gre za obliko stigme, do katere pride takrat, ko telesne simptome napačno pripišemo obstoječim težavam v duševnem zdravju. To povečuje trpljenje ljudi s težavami v telesnem in duševnem zdravju, saj se lahko zdravstveni delavci in delavke do njih obnašajo, kot da si telesne simptome izmišljujejo, hkrati pa jih obravnavajo kot del njihovih težav v duševnem zdravju in jih zato ne jemljejo resno. Norveška raziskava (Holm idr., 2014) je opozorila na primere, ko zdravniki in zdravnice niso ustrezno obravnavali stanj kot sta na primer zdrs vratnih vretenc in zlom medenice, saj so tovrstne telesne težave pri starih pacientkah in pacientih pripisali obstoječi diagnozi depresije. Četudi so telesni simptomi lahko del izkušnje depresije, pa so stari ljudje poročali, da zdravstveni delavci menijo, da le-ti niso resnični, hkrati pa jim praviloma niso razložili, zakaj njihovi telesni simptomi niso bili nadalje raziskani. To pri starih ljudeh povzroča dodatno trpljenje in čustveno bolečino. Stigma se namreč vedno razvija in vzdržuje v odnosu, v interakciji.



Izkušnja stigmatizacije se kaže v občutju izključenosti, saj je komunikacija z bližnjimi in strokovnjaki ter strokovnjakinjami takrat, ko poskušamo svoje trpljenje osmisliti, otežena, celo pretrgana. Hkrati so stari ljudje poročali, da so bili tudi sami negotovi, ali je bila njihova bolečina telesna ali duševna, a hkrati so zaradi nje težko načrtovali svoje vsakdanje življenje. Zaradi bolečin so včasih težko spali, nekateri so povedali, da se počutijo odtujeni od vsakdanjega življenja, kot da le-tega opazujejo od zunaj in v njem ne sodelujejo, saj kombinacija fizične in duševne bolečine preplavi njihovo telo. Izjemno so bili občutljivi tudi na informacije o svojem fizičnem stanju, med drugim zato, ker so se bali, da bodo zaradi dodatnih diagnoz postali še bolj nemočni ali odvisni od drugih.

Kvalitativna študija v Združenem kraljestvu (Tsouvara idr., 2018) je prav tako proučevala izkušnje starih oseb s težavami v duševnem zdravju, a v kontekstu doma za starejše občane, ki se je dodatno specializiral za storitve na področju duševnega zdravja, kar je dokaj spregledano področje raziskovanja. Raziskovalci so izhajali iz ugotovitve nekaterih študij, da stare osebe, ki imajo boljše razumevanje svojih težav v duševnem zdravju, doživljajo večjo samostigmo, saj se zavedajo negativnih stališč družbe do njihovega stanja. Pokazalo se je, da se udeleženci raziskave samostigmatizirajo z občutki zavračanja samega sebe in manjvrednosti, pogosto pa so govorili tudi o občutkih izolacije, torej da se o svojem duševnem stanju ne želijo pogovarjati ne s stanovalci, ne z drugimi člani njihove skupnosti. Hkrati so praviloma zavračali oznako, da imajo duševno motnjo. Njihovi občutki do oseb, ki imajo tovrstne motnje, so nihali od tega, da imajo te osebe premalo nadzora nad samimi sabo, zavedanja o javni stigmi, ki jo doživljajo, simpatije, nezainteresiranosti, izogibanja in strahu.

Študija v ZDA, ki je med drugim vključila v raziskavo tako belopolte kot temnopolte osebe, je prav tako pokazala visoko raven stigme med starimi ljudmi z diagnozo depresije, saj jih veliko ni bilo vključenih v noben program zdravljenja, niti niso imeli namena vključiti se v tovrsten program. Še večjo stopnjo ponotranjenja stigme in manjšo stopnjo pripravljenosti poiskati pomoč, ki je večina niti še ni prejela, so izkazovali stari Afroameričani, kar kaže na pomen interakcije različnih dimenzij, v konkretnem primeru na primer rase in starosti (v primerjavi z belopoltimi udeleženci raziskave). Glede doživljanja javne stigme se med temnopoltimi in belopoltimi niso pokazale značilne razlike, hkrati pa se je bolj kot javna stigma kot pomemben napovednik iskanja pomoči pokazala samostigma. Raziskava je opozorila, da nizka stopnja ponotranjenja stigme lahko pri proučevani skupini pomeni tudi, da so udeleženci že načeloma zavračali oznako oziroma diagnozo depresije (O' Conner idr., 2010).

Stigma, ki je povezana s težavami v duševnem zdravju, je zaradi dodatnih ovir pri dostopanju do storitev (na primer specifičnih prepričanj o težavah v duševnem zdravju, jezikovnih ovir), lahko še bolj izražena pri starih ljudeh, ki prihajajo iz različnih migrantskih/etničnih manjšinskih skupin, hkrati pa

starost lahko tovrstno stigmo še poglobi (Min, 2019). Min je na primer primerjal percipirano javno stigmo glede na starost in etnično skupino, pri čemer je v raziskavi etnične skupine v ZDA razdelil na belopolte, temnopolte in Latinoameričane. Kot že v nekaterih preteklih raziskavah so stari temnopolti poročali o manjši javni stigmi kot je to veljalo za ostali dve skupini, najbolj izraženo javno stigmo pa je raziskava identificirala med belopoltimi. Najnižjo stopnjo strinjanja z učinkovitostjo intervencij na področju duševnega zdravja je raziskava zaznala med Latinoameričani. Raziskava je pokazala tudi, da so o manjši izraženosti javne stigme in o po njihovem mnenju večji učinkovitosti različnih metod zdravljenja duševnih motenj poročale ženske, stari nad 65 let in tisti, ki so imeli nižje stopnje izobrazbe. Tisti, ki so manj verjeli v učinkovitost zdravljenja duševnih težav, so poročali tudi o zmanjšani uporabi služb na področju duševnega zdravja, kar se je zlasti pokazalo med belopoltimi in Latinoameričani (Min, 2019). Študija je potrdila kompleksnost dejavnikov, ki vplivajo na stigmo, povezano s težavami v duševnem zdravju, kot so na primer starost, etnična pripadnost, spol in raven izobrazbe, kar je pomembno upoštevati tudi v intervencijah in programih, ki naslavljajo stigmo in težave v duševnem zdravju starejših.

## LITERATURA IN VIRI:

Bodner, E., Yuval, P. Wyman, M. J. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. V: L. Ayalon, C. Tesch Romer (Ur.), *Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Ageing 19*. (pp. 241–262).

Min, J. W. (2019). The influence of stigma and views on mental health treatment effectiveness on service use by age and ethnicity: evidence from the CDC brfss 2007, 2009 and 2012. *Ethnogerontology, July-September*, 1–12. <https://doi.org/10.1177/215824401987627>

O'Conner K., Carr Copeland, V., Grote N., Koeske, G., Rosen, D., Reynolds, C, Brown, C. (2010). Mental health treatment seeking among older adults with depression: the impact of stigma and race. *Am J Geriatr Psychiatry. 18(6)*, 531–543. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181cc0366>

Royal College of Psychiatrists (2018). Suffering in silence: age inequality in older people's mental health care. [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr221.pdf?sfvrsn=bef8f65d\\_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr221.pdf?sfvrsn=bef8f65d_2)

Tsouvara, V., Papadopoulos, C. , Randhawa, G. (2018). Self-stigma experiences among older adults with mental health problems residing in long-term care facilities: a qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing, 39(5)*, 403–410. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1383540>

## FINANCIRANJE

Prispevek je nastal v okviru programa OMRA - Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in pridruženih motnjah, ki ga sofinancirata Ministrstvo za zdravje in Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, aplikativnega raziskovalnega projekta Težave v duševnem zdravju migrantk/ov: izkušnje prepoznave in obravnave (številka: L5-3183), ki ga sofinancirata Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna in Slovenska akademija znanosti in umetnosti in v okviru programske skupine Raziskave o duševnih stiskah in dobrem počutju (številka: P5-0439), ki jo financira Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna.

### 3.8 Podpora starejšim skozi program Starejši za starejše

*Pripravila: Vijola Bertalanič, Zveza društev upokojencev Slovenije*



*Slika 3: Logotip ZDUS*

#### PROGRAM STAREJŠI ZA STAREJŠE

V okviru ZDUS se izvaja več programov, najpomembnejši med njimi pa je socialno varstveni PROGRAM STAREJŠI ZA STAREJŠE, ki deluje od leta 2004 in je letos praznoval 20. let delovanja. Program je delno financiran s strani Ministrstva za delo družino in socialne zadeve, s strani mestne občine Ljubljana, Fundacije FIHO, drugi viri financiranja pa so donacije, ki pa jih je vedno manj. Program je za uporabnike brezplačen. Ker pa je program kot tak podfinanciran, prostovoljci na terenu ponekod ne dobijo povrnjene niti najnujnejše stroške prevozov, drugo pa bolj malo. Prav tako prostovoljci v naši družbi ne najdejo vedno vsaj zahvale oziroma priznanja, da so pomemben del v pomoči starejšim. Program je leta 2017 prejel nagrado Državljan Evrope 2017 (kot dobro prakso je naš program prepoznala Evropa), v letošnjem letu pa smo prejeli Nagrado Republike Slovenije za prostovoljstvo v letu 2023.

Namen projekta je bil vzpostaviti trajno medsebojno pomoč starejših v vseh lokalnih skupnostih v Sloveniji s težnjo, da ostajajo starejši čim dlje v domačem okolju. Prostovoljci in prostovoljke DU, ki so se vključili v projekt imajo nalogo, da obiskujejo v svojem okolju vse starejše od 69 let, ki živijo zunaj domov za starejše in so se pripravljene z njimi srečati, jih povprašati o njihovih potrebah in jim poizkušali pomagati z različnimi oblikami pomoči ali opozoriti na njihove potrebe javne službe za pomoč starejšim. Trenutno v programu deluje cca.3500 prostovoljcev v 240 društvih, v sam program pa je bilo v letu 2022 vključenih 181.521 uporabnikov, opravljeno je bilo 1.342.079 obiskov in nudeno 598.957 storitev kot so druženje, sprehodi, prevozi, pomoč pri lažjih hišnih opravilih, dostava iz trgovine, dostava hrane, humanitarni paketi, pomoč pri osnovnih osebnih opravilih, družabne igre, telefonska pomoč itd.

Moto programa je: **DANES JAZ POMAGAM TEBI, KO BOM SAMA RABILA POMOČ, PA BODO DRUGI POMAGALI MENI.**

Prostovoljke, ki izvajajo Program starejši za starejše se za svoje delo dodatno izobražujejo predvsem z vidika, kako pristopiti k starejšim, še posebej tistim, ki so nezaupljivi in si ne najdejo družbe. Prostovoljke prihajajo k starejšim večkrat in si postopoma pridobivajo zaupanje. Samo pravilen odnos pomeni pozitivno tudi tako za prostovoljca, kot tudi za starostnika, h kateremu prihaja in takšen odnos je pravi. Premagati se mora tudi nezaupanje, ki na terenu nastaja zaradi negativnih izkušenj z akviziterji oziroma preprodajalci, ki po domovih prodajajo različne izdelke in velikokrat starejše prepričajo v nakup stvari, ki jih ne rabijo in jim je pozneje žal.

Prostovoljci na enem izmed začetnih obiskov pri posamezniku skupaj s starejšim izpolnijo tudi poseben vprašalnik, ki zajema osnovne podatke o posamezniku, kje bivajo, kakšno je njihovo materialno stanje, kakšni so njihovi bivalni pogoji, o zdravju in predvsem o tem, če želijo, da se jih obiskuje in kakšno pomoč rabijo. Podatki pridobljeni z vprašalnik nam kažejo v kakšnih razmerah živijo starejši v Sloveniji in z njimi seznanjamo in opozarjamo na problematiko lokalne skupnosti.

Problematike s katerimi se na terenu srečujemo in vplivajo na duševno zdravje starejših so:

- Osamljenost še posebej tam, kjer starejši živijo sami.
- Slaba komunikacija s svojci, nepravilen odnos mladih do starejših.
- Nasilje nad starejšimi.

Skoraj polovica pomoči, ki se izvaja v programu so **druženja**. Na terenu ugotavljamo, da precej starejših živi samih oziroma so pretežni del dneva sami. Prav ti ljudje želijo, da se jih obišče, se z njimi pogovarja, da se jim bere, gre z njimi na sprehod, skratka želijo si družbe. Prav zaradi osamljenosti je veliko starejših depresivnih in zato je pomembno, da se jih obišče, se z njimi pogovarja. Če družbe ni, se vedno bolj zapirajo vase, velikokrat gredo v **depresijo** in v bolezen in celo naredijo samomor.

Tudi ko živijo skupaj s svojci, je velikokrat komunikacija slaba in to starejše še posebej bremeni. Počutijo se odrinjeni, nepomembni, počutijo se odveč. Osamljenosti je več v mestih, kjer se ljudje izolirajo drug od drugega, še posebej v blokovskih naseljih. Tudi prostovoljci težko pridejo do njih, ker ne zaupajo tujcem. Boljše razmere so v vaških naseljih, kjer v večini še deluje sosedska pomoč, ljudje se med sabo poznajo, sosedje se več družijo in tudi bolj pazijo drug na drugega.

Prav zaradi tega v programu dajemo prav druženju največji poudarek tako v domačem okolju, v zadnjem obdobju pa tudi z obiskom starejših v inštitucijah, kljub temu, da to ni naloga v programu Starejši za starejše. Ob pomanjkanju osebja v domovih, so ljudje veseli, če jih obiščejo prostovoljci, ki so jih obiskovali, ko so bili še doma, še posebej so veseli tisti stanovalci domov, ki nimajo svojcev.

Pri svojem delu prostovoljci na terenu ugotavljajo tudi zlorabo starejših in to v **domačem družinskem okolju, v inštitucijah kot so domovi za starejše, zdravstveni zavodih, drugih inštitucijah, ki se srečujejo s starejšimi ter v družbi na sploh.**

V programu Starejši za starejše se prostovoljci predvsem srečujejo **z nasiljem nad starejšimi v domačem okolju.** Kljub temu, da veliko družin skrbi za svoje starejše zgledno, pa ugotavljamo ob obiskih na terenu, **da je nasilja vedno več,** starejši ne vedo, kam po pomoč, ne upajo povedati, ne prijavljajo storilcev, ki so navadno družinski člani, ker jih je sram, ker želijo zaščiti svoje otroke, ker ne poznajo svojih pravic. Velikokrat svojci tudi ne dovolijo, da bi kdo prihajal v družino, da bi prepoznal nasilje. Nasilje v družini, ki ga starejši občutijo:

- **je fizično nasilje,**
- **materialno nasilje,**
- **psihično ali čustveno nasilje,**
- **spolno nasilje,**
- **zanemarjanje starejših in medgeneracijsko nasilje.**

Pogovor med prostovoljcem in starejšimi na terenu je zaupne narave in prav nasilje nad starejšimi je tisto o čemer starejši ne želijo govoriti. Največkrat povedo, kaj se jim dogaja, ne želijo pa, da se kaj o tej zlorabi posreduje naprej in to zaradi tega, ker jih je strah, bolijo se, da bo še huje in zato povedo svoj problem le zato, da se malo razbremenijo. Ker gre za družino, drugi nimajo pravice posegati, dokler se nasilja ne prijavi. Starejši pravijo, da v kolikor bi prijavljali te zadeve, bo še huje in zato so rajši tihi in potrpijo. Prostovoljke so v takih težkih situacijah tiste, **ki morajo odreagirati,** največkrat se obrnejo na društvene koordinatorke, ki skušajo potem preko ustreznih inštitucij zadevo rešiti, če menijo, da je nujno poseči v situacijo in starejšega izločiti iz okolja ali kako drugače rešiti zadevo. Moram povedati, da naše prostovoljke in predvsem društvene koordinatorke dobro sodelujejo s Centri za socialno delo, patronažo, z zdravstvenimi zavodi, s Karitasom, z Rdečim križem in drugimi in skušajo pomagati pri reševanju problemov posameznih starejših občanov.

Poseben problem tako za posameznika kot njegove svojce je demenca, za katero zboleva vedno več starejših. Zaradi nepoznavanja bolezni, njenih znakov in kako pomagati zbolelim, svojcem prinaša v družino spore, nepravilno reagiranje ob določenih znakih. Prostovoljce na terenu usposabljam tudi v tej smeri, da prepoznajo demenco, da se znajo pogovarjati s starejšimi z demenco, ko jih obiščejo in s tem vsaj malo razbremenijo njihove svojce in istočasno pomagajo starejšim. O demenci, njenih znakih in kako ravnati z dementnim svojcem bi morali več govoriti v medijih, na raznih predavanjih itd.

Pomembno je **delovanje društev upokojencev**, ne samo preko programa Starejši za starejše temveč tudi preko drugih dejavnosti, kot so športne aktivnosti, petje, ročna dela, kolesarjenje, pohodi itd. Vse te dejavnosti v prvi vrsti pomenijo to, da se ljudje družijo, se pogovarjajo, tudi nasmejijo, skratka so skupaj. Pomembno je tudi druženje in pogovori ob kavi, zelo dobro na starejše vplivajo skupine za samopomoč oziroma druga neformalna druženja. To, da lahko posameznik potarna okrog svojih stvari, zdravja, odnosi s svojci in podobno, pomeni za starejšega razbremenitev in olajšanje. Starejši, ki si je že v svojih aktivnih letih ustvaril svojo socialno mrežo, tudi v starosti ni osamljen, tisti, ki pa nimajo socialne mreže, pa so odvisni od svojega okolja, svojcev itd. Prav zato se vzpodbuja, da se starejši vključujejo v različne aktivnosti že kot mlajši upokojenci in potem je pozneje manj problemov, vendar prav vključevanje mlajših upokojencev je problem. Več bi bilo potrebno narediti tudi pri pripravi na starost in upokojitve. Tam, kjer si najdejo starejši ob upokojitvi nove aktivnosti, ni problemov, so pa problemi tam, kjer novih aktivnosti ni - velikokrat gre za beg v bolezen.

Med starejšimi je tudi **veliko revščine** in to zaradi nizkih pokojnin ali pa zato, ker jim svojci pokojnine vzamejo, ali pa starejši podpirajo mlade, sebi pa ne privoščijo. V primerih, ko prostovoljke na terenu zaznajo, da ljudje nimajo za preživetje, se jim pomaga urediti različne oblike pomoči, se ureja dostava viškov hrane, humanitarni paketi in podobno. Veliko starejših ne prizna, da živijo v revščini, rajši živijo skromno, velikokrat tudi brez hrane. Prav tu je spet potem vloga prostovoljke, ki mora prepoznati stisko teh ljudi in jim skušati pomagati. So pa tudi starejši, ki sebi ne privoščijo, ker denar šparajo za svoje potomce, enako je tudi z prevelikimi hišami v katerih živijo in v si včasih ne privoščijo kurjave itd. Ta problem prevelikih neprimernih hiš je v našem okolju zelo prisoten, ker nismo vajeni zapustiti svojega bivališča in si najti sebi primerno novo bivališče. Vse to starejše zelo obremenjuje.

**Prostovoljci na terenu opažamo, da je odnos do starejših v naši družbi** vedno slabši. Velikokrat se počutimo kot breme družbe, kljub temu, da smo si svoje pokojnine zaslužili s svojim delom. Vsako leto se baranta o tem, koliko se bodo zvišale pokojnine, kakšen bo regres in podobno, čeprav vse piše v zakonih, vendar za pokojnine vedno zmanjkuje denarja. Velikokrat so bolni starejši veliko breme svojcem in družbi kot celoti in kako urediti njihovo oskrbo je trenutno velik problem za vse v družini. Ne uspe nam urediti skrbi za starejše tako, kot je primerno. Velikokrat svojci ali starejši sami želijo več pomoči od prostovoljcev (stalna oskrba in pomoč), ki pa tega niso v stanju ponuditi. Prostovoljci programa smo le pomoč ostalim, ki izvajajo različne oblike pomoči. V stiski se znajdejo tako starejši in velikokrat tudi svojci, ki zaradi svojih zaposlitev in drugih obveznosti težko nudijo stalno pomoč svojim starejšim članom. Danes je zelo malo družin, kjer živi več generacij in te poskrbijo tudi za starejše. Danes je pred družbo obveza, da se uredi socialno in zdravstveno varstvo tako, da se najde primerna

oblika skrbi. Za vsakega starejšega, pomoči potrebnega bi se morala najti njemu primerna oskrba. Mi pa še vedno govorimo, kako se bo izvajal Zakon o dolgotrajni oskrbi in predvsem, kdo bo dal denar za to. Mladi velikokrat govorijo proti novemu obveznemu zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki se bo začel plačevati drugo leto, ne razmišljajo pa o tem, da bodo tudi oni enkrat stari, ne razmišljajo tudi o tem, da se bodo razbremenili tudi oni v skrbi za svojce oziroma bo to v pomoč starejšim in njim kot svojcem.

Starejši zato svoje stiske zaradi starosti, bolezni in predvsem nesposobnosti pomagati sami sebi, rešujejo na različne načine, najhuje pa je beg v bolezen, na žalost pa tudi v nasilno smrt, ker ne želijo biti breme svojcem oziroma okolju.

Populacija starejših se iz leta v leto veča, boljši pogoji življenja podaljšujejo leta, vendar kot pravi pregovor:

*DODAJMO ŽIVLJENJE LETOM, NE LETA ŽIVLJENJU*



### 3.9 Kako lahko izboljšujemo duševno zdravje starejših v lokalni skupnosti?

*Pripravila: Olivera Stanojević Jerković, Nacionalni institut za javno zdravje, Območna enota Maribor, \*e-poštni naslov: [Olivera.Stanojevic@nijz.si](mailto:Olivera.Stanojevic@nijz.si)*

#### **STANJE V SLOVENIJI NA PODROČJU STARANJA**

V Sloveniji se intenzivneje staramo kot v povprečju držav EU. Do leta 2030 se pričakuje porast deleža starih 65 in več let na približno četrtno celotnega prebivalstva, do leta 2060 pa bo populacije v tej starosti skoraj 30%. Zatorej je v interesu države/družbe, da poskrbi za boljše zdravje te populacije in s tem doseže zamik bolezni in nezmožnosti čim pozneje v življenjskem ciklu. Podaljševanje pričakovanega trajanja življenja, žal ni na račun izključno zdravih let življenja; v dobrem zdravju po trenutnih podatkih v Sloveniji preživimo le 80% življenja. Takšni demografski trendi kličejo po spremembi doslej linearnega zaporedja izobraževanja, dela in upokojitve; nov koncept zahteva prepletenost učenja, dela/aktivnosti in vključevanja tekom celotnega življenjskega cikla (UMAR, 2017).

#### **SPREMEMBE V STAROSTI**

S staranjem se načeloma zmanjšujejo energijske rezerve, poslabšujejo se vid, sluh, uravnavanje ravnotežja, imunski odgovor, delovanje srca in ledvic, ter že obstoječe kronične bolezni. Upadeta telesna in duševna zmogljivost, spremeni se doživljanje samega sebe, pojavijo se lahko telesne oviranosti, kronične bolezni ali težave v duševnem zdravju. Različne zasvojenosti in negativni vplivi iz okolja lahko dodatno poslabšajo duševno zdravje (Brlek, Tkalec, Vek in Stanojević Jerković, 2020).

Duševno zdravje definiramo kot: občutek splošnega zadovoljstva (z življenjem) ali dobrega počutja, uspešno uravnavanje čustev, izpolnjene osnovne potrebe (uspešno samostojno življenje, varnost, nenasilje, odsotnost stigme in diskriminacije), dobre medosebne odnose, uspešno spoprijemanje z vsemi življenjskimi izzivi (v tem obdobju jih je veliko) ter s kroničnimi boleznimi in nezmožnostmi. Starejši so predvsem zaradi slednjega ranljiva skupina (Brlek et al., 2020). Pa vendar, potrebno je upoštevati izjemno heterogenost populacije starejših, zatorej procesi staranja potekajo pri posameznikih z zelo različno hitrostjo.

#### **KLJUČNI IZZIVI V POPULACIJI STAREJŠIH ODRASLIH PRI NAS**

Med ključne izzive populacije starejših odraslih sodijo tako biološko pogojeni procesi, kot tudi tisti povezani z načinom življenja ter z okoliščinami iz okolja, vključno z odnosom družbe do starejših.

**Krhkost** je pogost in naraščajoč geriatrični sindrom; gre za dinamičen proces zmanjšanja telesnega psihološkega in/ali socialnega funkcioniranja, ki ga je potencialno možno preprečevati in ustaviti, saj vpliva na slabše izide zdravljenja bolezni in stanj in slabše funkcioniranje. V splošni populaciji se

ocenjuje da je krhkih okrog 10%, medtem ko je v starosti 85 in več, krhkih po ocenah od četrtnine do polovice posameznikov. Zgodnje intervencije na področju življenjskega sloga bi lahko izboljšale kakovost posameznikovega življenja in zmanjšale negativne posledice ter prispevale k zdravemu staranju. Zgolj telesne/klinične vidike krhkosti bi morali preusmeriti na bio-psiho-socialno obravnavo krhkih starejših, glede tega pa stroka ni enotna (Stebad in Gregorič Kramberger, 2022).

**Depresija:** Občutek potrnosti oz., da so na tleh ima 3.2 - 3.6% starejših v starosti 65 in več (NIJZ, 2023). Strokovno pomoč zaradi stisk je že iskalo 7.4% starejših, prevalenca depresije je okrog 7.7%, vendar je po ocenah podcenjena, o čem govori tudi porast uživanja antidepressivov za 17% (in anksiolitikov za 11%) v obdobju 2016-2022 (NIJZ, 2004). V Sloveniji je nižji delež tistih zaradi neizpoljenih potreb, ki so povezane s slabšo dostopnostjo, kar pomeni, da je vodilni razlog za neiskanje pomoči pri depresiji stigma in ne čakalna doba. Samomor je pogosto posledica napredovale depresivne motnje. Po stopnji umrljivosti zaradi **samomora** je stanje v Sloveniji (17/100.000) slabše kot v EU, (10.2/100.000). Količnik samomorilnosti (število smrti/100.000 preb.) se s staranjem povečuje in je najvišji v najstarejšem življenjskem obdobju. Še zlasti so ogroženi moški po 80 letu starosti in sicer na vzhodu države. Letos je zaradi samomora v Sloveniji umrlo 4.5 krat več moških kot žensk, kar približno velja tudi za starostni skupini 65 do 74 in 75 do 84. V starostni skupini 85 let in več, pa je to razmerje precej višje na račun moških. Skupni samomorilni količnik se je v slovenski populaciji znižal tako v zadnjem desetletju kot v zadnjem letu, vendar to ne velja za skupino nad 75 let. Nizko absolutno število smrti v tej starosti in nihanja števila onemogočata določitev jasnega trenda (Baza urmlih 2014-2023).

**Demenca:** Po ocenah strokovnjakov je v Sloveniji v 2018 živelo 36.942 oseb z demenco v starosti nad 60 let (dvakrat več žensk kot moških), v letu 2030 pa se pričakuje porast za več kot 10.000 (48.228 oseb za demenco). V EU bo porast med 2010 do 2030 približno 40%, do leta 2050 pa več kot dvakrat več - 87%! V Sloveniji je prevalenca demence v populaciji nad 60 let 5-7% (2-3% v starosti 70 do 75 let, in 20-25% nad 85 let) (Lovrečič ured., 2021).

**Osamljenost, socialna izolacija in izključenost:** Socialna izolacija kot objektivni kazalnik je po raziskavah bolj kritična za slabše telesne izide, osamljenost kot subjektivno stanje pa implicira v duševnem zdravju (Stephoe, 2023). Socialna izolacija je lastnost posameznika medtem ko je socialno izključevanje lastnost družbe/okolja; gre za sistematično izključevanje posameznikov ali skupin iz priložnosti, ki so na voljo drugim, kar prispeva k začaranemu krogu slabe samopodobe in slabšega dostopa do zdravstvenega varstva (Krajnc Nikolič et al., 2018).

Leta 2016 po ugotovitvah raziskav Eurofound in EQLS je bila prevalenca osamljenosti v Sloveniji pri starejših od 50 let nekaj manj kot 5% kar je bilo nekoliko manj pogosto kot v povprečju EU, v času pandemije COVID 19 (LWC surveys 2020) pa je narastla na nekaj manj kot 17% (Baarck et al., 2021). Med precej in zelo osamljenimi je bila večina (7 od 10) depresivnih. Osamljenost je bolj pogosta pri tistih, ki živijo brez partnerja in se srečujejo z več ovirami pri vsakdanjem življenju. (Majcen et al., 2017). Osamljenost se povezuje z zvišanim krvnim tlakom, možgansko kapjo, koronarno boleznijo, depresijo, demenco in tesnobo, slabšo kakovostjo spanja, znižano imunostjo in prezgodnjo umrljivostjo (Vivek Murthy, 2021). Posebej negativne posledice, kot je samomor, lahko ima osamljenost pri negativnih življenjskih dogodkih, kadar oseba nima nobenega s kom bi podelila občutke, ali se počuti izključene. Predvsem so ogroženi samski, razvezani ali ovdoveli moški (de Mendonca Lima, De Leo, Ivbijaro in Švab, 2021). Osamljenost se pogosto prekriva z depresijo in jo lahko napove veliko let pred pojavom, komorbidnost pa prispeva k slabšim izidom pri ljudeh s koronarno boleznijo, kronično obstruktivno pljučno boleznijo in sladkorno boleznijo. Težko je razločiti vpliv osamljenosti ločeno od depresije, raziskovalci so mnenja, da osamljeni nimajo dovolj podpore iz okolja, da manj upoštevajo zdravniške nasvete za uživanje zdravil in se na splošno slabše odzivajo na terapijo (Steptoe, 2023).

**Nasilje:** Starejše osebe s težavami v duševnem zdravju so visoko ogrožene za nasilje. So različne oblike nasilja (psihološko, telesno, spolno, finančno, socialno kot tudi zavrženost in zanemarjenost). Vsaka oblika nasilja je potencialni dejavnik tveganja za samomor. Tako pretekle kot tudi sedanje travme (npr. zlorabe) lahko imajo za posledico samomor. Prav tako ni zadosti raziskovanj na to temo in ni dobrih podatkov. SZO ocenjuje, da je nasilju izpostavljena ena izmed šestih oseb, hkrati pa opozarja, da je stanje podcenjeno (de Mendonca Lima et al., 2021).

V Sloveniji je nasilje že doživelo 8% oseb v starosti nad 50 let, posebej so ogrožene ženske nad 65 let. Za 300 primerov letno narašča v zadnjih letih – okrog 5000 primerov (Klemenc, 2023).

V skupnosti je sicer največ psihičnega nasilja (11.6%), sledi finančno nasilje (7%), zanemarjanje (4.2%) in fizično nasilje (2.6%). V institucijah je prav tako največ psihičnega nasilja (33%), sledi fizično in finančno s po 14%, in zanemarjanje z 11.6% (Crnkovič, Horvat, Makivič in Selak, 2024).

**Nizka zdravstvena pismenost:** Starejši imajo v povprečju slabše znanje o zdravju, težave z obvladovanjem bolezni in ustrezno rabo zdravil ter storitev. Slabša pismenost se povezuje z nižjim preživetjem, višjo stopnjo umrljivosti (50% višja stopnja umrljivosti v 5-letnem obdobju od postavljene diagnoze pri nižje zdravstveno pismenih), višjimi stroški zdravstvenega sistema, omejitvami za vključevanje v lokalno skupnost (Vrdelja, Vrbovšek in Berzelak, 2022). Ugotovitve Nacionalne raziskave

zdravstvene pismenosti v Sloveniji (HLS-SI19) so, da je pomanjkljivo zdravstveno pismenih 48% slov. populacije, in se izrazito ta delež poveča po 70.letu starosti (Brzelak, Vrbovšek in Vrdelja, 2022). Višjo zdravstveno pismenost imajo starejši odrasli s čustveno podporo družinskih članov in prijateljev, tisti, ki so telesno dejavni vsaj 30 min na dan ter tisti, ki so pozitivno naravnani, brez znakov tesnobe ali depresije (Kaučič, Ljubič, Poredoš, Filej in Štemberger Kolnik, 2022).

**Starizem** (stigma in diskriminacija na podlagi starosti) se povezuje s tveganjem za predčasno smrt, slabšim telesnim in duševnim zdravjem, počasnejšim okrevanjem po zdravstvenih težavah, ter vpliva na pojav tveganih zdravstvenih vedenj (uživanje nezdrave prehrane, tvegano pitje alkohola in kajenje) (WHO, 2021).

## **UKREPI**

### **Specifičnost pristopov**

Starejši se spopadajo s specifičnimi tveganji za njihovo duševno zdravje in zatoorej potrebujejo tudi specifične pristope:

- Spodbujanje sodelovanja v družbi.
- Preprečevanje osamljenosti in socialne izolacije.
- Zagotavljanje možnosti za samostojno življenje.
- Zagotavljanje ustreznih zdravstvenih in socialnih storitev (dostopnost in dosegljivost).
- Boj proti starizmu (Lehtinen, 2008).

Predlagani strukturni kazalniki v projektu Monitoring Mental Health Environment - MMHE, za oceno izkušenj starejših so bili: boljša dostopnost do storitev namenjenih starejšim prebivalcem; delež starejših nad 65 let, vključenih v procese izobraževanja (formalne, neformalne); dostopnost hišnih obiskov; ustreznost pokojnin ter stopnja družin, ki vključujejo starejše (Lehtinen, 2008).

Ob determinantah vedenjskega sloga (zdrava prehrana, redna telesna dejavnost, kakovostno spanje) so za ohranitev duševnega zdravja izpostavljeni tudi duhovnost (ponuja občutek varnosti in podpore), spolnost, kognitivna aktivnost za ohranjanje spomina, družabno in družinsko življenje ter prostovoljstvo (MIND, 2024).

### **Zdravo/uspešno staranje za krepitev duševnega zdravja in preprečevanje duševnih motenj**

Glede na dejstvo, da so ključni izzivi pri naših starejših povezani predvsem z vedenjskim slogom in z okoliščinami iz okolja (nizek socialnoekonomski status, neenakosti, izolacija, odnos družbe do starejših...), je edina preventiva v zagotavljanju pogojev za uspešno/zdravo/aktivno staranje. Sestavljajo ga tri komponente:

- Preprečevanje bolezni in nezmožnosti.
- Krepitev kognitivne in telesne aktivnosti.
- Aktivno sodelovanje v skupnosti.

Zdravo prehranjevanje (s poudarkom na mediteranski prehrani) in redna telesna dejavnost (s poudarkom na vajah za moč in ravnotežje) imata velik pomen tudi v starejšem življenjskem obdobju, česar se pogosto ne zavedajo niti starejši sami. Kakovosten spanec v trajanju 7 do 8 ur je prav tako pomemben za ohranjanje dobrega duševnega zdravja. Ukvarjanje s priljubljenimi opravki, konjički, ali spopadanje z novimi izzivi (prostovoljstvo, petje, ples, učenje jezikov, družabne igre, branje ipd.) blagodejno vpliva tako na duševno kot na telesno zdravje, saj ohranja kognitivne aktivnosti in zmanjša izolacijo starejših. Kakovostni odnosi z najbližjimi, predvsem z najožjo družino, so dokazani varovalni dejavniki pred razvojem duševnih motenj, zlasti demence, pomembno je ohranjanje/širjenje socialne mreže (prijatelji, znanci), vzdrževanje rednih in kakovostnih stikov z vsemi tremi generacijami ter aktivno sodelovanje/odločanje v skupnosti.

V preprečevanju demence je ključno zmanjševanje znanih dejavnikov tveganja kot so nezdravljene okvare vida, sluha, zvišan krvni tlak in LDL holesterol, debelost, kajenje, telesna nedejavnost, tvegano pitje alkohola, depresija, sladkorna bolezen, travmatske poškodbe glave in onesnaženost zraka. Hkrati pa je potrebno spodbujati varovalne dejavnike kot so: močne socialne mreže, vključenost, zdrav vedenjski slog, izobrazba in čimbolj zgodnje prepoznavanje znakov bolezni. Obvladovanje teh 14 -ih trenutno prepoznanih ključnih dejavnikov tveganja bi preprečilo do 45% primerov demence v populaciji (Livingston, Huntley, Liu et al., 2024). Zmanjševanje vaskularnih okvar (z znižanjem krvnega tlaka in opuščanjem kajenja) bi preprečilo predvsem starostne demence.

Močan varovalni dejavnik pred nasiljem je krepitev skupnosti in boljša socialna vključenost starejših v različne programe (izobraževanja, delavnice, Ljudska univerza, Večgeneracijski centri, Društva upokojencev, program Starejši za starejše) (de Mendonca et al., 2021). Strategije na tem področju še vedno nimamo.

## **NACIONALNI PROGRAM DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2018-2028 – INTERDISCIPLINARNA DELOVNA SKUPINA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE STAREJŠIH**

Nacionalni program duševnega zdravja 2018 – 2018 je med ostalim predvidel oblikovanje **Interdisciplinarne delovne skupine (IDS) za krepitev duševnega zdravja starejših in preprečevanje duševnih motenj** (Maučec Zakotnik, Vinko et al., 2019). Vključuje imenovane predstavnike različnih sektorjev, vladnih in nevladnih organizacij, ter ciljne skupine. Gre za dinamično platformo, ki po prepoznani potrebi lahko vključuje dodatne deležnike. Aktualni člani IDS so predstavniki Ministrstva

za solidarno prihodnost, Ministrstva za kulturo, NIJZ z Ministrstvom za zdravje, Skupnost občin Slovenije, Skupnost centrov za socialno delo, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Dom starejših občanov Danice Vogrinec Maribor, predstavnica družinske medicine in patronažne službe, Društvo Šola Zdravja, Društvo Spominčica Alzheimer ter Zveza društev upokojencev Slovenije (program Starejši za starejše). Skupno sodelovanje v obdobju do leta 2023 (kar je žal bilo predvsem obdobje pandemije COVID 19) je prineslo prvi Akcijski načrt za obdobje 2021-2023, v okviru katerega smo predvsem naslovili vlogo lokalne skupnosti za boljše informiranje in vključevanje starejših in njihovih svojcev, ter poskusili bolje povezati ključne deležnike, ki se dnevno ukvarjajo s problematiko starejših. V aktivnosti se je vključilo okrog 25 slovenskih občin iz različnih slovenskih regij. Pandemija je žal preprečila večje angažiranje ostalih, kljub temu je nastalo nekaj krasnih primerov delovanja v skupnosti in vključevanja starejših v kulturna dogajanja, usposabljanja na različnih področjih (pravno, zdravstveno, socialno), večplastnih aktivnosti za povečanje kognicije in vključenosti. Poročilo z vsemi dogodki je bilo diseminirano vsem slovenskim občinam. Pripravili smo brošuro »Kako krepiti duševno zdravje starejših in kako ukrepati, ko se zalomi?« in letak »Kako postati prostovoljec v tretjem življenjskem obdobju?« Izvedeno je spletno nacionalno strokovno srečanje v letu 2022 na temo vpliva osamljenosti in izključenosti na duševno zdravje starejših odraslih, ki je privabilo več kot 200 udeležencev. Aktivnosti naše IDS so bile promovirane ob različnih priložnostih kot so strokovna srečanja, kongresi, konference, obeležitve svetovnih dni ipd. Akcijski načrt za naslednje obdobje je nekoliko prilagojen v smislu večjega poudarka na prepoznavanju in preprečevanju nasilja ter starizma (stigme in diskriminacije). Dokončno ga potrjuje Ministrstvo za zdravje RS.

## **POMEN LOKALNE SKUPNOSTI PRI USTVARJANJU POGOJEV ZA BOLJŠE DUŠEVNO ZDRAVJE STAREJŠIH**

Za vključenost v družbo je pri starejši populaciji ob posamezniku samemu odgovorna predvsem lokalna skupnost/občina, v kateri starejši občan prebiva. Velikega pomena je zatorej ozaveščanje in senzibilizacija le-te, glede odgovornosti za (duševno) zdravje starejše populacije.

### **Kaj je pokazalo srečanje deležnikov v celjski regiji?**

Na srečanju deležnikov v celjski regiji (sestanek IDS na terenu) je razprava pokazala kako pomembno vlogo lahko odigra lokalna skupnost pri zagotavljanju kakovosti življenja tudi starejših občanov. Predstavljene so bile številne storitve, programi in dobre prakse, ki lahko starejšim omogočajo aktivno in zdravo staranje ter ustrezno pomoč, kadar jo le-ti potrebujejo. Pomembno je zagotoviti tudi pogoje za sodelovanje in sožitje med generacijami, skozi različne aktivnosti, ki povezujejo udejstvovanje več generacij ter medsebojno spoznavanje in razumevanje. Nakazani so bili ukrepi, ki zmanjšujejo občutek osamljenosti, poudarjena je bila velika vloga prostovoljstva in med-soseske pomoči, nakazane so

številne možnosti, ki lahko krepijo medgeneracijsko sodelovanje. Med ključnimi nalogami na lokalnem nivoju je izpostavljena potreba po povezovanju in sodelovanju vseh prisotnih institucij, izvajalcev storitev in programov ter drugih nevladnih organizacij. To lahko omogoča hitrejše odkrivanje tistih, ki pomoč potrebujejo, hitrejše ukrepanje ter usklajeno pomoč različnih deležnikov. Izpostavljen je bil pomen proaktivnosti in redne podpore - sofinanciranja s strani mestnih občin (prostori ipd.), zlasti uspešnega črpanja evropskih sredstev. Pomembno je tudi vzpostaviti zagovorništvo starejših. Zaradi zagotavljanja varnosti osebnih podatkov je dostop do nekaterih starejših zelo otežen, rešitev bi bila v morebitnem povezovanju s patronažno službo. Iz Centrov za socialno delo so potrdili potrebe po usposabljanju kadrov na temo nasilja. Opozorjeno je tudi na potrebe po izobraževanju medijev glede neustreznega, diskriminatornega načina poročanja o starejših in opozarjanje na prisotnost starizma. Prikazani so bili primeri dobre prakse delovanja lokalnih društev upokojencev (npr. Ljubečno), izpostavljena je dragocena vloga knjižnic ter društev kot je Društvo šola zdravja v informiranju in vključevanju starejših občanov. Izražena je želja po nadaljevanju tovrstnega sodelovanja (Romih in Stanojević Jerković, 2024). AN DZ 24-28 načrtuje izvedbo tovrstnih srečanj-sestankov tudi v ostalih slovenskih regijah.

## **ZAKLJUČEK**

Potrebno je, ne le zmanjševati dejavnike tveganja, temveč tudi krepiti varovalne dejavnike duševnega zdravja. To pomeni krepiti dobro samopodobo starejših in občutke smisla življenja, podporno družinsko okolje in socialne mreže, veččine spoprijemanja s stresom in težavami v duševnem zdravju ter zagotavljati varne življenjske razmere brez revščine in diskriminacije. Starejši naj ne bi imeli občutka, da so breme svojcem, počutili naj bi se koristne, vključene in se, ob skrbi za zdrav vedenjski slog, ukvarjali z njimi prijaznimi in dostopnimi aktivnostmi. To je skrb tako vsakega posameznika kot lokalne skupnosti in nenazadnje družbe kot celote.

## LITERATURA IN VIRI:

Baarck, J et al (2021), *Loneliness in the EU – Insights from surveys and online media data*, EUR 30765 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, ISBN 978-92-76-40246-6, doi:10.2760/28343, JRC125873.

Baza umrlih 2014-2023. NIJZ [www.nijz.si](http://www.nijz.si)

Berzelak N., Vrbovšek S., Vrdelja M (2022). *Razlike v zdravstveni pismenosti med populacijskimi skupinami v Sloveniji (prispevek na kongresu)*. 7. kongres preventivne medicine Slovenije, Maribor.

Brek A., Tkalec S., Vek M., Stanojević Jerković O. (2020), *Kako krepi duševno zdravje starejših in kako ukrepati ko se zalomi?*. NIJZ. [Kako krepi duševno zdravje starejših in kako ukrepati, ko se zalomi?](#)

Crnkovič N., Horvat J., Makivič I., Selak Š (2024). *Nasilje nad starejšimi odraslimi osebami: sistematični pregled literature*. NIJZ. <https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/09/Zbornik-2.-nacionalne-konference-javnega-zdravja-1.pdf>

de Mendonca Lima C.A., De Leo D., Ivbijaro G., Švab I (2021). *Loneliness and abuse as risk factors for suicide in older adults: new developments and the contribution of the WPA Section on Old Age Psychiatry*. *World Psychiatry*,. DOI:10.1002/wps.20899

Kaučič, Ljubič, Poredoš, Filej, Štemberger Kolnik. (2022), *Zdravstvena pismenost starejših odraslih (prispevek na kongresu)*. 7. Kongres preventivne medicine Slovenije. Maribor.

Klemenc D. (2023). *Posvet o nasilju nad starejšimi*. ACS novičke. <https://enovicke.acs.si/nasilje-nad-starejsimi-ogrozenost-narasca-s-stopnjo-odvisnosti-od-drugih/>

Krajnc Nikolić et al (2018), *JAVNOZDRAVSTVENI pristopi namenjeni romski etnični skupnosti v Sloveniji*, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/javnozdravstveni-pristopi-namenjeni-romski-etnicni-skupnosti-v-sloveniji/>

Lehtinen V (2008). *Building Up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project*. Helsinki. STAKES,. <https://www.finna.fi/Record/uef.9911526643705966?sid=3454016359&lng=en-qb>

Livingston G, Huntley I, Liu KY, et al (2024). *Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission: The Lancet*; published online July 31. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0).



Lovrečič B., Lovrečič (ured.), (2021), *Spremljanje demence v Sloveniji: epidemiološki in drugi vidiki* (uredili:.) Založba ZRC SAZU. Ljubljana, dostopno na; <https://doi.org/10.3986/978960505785>

Majcen B. et al (2017), *KAKO Slovenci živimo v drugi polovici življenja*,. Ljubljana, Inštitut za ekonomske raziskave-IER, [www.share.si](http://www.share.si)

Maučec Zakotnik J., Vinko M. et al (2019). *MIRA za duševno zdravje. Nacionalni program duševnega zdravja*. NIJZ. <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-1MQWKHYS/5386cbf5-314c-44bd-bf7a-d27544cb0e33/PDF>

MIND (2024). Older people and mental health. [http://www.mind.org.uk/information/Factsheets/older+people/Older+People+and+mental+health.htm#Keeping\\_healthy\\_and\\_staying-active](http://www.mind.org.uk/information/Factsheets/older+people/Older+People+and+mental+health.htm#Keeping_healthy_and_staying-active).

NIJZ (2004), *Izhodišča za pripravo akcijskega načrta 2024-2028, v3,, delovno gradivo*.

NIJZ (2023), *Kako skrbimo za zdravje v 2020? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2020*. Pridobljeno na: <https://nijz.si/publikacije/kako-skrbimo-za-zdravje-z-zdravjem-povezan-vedenjski-slog-prebivalcev-slovenije-2020/>

Romih J., Stanojević Jerković O. (2024) *Pisno poročilo z dogodka »Kako lahko lokalna skupnost pripomore k ustvarjanju pogojev za izboljšanje duševnega zdravja starejših? 19.6.2024, Zavod SOCIO, Celje*.

Steptoe A (2023). *Loneliness, health and applied psychology*. *Appl Psychol Health Well-Being.*; 15:259-266.

Strbad, M., in Gregorič Kramberger, M. (2022). *Krhkost: od biološkega k bio-psiho-socialnemu razumevanju geriatričnega sindroma*. *Revija Za Zdravstvene Vede*, 8(2), 108–119. Pridobljeno na <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/119>

Urad za makroekonomske analize in razvoj (2017), *Strategija dolgožive družbe*, Dostopno na: [https://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/kratke\\_analize/Strategija\\_dolgozive\\_druzbe/Strategija\\_dolgozive\\_druzbe.pdf](https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf)

Vivek H. Murthy (2021). *Together. Loneliness, Health & What Happens When We Find Connection*. Wellcome collection,. <https://www.abebooks.com/9781788162784/Together-Loneliness-Health-What-Happens-1788162781/plp>

Vrdelja M., Vrbovšek S. Berzelak N (2022). Zdravstvena pismenost odraslih v Sloveniji. Rezultati Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti v Sloveniji (HLS-SI19) [www.zapis.si](http://www.zapis.si), Dostopno na: <https://www.nijz.si>

World Health Organization (2021) Ageing: Ageism. [www.who.int](http://www.who.int); WHO. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism/>.

## 4 PRESEČIŠČA IN REFLEKSIJA

*Prilavila: Olivera Stanojević Jerković; Nacionalni institut za javno zdravje*

Izzivov in rešitev na področju duševnega zdravja in destigmatizacije je veliko, z vami delimo slednje:

- Starizem (stereotipi, predsodki do starejših ter diskriminacija) je še vedno spregledan in trdoživ izziv naše družbe, ki skrajšuje pričakovano življenjsko dobo za 7.5 let. Tudi zdravstveni delavci se ne zavedajo prisotnosti starizma pri lastnem delu.
  - *Potrebna je vzgoja od najzgodnejših let, odnos do starejših se gradi tako v družini kot v družbi.*
  - *Nujna je tudi senzibilizacija (in usposabljanje) medijev s primeri neustreznega poročanja o starejših.*
  - *Skozi obstoječe mreže kot so Zdrave šole in Zdravje v vrtcu intenzivneje spodbujati medgeneracijsko povezovanje, razvijati empatijo ter dobiti vpogled v način prikazovanja starejših v učnih gradivih.*
- Stigma v družbi povzroča samostigmo pri starejših, kar ima dodatne neugodne posledice na kakovost življenja le-teh.
  - *Prevod in implementacija orodja Quality Rights je priložnost za boljše informiranje o pravicah starejših in stigmati kot negativnega družbenega odnosa do njih.*
  - *Predvidena je tudi spletna učilnica (predvidoma dostopna v slovenskem jeziku v decembru, nato pa drugo leto diseminirana) z vsebinami, ki izhajajo iz splošnih človekovih pravic ter omogočajo izboljšanje kakovosti oskrbe v službah (preoblik.) za duševno zdravje in zagotavljanje spoštovanja človekovih pravic, s poudarkom na dostojanstvu, enakosti, vključenosti in nediskriminaciji.*
- Programi in storitve namenjeni starejšim, svojcem in medgeneracijskemu sodelovanju delujejo na eni lokaciji (izkušnje Inštituta Antona Trstenjaka) kar zagotavlja boljšo informiranost, povezanost in stike med generacijami.
  - *Primer Starosti prijazna občina Komenda: Delovanje programov in storitev namenjenih različnim ciljnim skupinam: starejšim (dnevno bivanje, prostovoljstvo), svojcem/družinskim oskrbovalcem (usposabljanje, individualno svetovanje, klubi razbremenitev in oddih), družinam in medgeneracijskem povezovanju/sodelovanju (Babi servis, delavnice za družine, počitniška tabora, prenos kulturne dediščine, medgeneracijsko učenje IKT) ter povezovanju skupnosti in sosesk (lokalna informacijska točka za vse generacije, zeleni vrt, zelena skupnost).*

- Tehnologija (digitalni mediji) je lahko koristna v primerih, ko so starejši motivirani in kažejo zanimanje za le-to. Sicer je lahko dodatno breme in vir stresa ter povzroča dodatno poslabšanje samopodobe. Pritisk za rabo tehnologije pri starejših je lahko tudi oblika nasilja.
  - *Potrebno je postopoma in na starejšim prijazen način uvajati osnove digitalne tehnologije za boljšo vključenost v družbo.*
  - *Pri gradnji ustanov namenjenih starejšim je pomembno razmišljati o prijaznosti prostorov, v katerih se zadržujejo (kot so npr. sobe z balkoni), saj vplivajo na boljše počutje in kakovost življenja v ustanovah.*
  
- Depresija je še vedno povezana s stigmo, predvsem se izraža skozi telesne težave.
  - *Potrebno je nadaljevati zdravstveno opismenjevanje laične in strokovne populacije, na področju prepoznavanja duševnih motenj (program OMRA), saj se z boljšo ozaveščenostjo starejših in njihovih svojcev pospešuje iskanje pomoči in tudi zmanjšuje stigma do duševnih motenj in iskanja pomoči.*
  
- Svojci oseb z duševno motnjo so velikokrat sami v stiskah, izgoreli, prezrti in potrebujejo razbremenitev.
  - *Ob skrbi za starejše je potrebno (v vseh programih) hkrati nasloviti skrb za svojce skrbnike, ki potrebujejo tako operativno pomoč kot zaupni pogovor.*
  - *Potrebno se je zavedati pomena empatije do svojcev. Odsotnost le-te in pretirano vrednotenje rezultatov in storitev povzroča dodatne stiske. Empatije se je potrebno učiti od zgodnjega otroštva.*
  
- Program "Starejši za starejše" pogreša prostovoljce, predvsem mlade. Premalo je pozitivnih sporočil o starejših. Dostopnost prostovoljcev do nekaterih starejših, ki živijo sami je otežena, tudi zaradi nezmožnosti pridobivanja osebnih podatkov (zasebnost podatkov) s strani občin.
  - *Spodbujati čut za prostovoljstvo tako pri mladih kot tudi starejših, npr. upokojencev in motivirati obstoječe v mreži*
  - *Za lažjo dostopnost do oddaljenih starejših je potrebno razmisliti o vključevanju patronažne službe.*
  
- Senzibilizirana, opolnomočena ter proaktivna skupnost/občina ima trajnostno strategijo in Akcijski načrt, ki vključuje vse ključne deležnike; podpira skupnostni pristop, zagotavlja podporno okolje (grajeno okolje, zelene površine) za medgeneracijsko povezovanje, boljšo mobilnost in dostopnost do storitev in programov; ima ničelno toleranco do starizma (stigma in diskriminacija) in nasilja, ter podpira usposabljanje ciljnih skupin prebivalstva vključno z lokalnimi odločevalci. Uporablja inovativne pristope in deli dobre izkušnje/primere dobre prakse v druga okolja. Vse navedeno naj bi bilo podprto z jasno nacionalno strategijo, novimi in kredibilnimi znanstvenimi dognanji s področja duševnega zdravja in geriatrične medicine.

- *Ozaveščati in motivirati občine da, poleg pomoči na domu in dolgotrajne oskrbe nezmožnih, razmišljajo širše in strateško o zelo heterogeni populaciji starejših, da jih vključujejo v aktivnosti in da zagotovijo dostop do informacij vsem (lokalna glasila, spodbujanje prostovoljstva, načrtovanje prostorov za druženje vseh generacij in povezovanje). Izkoristiti je potrebno mrežo koordinatorjev Zdravih mest, tam kjer deluje; lahko je vključenost starejših eden izmed indikatorjev uspešnosti (Zdrave) občine.*

Potrebno je, ne le **zmanjševati dejavnike tveganja**, temveč tudi **krepi varovalne dejavnike** duševnega zdravja. To pomeni **krepi dobro samopodobo starejših** in **občutke smisla življenja, podporno družinsko okolje** in **socialne mreže, veččine spoprijemanja s stresom in težavami v duševnem zdravju** ter zagotavljati **varne in dostojanstvene življenjske razmere** brez revščine in diskriminacije. Starejši naj ne bi imeli občutka, da so breme svojcem, počutili naj bi se koristne, vključene in se, ob skrbi za zdrav vedenjski slog, ukvarjali z njimi prijaznimi in dostopnimi aktivnostmi. To je naloga tako vsakega posameznika kot lokalne skupnosti in nenazadnje družbe kot celote.

## 5 ZAKLJUČEK

*Pripravile: Andreja Mezinec, Olivera Stanojević Jerković, Monika Robnik Levart in Mojca Gabrijelčič Blenkuš; Nacionalni inštitut za javno zdravje*

Duševno zdravje starejših je ključno za ohranjanje kakovosti življenja, vendar zahteva celostni pristop, ki vključuje preventivo, podporo skupnosti in zmanjševanje stigme. Z ozaveščanjem, večjo dostopnostjo storitev ter aktivnim vključevanjem starejših v družbo lahko skupaj ustvarimo okolje, ki bo spodbujalo duševno blaginjo in omogočilo dostojno staranje.

K slednjemu lahko prispevamo vsi. Vsak izmed nas, lahko že z majhnimi vložki (bodi si v obliki skrbi, pomoči ali ozaveščanja) pomembno prispeva k večji socialni koheziji, zmanjšanju stigme in izboljšanju kakovosti življenja v naši skupnosti. Štejejo tudi preprosta dejanja, kot so poslušanje, podpora, vključevanje drugih, ustvarjanje okolja, v katerem vsak posameznik čuti pripadnost in podporo. Duševno zdravje je odvisno od medsebojne podpore in občutkov pripadnosti, ki ga lahko ustvarimo kot posamezniki, družina, sosedi, prijatelji in širša družba, tudi na področju odpravljanja destigmatizacije.

Skupina Javno zdravje v medsektorskih politikah že tretje leto zapovrstjo podaja poudarek presečnim temam na področju aktivnega in zdravega staranja, v letu 2024 na temo duševnega zdravja in destigmatizacije starejših.

Več o delovanju skupine JZvMSP je dostopno na spletni strani [www.staranje.si](http://www.staranje.si), pod rubriko aktualno.

## 6 PRILOGE

### 6.1 Ostale informacije



### Spoštljivo nagovarjanje starejših

O starosti in njenem doživljanju je veliko znanega, vsega pa o tem obdobju življenja gotovo še ne vemo. Ta tematika zato predstavlja svojevrsten izziv, tako za posameznike, kot za celotno družbo. Med te izzive nedvomno sodi tudi izrazje o starosti in o starejših.

Vrsto let smo že priča demografskim spremembam, ki temeljito spreminjajo našo družbo; ljudje živijo dlje kot nekoč, delež starejših v celotnem prebivalstvu se povečuje, starejši so bolj aktivni, še vedno pomembno prispevajo k delovanju in koheziji družbe, vse bolj pa se zavedajo tudi svojih pravic, saj se te ljudem, ko se starajo, ne smejo kar zmanjševati.

Kljub temu nas starejše pogosto naslavljajo **kot starostnike, stare, starce, varovance domov starostnikov, oskrbovance** ... Takšna poimenovanja so oblike starizma, ki izhajajo iz nerazumevanja procesa staranja in napačnega pojmovanja starejših kot homogene skupine, ki naj bi imela iste lastnosti in interese, celo boleznin in kognitivni upad naj bi bil vsesplošni pojav po šestdesetem letu starosti. Ob tem pa so naše dosedanje aktivnosti in naš prispevek družbi in družini spregledani.

To nas boli, saj je takšno gledanje na starost in starejše daleč od realnosti, predvsem pa ne kaže dejanske podobe starosti kot obdobja, enakovrednega drugim obdobjem v življenju. Ne kaže niti razvojnih možnosti starejših, kar vse pogosteje opisujejo sodobni znanstveniki in raziskovalci.

Za bolj spoštljivo nagovarjanje starejših se zavzema vse več deležnikov doma in v tujini. Tudi Organizacija združenih narodov (OZN) pri dokumentih, ki se nanašajo na starejše, uporablja spoštljivo poimenovanje. Tudi pri nas ponekod že opažamo pozitivne premike na področju poimenovanja starejših. Kaj ni lepše in bolj spoštljivo govoriti o starejših in o stanovalcih domov starejših?

Nespoštljivo izrazje in nagovarjanje starejših je odraz predsodkov o staranju in starosti, ki se kaže v poizkusih odrivanja starejših na rob družbe in nepriznavanju pravice, da sami povemo, kaj je za nas spoštljivo nagovarjanje. Zato izrazje, ki je bilo v uporabi v preteklih desetletjih, ne sodi več v današnji čas. Uporaba žaljivega izrazja lahko spodbudi dodatno družbeno diskriminacijo nas, starejših.

Poimenovanje starejših z besedami, kot so starostnik, star, oskrbovanec doma starostnikov in podobno so oblike starizma in poglobljajo stereotype in predsodke o starejših. Takšno naslavljanje ni spoštljivo, posplošuje in asociira na krhkost, pozabljivost, upad ter pozablja na človeka, osebo, o kateri se govori. Ne upošteva heterogenosti starejših in vsem pripisuje enake staristične lastnosti. To poimenovanje ima pomemben vpliv na podobo starejših in tudi na njihovo samopodobo. Poleg tega pa tudi mlajši, ki se poslužujejo takšnih besed, ponotranjijo pogled na starost kot predvsem obdobje upada, boleznin, pozabljivosti in tako posredno vplivajo tudi na doživljanje svoje starosti.

Odločili smo se, da bomo **starejši**. Besede, kot so **starejši, dom starejših, stanovalci domov starejših** in podobne so spoštljive in nežaljive, primerne današnjemu času. Spodaj navedene nevladne

organizacije in organizacije civilne družbe zato prosimo vse prejemnike tega pisma, da pri svojem delu uporabljate spoštljivo poimenovanje starejših.

Hvala,

Vlasta Nussdorfer, predsednica Programskega sveta Festivala za tretje življenjsko obdobje

**Podpisniki:**

- Alma Mater Univerza, Katedra za socialno gerontologijo
- Andragoški center Slovenije
- CENTERKONTURA d.o.o.
- Društvo Srebrna nit -Združenje za dostojno starost
- Medgeneracijska koalicija Slovenije, MeKoS
- Mestna zveza upokojencev Ljubljana, Osrednjeslovenska pokrajinska zveza društev upokojencev
- Nacionalni inštitut za javno zdravje
- Simbioza Genesis, socialno podjetje
- Sindikat upokojencev Slovenije, SUS
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije
- Socialna zbornica Slovenije
- Spominčica Alzheimer Slovenija
- Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta
- Zavod IZRIS
- Zveza društev upokojencev Slovenije, ZDUS
- Zveza policijskih veteranskih društev Sever

• in posamezni člani Programskega sveta Festivala za tretje življenjsko obdobje: Vlasta Nussdorfer, Andrej Jus, Anton Donko, Marjan Šiftar, Marjan Sedmak, Tihomir Kovačič, Melita Remškar, Milan Pavliha, Aleš Kenda, Boštjan Zgonc Rozman, Miloš Pavlica, Štefanija Zlobec, Anka Ostrman

**Podporniki:**

- Mestna občina Ljubljana
- Ministrstvo za digitalno preobrazbo
- Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano
- Ministrstvo za kohezijo in regionalni razvoj
- Ministrstvo za obrambo
- Ministrstvo za solidarno prihodnost
- Ministrstvo za zunanje in evropske zadeve



## 6.2 Koristne povezave

Povezave, ki so se delile na samem srečanju: [Program MIRA – Nacionalni program duševnega zdravja](#)

Povezava: <https://www.zadusevnozdravje.si/>

Za izboljšanje duševnega zdravja starejših oseb

Povezava: <https://www.zadusevnozdravje.si/aktualno/dogodki/2024/07/za-izboljsanje-dusevnega-zdravja-starejsih-oseb/>

AHA.SI – Aktivno in zdravo staranje v Sloveniji

Povezava: <https://staranje.si/aktualno>

Integracija geriatrične oskrbe starejših

Povezava: <https://podprimostarejse.si/>

Inštitut Antona Trstenjaka- Starosti prijazna mesta in občine

Povezava: <https://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/projekti/9.html>

<https://nijz.si/programi/zdrava-mesta/>

Zveza društev za socialno gerontologijo Slovenije

Povezava: <https://www.skupine.si>

Lokalna skupnost:

V Novi Gorici veliko pozornost posvečajo starejšim in drugim ranljivim skupinam. Mnenja so, da je ključno sodelovanje z vladnimi in nevladnimi organizacijami (MONG, Tamara Simčič)

Deljena povezava: <https://www.nova-gorica.si/uprava/strateski-dokumenti-mestne-obcine-nova-gorica/strategija-za-starejse-v-mestni-obcini-nova-gorica-2022-2026/>