

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT
Kineziologija

GIBALNA DEJAVNOST STAROSTNIKOV V DOMU V ŠKOFJI LOKI

DIPLOMSKO DELO

MENTOR:
prof. dr. Damir Karpljuk, prof. šp. vzg.

SOMENTORICA:
prof. dr. Mateja Videmšek

RECENZENTKA:
izr. prof. dr. Maja Pori, prov. šp. vzg.

Avtorica:
TEA KOŠNJEK

Ljubljana, 2014

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju prof. dr. Damirju Karpljuku, somentorici prof. dr. Mateji Videmšek in recenzentki izr. prof. dr. Maji Pori za strokovno pomoč pri izdelavi diplome.

Zahvaljujem se družini in prijateljem za podporo in razumevanje skozi celoten študij.

Zahvaljujem se sošolcem za prijetno preživete trenutke med študijem.

Ključne besede: starostniki, telesna vadba, institucionalno varstvo starejših, staranje, fizioterapija, rehabilitacija, bolezni starostnikov

GIBALNA DEJAVNOST STAROSTNIKOV V DOMU V ŠKOFJI LOKI

Tea Košnjek

IZVLEČEK

Številne raziskave v zadnjih desetletjih kažejo na to, da je telesna dejavnost izredno pomemben dejavnik za ohranjanje samostojnega in kakovostnega življenja. Telesna dejavnost pa je toliko bolj koristna za starostnike, da kljub staranju ohranjajo ali celo izboljšujejo določene funkcije in gibalne sposobnosti ter tako zmanjšajo tveganja za bolezni in poškodbe. Diplomsko delo obravnava starostnike, njihove najpogostejše bolezni in poškodbe in pomembnost redne telesne dejavnosti za ohranitev zdravja in psihofizičnih sposobnosti čim bolj poznih letih.

Teoretična izhodišča smo predstavili s pomočjo študija domače in tuje strokovne literature. Kot raziskovalni instrument smo za zbiranje podatkov uporabili anonimni anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz 12 vprašanj. Od tega je bilo 11 vprašanj zaprtega, eno pa odprtega tipa (starost). Raziskavo smo izvedli med 60 starostniki, od tega je bilo 25,0 % moških in 75,0 % žensk. Stari so bili med 60 in 92 let, povprečna starost je bila 81,6 let. Za preverjanje hipotez smo uporabili χ^2 ter Kullbackov $2\hat{I}$ koeficient.

S prvo hipotezo smo preverjali, ali si varovanci do 80 let v večji meri želijo bolj raznolike vadbe kot starejši od 80 let. Hipotezo H1 smo lahko potrdili. S hipotezo H2 smo preverjali, ali starostniki zaradi telesne dejavnosti v CSS živijo bolj kakovostno. Hipoteze H2 nismo mogli potrditi, saj pri večini spremenljivk povezanost ni statistično značilna. S hipotezo H3 smo preverjali, ali je večja vključenost stanovalcev v telesne dejavnosti po 80 letu s hipotezo H4 pa, ali je telesno dejavnih več žensk kot moških. Nobene izmed teh dveh hipotez nismo mogli potrditi, saj povezanost med spremenljivkami ni bila statistično značilna.

Keywords: elderly, physical activity, institutional care, aging, physiotherapy, rehabilitation

PHYSICAL ACTIVITY IN THE RETIREMENT HOME IN SKOFJA LOKA

Tea Košnjek

SUMMARY

Numerous studies in recent decades suggest that physical activity is an extremely important factor in maintaining an independent and quality life. Physical activity is much more useful for the elderly that despite aging, maintain or even improve certain functions and motor skills, thus reducing the risk of illness and injury. The thesis deals with the elderly, their most common diseases and injuries, and the importance of regular physical activity for maintaining health, mental and physical abilities also in their late age.

Theoretical starting points are presented by means of the study of domestic and foreign professional literature. As a research instrument for the data collection, we used an anonymous questionnaire that was implemented in the Centre of elderly and weak-sighted (CSS) in Škofja Loka, Slovenia. The questionnaire consisted of 12 questions and 11 of these were closed and one open-ended type (i.e. age). The survey was conducted among 60 elderly people, of which 25.0% were male and 75.0% female. Age was between 60 and 92 years, mean age was 81.6 years. For hypothesis testing, we used χ^2 and Kullback $\hat{D}$ coefficient.

With the first hypothesis (H1), we examined whether the residents of up to 80 years want more diverse workouts as the one older than 80 years. The hypothesis H1 was confirmed. With the second hypothesis (H2), we examined whether elderly due to physical activity in the institution CSS live a more quality life. Hypotheses two (H2) could not be confirmed because the majority of the variables correlation is not statistically significant. With the hypothesis three (H3) we examined whether there is involvement of elderly residents in physical activities higher after the age of 80, while the fourth hypothesis (H4) is trying to answer on the question whether there are more women than man in this age population physically active or not. None of these hypotheses could be confirmed since the correlation between the variables was not statistically significant.

KAZALO

1	UVOD.....	9
1.1	STARANJE IN STAROST.....	9
1.2	STARANJE PREBIVALSTVA.....	10
1.3	BOLEZNI IN POŠKODBE STAROSTNIKOV	12
1.3.1	ATEROSKLEROZA	12
1.3.2	HIPERTENZIJA	13
1.3.3	SLADKORNA BOLEZEN	13
1.3.4	HIPERLIPIDEMIJA	13
1.3.5	MOŽGANSKA KAP	14
1.3.6	ARTRITIS.....	14
1.3.7	OSTEOPOROZA	15
1.3.8	DEMENCA	16
1.4	AKTIVNO STARANJE OZIROMA POMEN GIBANJA	17
1.5	PRIPOROČILA IN POZITIVNI VPLIVI TELESNE DEJAVNOSTI NA STAROSTNIKE	18
1.6	INSTITUCIONALNO VARSTVO	19
1.7	CENTER SLEPIH, SLABOVIDNIH IN STAREJŠIH ŠKOFJA LOKA	20
1.8	CILJI IN HIPOTEZE.....	20
2	METODE DELA.....	22
2.1	Preizkušanci	22
2.2	Pripomočki	22
2.3	Postopek	25
3	REZULTATI IN RAZPRAVA	27
3.1	OPISNA STATISTIKA.....	27
3.2	ANALIZIRANJE HIPOTEZ	32
3.2.1	HIPOTEZA H1.....	32
3.2.2	HIPOTEZA H2.....	32
3.2.3	HIPOTEZA H3.....	38
3.2.4	HIPOTEZA H4.....	39
3.3	RAZPRAVA.....	39
4	SKLEP	40

5	VIRI	42
6	PRILOGE.....	45
6.1	VPRAŠALNIK.....	45
6.2	STATISTIČNE POVEZAVE	48

KAZALO SLIK

<i>Slika 1.</i> Prebivalstvo Slovenije po starosti in spolu, Slovenija, 1921, 1961, 2007, 2061 (Šircelj 2009a).....	11
<i>Slika 2.</i> Starostne kategorije.....	22
<i>Slika 3.</i> Vódena vadba pod nadzorom fizioterapevtke	23
<i>Slika 4.</i> Vódena vadba pod nadzorom fizioterapevtke	23
<i>Slika 5.</i> Vadba na sedečem sobnem kolesu.....	23
<i>Slika 6.</i> Hoja ob bradlji.....	23
<i>Slika 7.</i> Stiskanje žoge z rokami	23
<i>Slika 8.</i> Dvigovanje nog z žogo.....	23
<i>Slika 9.</i> Izteg rok z žogo v predročenje	24
<i>Slika 10.</i> Izteg rok z žogo v vzročenje	24
<i>Slika 11:</i> Izteg kolena z dodatno obremenitvijo	24
<i>Slika 12.</i> Dvig rok z utežkami v vzročenje	24
<i>Slika 13.</i> Vstajanje ob bradlji s pomočje žoge	24
<i>Slika 14.</i> Vaje za ravnotežje ob bradlji.....	24
<i>Slika 15.</i> Učinki športnih dejavnosti, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci	26
<i>Slika 16.</i> Izobrazba.....	27
<i>Slika 17.</i> Samoocena telesne aktivnosti v mladosti in srednjih letih	27
<i>Slika 18.</i> Samoocena športne aktivnosti v mladosti in srednjih letih.....	28
<i>Slika 19.</i> Športna aktivnost in bolj zdravo življenje z manj telesnimi težavami	28
<i>Slika 20.</i> Pogostost športnih aktivnosti v CSS.....	29
<i>Slika 21.</i> Zadovoljstvo s športnimi dejavnostmi, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci.....	29
<i>Slika 22.</i> Pestrejše vsebine dela pri vodeni vadbi	30
<i>Slika 23.</i> Pestrejše vsebine dela pri vodeni vadbi	30
<i>Slika 24.</i> Ustreznost vodene vadbe	31
<i>Slika 25.</i> Učinki športnih dejavnosti, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci	31

KAZALO TABEL

Tabela 1 Želja po pestrejši vadbi glede na starost	32
Tabela 2 Povezanost spremembe mišične moči in telovadbe pod vodstvom fizioterapevtke	32
Tabela 3 Povezanost spremembe gibljivosti in telovadbe pod vodstvom fizioterapevtke	33
Tabela 4 Povezanost koordinacije gibanja in telovadbe pod vodstvom fizioterapevtke	33
Tabela 5 Povezanost ravnotežja in telovadbe pod vodstvom fizioterapevtke	33
Tabela 6 Povezanost občutka vitalnosti in energije s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke	34
Tabela 7 Povezanost občutka utrujenosti s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke.....	34
Tabela 8 Povezanost apetita s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke	35
Tabela 9 Povezanost prebave s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke	35

Tabela 10 Povezanost spanja s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke	36
Tabela 11 Povezanost delovne sposobnosti in telovadbe po vodstvom fizioterapevtke.....	36
Tabela 12 Povezanost razpoloženja s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke.....	36
Tabela 13 Povezanost druženja v skupinah in telovadbe pod vodstvom fizioterapevtke.....	37
Tabela 14 Povezanost druženja v skupinah s sodelovanjem pri vodeni vadbi pod vodstvom fizioterapevtke	38
Tabela 15 Spremenljivke, ki niso statistično povezane	48

1 UVOD

Tomori (2005) navaja, da vsako življenjsko obdobje prinaša izzive, prijetna doživetja in zadovoljstva, pa tudi obremenitve, strese in preizkušnje. Predstave, da je v mladosti vse lepo in lahko, v kasnejših obdobjih pa vse hudo in neprijetno, niso v skladu z dejanskimi življenjskimi dogajanjem. Izpolnjevanje mnogih življenjskih nalog v času odraščanja zahteva veliko truda in naprezanja, prinaša s seboj možna razočaranja in poteka prek mnogih poskusov in zmot. Mladost kar sama po sebi ni obdobje prešernega veselja, radosti, optimizma in neustavljive življenjske sile. Je tudi čas negotovosti, ne moči, pomanjkanje izkušenj, pogrešanja lastnih notranjih usmeritev. In starost nikakor ni eno samo obdobje izgub in pojemanja svetlobe, ki naj bi jemalo barve človekim pričakovanjem. Mnoge pomembne vsebine vsakodnevnega življenja, ki so v mladosti kar same po sebi umevne in zato skoraj brez pravega čara, začne človek ceniti šele v zrelejših obdobjih svojega življenja. (Tomori, 2005)

Pred desetletjem in več obravnava življenja ljudi v poznejših letih ni bila tako v ospredju, kot je danes. Razlogov za to je več. Eden temeljnih pa je prav gotovo staranje populacije (Berčič, 2005). Povedano z drugimi besedami to pomeni, da je vedno več starejših ljudi, ki zaradi vsesplošnega napredka medicine, znanosti in tehnologije, dviga osebnega in družbenega standarda, izboljšanja življenjskih razmer, bolj kakovostne prehrane in drugih dejavnikov dosegajo visoko starost (Berčič, 2005).

Redno telesno udejstvovanje in ukvarjanje z rekreativnim športom uvrščamo danes med pomembne sestavine zdravega življenjskega sloga starejših ljudi (Berčič, 2002). Odsotnost ali pomanjkanje gibanja vodi k številnim degenerativnim obolenjem, slabitvi osnovnih življenjskih funkcij in k prezgodnjem staranju. V Sloveniji je danes vse več starejših ljudi, zato so različni strokovnjaki vse pogostejše sprašujejo, ali je mogoče tudi v poznejših letih oziroma v tretjem življenjskem obdobju živeti polno, zadovoljno in kakovostno (Berčič, 2002).

1.1 STARANJE IN STAROST

Veda, ki se ukvarja s starostjo človeka je gerontologija. Je interdisciplinarna veda o starem človeku in zajema zdravstvene, biološke, psihološke, in socialne lastnosti, ki so značilne za starega človeka. Ramovš (2013) navaja, da je v gerontologiji starost tretje in zadnje glavno življenjsko obdobje, ki sledi srednjim letom življenja, te pa mladosti. Prehod iz srednjih let v starost v industrijski družbi najbolj nakazuje upokožitev, ki je danes večinoma med 60. in 65. Letom starosti, z daljšanjem življenja in staranjem družbe pa se pomika navzgor (Ramovš, 2013).

Iskanje vzrokov staranja in starosti je znatvenikom skozi zgodovino človeštva predstavljalo velik izziv. Staranje je fiziološki proces, vendar pri nobenem posamezniku ni ta proces zgolj fiziološki. Hkrati se s tem procesom pojavljajo različne bolezni, posledično govorimo o fiziološkem, normalnem, pospešenem in patološkem staranju. »Ravno patološke spremembe so razlog, da človek vedno ne more doživeti svoje možne biološke dolžine življenja.« (Cijan in Cijan, 2003, str. 23 – 24).

Sicer pa imajo avtorji na starost in staranje drugačen pogled, zato ju opredeljujejo z različnim pomenom.

Avtorja Cijan in Cijan (2003) staranje in starost opazujeta v dveh vsebinsko različnih oblikah: staranje posameznika in staranje družbe. Pri prvem gre za življenjsko dobo, pri drugem pa za demografsko staranje prebivalstva.

Ramovš (2003) deli tretje življenjsko obdobje glede na kronološko starost in predvideno funkcionalno starost:

- **Mladi starejši oz. zgodnje starostno obdobje** (65-74 let): človekovo zdravstveno stanje je relativno stabilno, ni večjih težav, kronične bolezni so prisotne v manjši meri in dobro obvladljive. Upokojenec živi dejavno in ima veliko socialnih stikov s svojo generacijo, sodelavci in navezuje stike z osebami iz novega socialnega okolja, soudeleženci hobijev in širšega družabnega življenja
- **Srednji starejši oz. srednje starostno obdobje** (75-84 let): oseba zaznava upad življenjske moči in energije, intenzivneje se pojavljajo kronične bolezni, doživlja vedno več izgub (partner, vrstniki, dom, prijatelji, sebe)
- **Stari starejši oz. pozno starostno obdobje** (85 let naprej): oseba običajno potrebuje več formalne in neformalne pomoči zaradi različnih zdravstvenih težav. V tem obdobju se odraža njegovo življenje: *Kakršno življenje takšna starost* (slovenski pregovor).

Četrto življenjsko obdobje - ko človek obnemore in potrebuje veliko pomoči drugih za opravljanje osnovnih življenjskih aktivnosti.

Avtorica Hojnik Zupanc (1997) meni, da pri vsakem človeku lahko razlikujemo vsaj tri vrste starosti:

- Kronološko starost (koliko je kdo star po koledarju),
- biološka starost (koliko je staro telo glede na pravilno delovanje telesnih funkcij in celičnih procesov),
- psihološka starost (koliko star se kdo počuti).

»Staranje je proces, odvisen od mnogih dejavnikov, tako zunanjih kot notranjih, ki se skozi vse življenje med seboj prepletajo in odločilno vplivajo na potek staranja. Staranju se s tega razloga ni mogoče izogniti, lahko pa precej vplivamo na starost. Človek je edino živo bitje, ki skuša zavestno upočasniti potek svojega staranja.« (Jurdana 2011, str 11 – 17).

Kakor navajajo Gošnjak Dahmane et al. (2006), Pečjak (1998) ter Polšak in Lampe (2011), na potek staranja vplivajo trije dejavniki: genska predispozicija, na katero ne moremo vplivati, okolje, v katerem živimo in nanj lahko vplivamo le delno, in življenjske navade, na katere lahko bistveno vplivamo. Na sam proces staranja vplivajo vsi dejavniki in so v medsebojni interakciji.

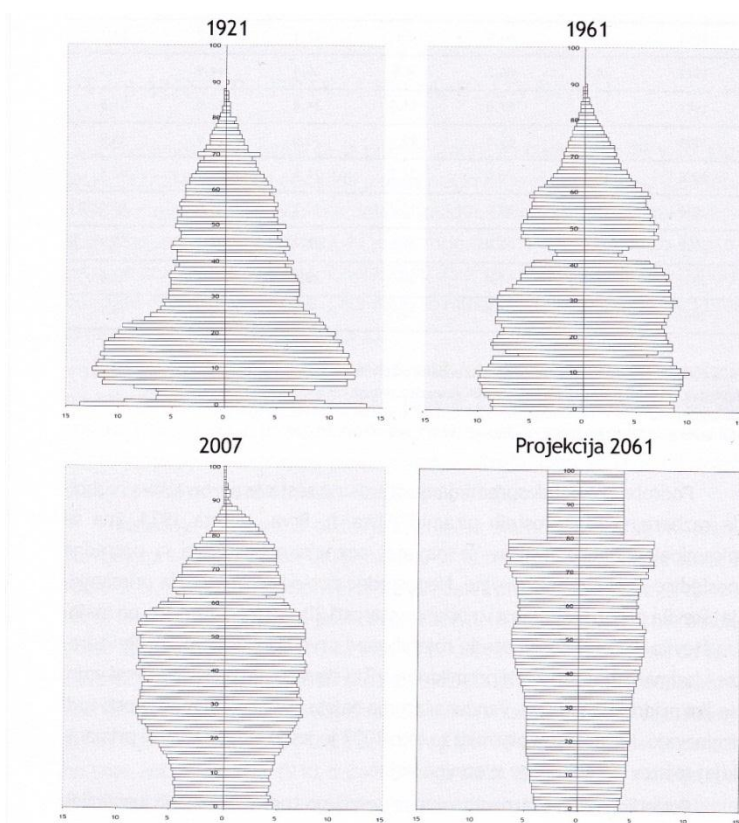
1.2 STARANJE PREBIVALSTVA

Z izrazom staranje prebivalstva ali demografsko staranje poimenujemo proces, v katerem se spreminja starostna sestava prebivalstva in sicer tako, da se povečuje delež starih (Šircelj, 2009). Demografi so dolgo časa med stare uvrščali tiste stare nad 60 let ali več, a so ta prag zaradi podaljševanja življenjske ali delovne dobe sčasoma dvignili na starost 65 let. To je

obenem starost, ki v mnogih evropskih državah pomeni tudi prehod iz ekonomsko aktivnega življenja v upokožitev (Šircelj, 2009).

Problemato staranja prebivalstva v zadnjem desetletju intenzivno proučujejo v Združenih narodih, v OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development) in v Evropski uniji. Zaradi stalnega zniževanja rodnosti in podaljševanja življenjske dobe v zadnjih desetletjih se močno spreminja starostna sestava prebivalstva - prebivalstvo sveta je vse starejše (Vertot, 2010). Tak demografski razvoj zahteva temeljite družbene spremembe na področju socialnega varstva, stanovanj in zaposlovanja in verjetno še kje. Poleg tega pa postopen proces staranja prebivalstva tudi močno vpliva na običajne odnose med generacijami. Vedno številnejši so tisti, ki menijo, da morajo odgovore poiskati vse generacije skupaj in da morajo njihova prizadevanja in iskanja temeljiti na dialogu in medsebojnem sodelovanju (Vertot, 2010).

Šircelj (2009) pojasnjuje, da za ponazoritev procesa staranja prebivalstva demografi uporabljajo različne grafične prikaze, najpogosteje starostne piramide, in vrsto številčnih kazalnikov. Starostna piramida prikazuje razporeditev prebivalstva po starosti in spolu v določenem časovnem trenutku. Iz niza več zaporednih piramid nato lahko razberejo spremembe starostne sestave v daljšem časovnem obdobju. Če se prebivalstvo stara, se oblika starostne piramide postopoma spreminja iz trikotne s široko osnovnico v različne druge oblike, ki sta jim skupna ozka osnovnica in zaokrožen vrh (Šircelj, 2009).



Slika 1. Prebivalstvo Slovenije po starosti in spolu, Slovenija, 1921, 1961, 2007, 2061 (Šircelj 2009a)

Prva starostna piramida, iz leta 1921, ima še piramidalno obliko, čeprav se na njej poznajo neposredne in posredne posledice prve svetovne vojne. Neposredne posledice ponazarja

primankljaj števila prebivalcev, zlasti moških, v starosti 20 – 40 let, posredno pa majhno število 2 – 5 let starih otrok, rojenih med prvo svetovno vojno (Šircelj, 2009, str. 23 – 24). Te primankljaji se z leti premikajo v višje starosti (piramida iz leta 1961). Na starostni piramidi za leto 2007 je jasno viden samo šle primankljaj rojstev. Podatki za leto 2061 se končajo s starostjo 80 let ali več, zato zgornji del grafa za to leto ne predstavlja verjetnega realnega stanja (Šircelj, 2009, str. 23 – 24).

Ob začetku leta 2013 je bilo v Sloveniji po zadnjih statističnih podatkih 17,1% ljudi starih več kot 64 let. Projekcije prebivalstva za Slovenijo pa napovedujejo še bistveno povečanje števila in deleža starejših med celotnim prebivalstvom (Brnot in Peršin, 2013). Po Eurostatovih projekcijah prebivalstva EUROPOP2010 naj bi se starostna sestava prebivalstva Slovenije v naslednjih 50 letih zelo spremenila. Do leta 2060 naj bi se delež starejših prebivalcev od 64 let povzpел na 31,6%. Zaradi tako hitro naraščajočega deleža starejšega prebivalstva bo tako v prihodnje izziv predvsem to, kako ohranjati zdravo in dalj časa aktivno prebivalstvo (Brnot in Peršin, 2013).

1.3 BOLEZNI IN POŠKODBE STAROSTNIKOV

S starostjo se biološke lastnosti organizma spreminjajo, spreminja se sestava in delovanje večine organov človeškega telesa. Zato se tudi bolezenske spremembe pogosto kažejo na drugačen način kot pri mlajših osebah (Poredoš, 2005). Brez povezovanja teh procesov in značilnosti bolezenskih sprememb v starosti, ni možno zagotoviti kakovostnega zdravstvenega varstva starostnikov. Pri starejših osebah so pogosto spremenjene pojavne oblike bolezni in njihov potek, zato je pri starejši osebi potrebno prilagoditi način odkrivanja in zdravljenja bolezni, potrebno je dodatno znanje (Poredoš, 2005).

Poredoš (2005) pojasnjuje, da je temeljna značilnost staranja upočasnitev različnih procesov, ki vzdržujejo celotno delovanje človeškega telesa. Posledično se zmanjša delovanje različnih organskih sistemov. S staranjem se zmanjša sposobnost delovanja ledvic, pljuč, nekaterih žlez z notranjim izločanjem in do neke mere tudi obtočil. Z zmanjševanjem delovanja se povečuje sprejemljivost za različne bolezni. Starejši organizem je veliko bolj dovzeten tudi za različne okužbe, predvsem okužbe dihal. Spremeni se tudi sestava kože, zmanjšuje se delovanje žlez znojnic in lojnic (Poredoš, 2005).

Za starostnike je značilno, da se pri njih pogosto pojavljajo različne kronične bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, bolezni dihal, gibal, rakave bolezni, ter da se te bolezni pri posamezniku kopičijo. Za okužbe starostnikov je značilno, da se lahko pojavijo bolezni, ki so značilne za osebe z zmanjšano odpornostjo in za otroke, pogoste so tudi motnje v presnovi vode in elektrolitov. Starejše osebe imajo večkrat prizadet občutek žeje, zato je uživanje tekočine pomankljivo in lahko pripelje do izsušitve, ki prizadene delovanje različnih organov, predvsem dihal in ledvic (Poredoš, 2005).

1.3.1 ATEROSKLEROZA

Je kronična bolezen velikih in srednje velikih arterij, ki se lahko začne že pri dojenčku. Desetletja poteka tiho, dokler ne povzroči pomembne zožitve ali zapore določene prizadete arterije. Kdaj se bo pojavila in kako bo potekala, je v veliki meri odvisno od dejavnikov tveganja (Turk, 2005). Med pomembne lahko uvrstimo tiste, ki se pojavljajo neodvisno od nas, in tiste, za katere v manjši ali večji meri vplivamo sami. Med neodvisne bi lahko navedli

moški spol, višjo starost in gensko dispozicijo. Med dejavnike, ki jo pospešujejo, lahko štejemo raven maščob v krvi, krvnega sladkorja in krvnega tlaka. Najpomembnejši dejavniki na katere lahko vplivamo sami, so prevelika telesna masa, pomanjkanje telesnega gibanja in stres. Dejavniki tveganja se med seboj prepletajo in potencirajo (Turk, 2005).

1.3.2 HIPERTENZIJA

Arterijska hipertenzija ali visok krvni tlak je najpogostejše srčno-žilno bolezensko stanje. Svetovna zdravstvena organizacija je opredelila normalne vrednosti krvnega tlaka od 100/60 do 140/90, vrednosti 160/95 in več pa so že zvišane. Dejavniki tveganja na katere ne moremo vplivati, so starost, spol in dednost. Dejavniki, na katere pa lahko vplivamo so prekomerna telesna teža, čezmerno uživanje natrija (soli), čezmerno pitje alkoholnih pijač, kajenje, premajhna telesna dejavnost in izpostavljenost stresu (Dobrotić, 2014).

Na skrajšanje pričakovane življenjske dobe in zmanjšanje delovne zmogljivosti pa ne vpliva le visok krvni tlak, temveč predvsem zapleti, ki nastanejo zaradi nezdravljene bolezni. Posledice trajno zvišanega krvnega tlaka so zelo obremenjujoče za srce in ožilje, posledice so lahko na možganih, ledvicah in očeh. Hipertenzija najbolj prizadane srce in ožilje, možgane, ledvica in oči (Dobrotić, 2014).

1.3.3 SLADKORNA BOLEZEN

Pojem sladkorna bolezen zajema več presnovnih bolezni, katera skupna značilnost je zvečana koncentracija glukoze v krvi (krvni sladkor). Nastane zaradi pomankljivega izločanja hormona insulina. Posledica je motena presnova ogljikovih hidratov, maščob in beljakovin. To povzroči okvaro, motnjo ali odpoved različnih organov, posebno oči, ledvic, živcev, srca, možganov in ožilja (Jevšenak, 2010). Sladkorna bolezen se lahko kaže z značilnimi simptomi ali znaki, kot so žeja, poliurija in hujšanje. Pri starostnikih se sladkorna bolezen pojavlja predvsem zaradi spremenjene presnove in transporta hormonov ter spremenjene občutljivosti tkiv za njihovo delovanje (Jevšenak, 2010).

Glede na nastanek sladkorno bolezen delimo na tip 1 in tip 2. Tip 1 je od insulina odvisna sladkorna bolezen in se pojavi že v otroštvu in mladosti oziroma do 30. leta starosti. Sladkorna bolezen tipa 2 je najpogostejša oblika sladkorne bolezni. Ne gre za pomanjkanje insulina, pač pa za odpor proti njegovemu delovanju. Tako k nastanku kot k slabšanju bolezni pripomorejo neustrezne življenjske okoliščine (neprimerna prehrana, prevelika telesna teža, premalo gibanja, stres) (»Kaj je diabetes?«, 2014).

1.3.4 HIPERLIPIDEMIJA

Hiperlipidemija označuje nenormalno visoke vrednosti krvnega holesterola in/ali trigliceridov. Dedna hiperlipidemija obstaja že od rojstva, odkrijemo pa jo ponavadi šele v zgodnjem otroštvu. Je posledica okvarjenega gena, ki ga bolnik podeduje od enega ali obeh staršev. Prehrana z visoko vsebnostjo maščob in pomanjkanje telesne dejavnosti stanje še poslabšata. Zvišana raven trigliceridov ali holesterola poveča tveganje za razvoj ateroskleroze in bolezni venčnih žil (Dedna hiperlipidemija, 2007)

Turk (2005) ugotavlja, da je pri približno 20 odstotkih ljudi zvečana raven maščob v krvi pogojena gensko in družinsko. Pri preostalih štirih petinah pa je kriva neprimerna prehrana,

ne le bogata z maščobami in s sladkorjem, pač pa tudi kalorično preobilna. Zvišane vrednosti krvnih maščob oziroma hiperlipidemija je v starosti zelo pogost pojav.

1.3.5 MOŽGANSKA KAP

Kathleen (2006) možgansko kap definirana kot nenadna epizoda delne nevrološke disfunkcije, do katere pride zaradi popolnega zaprtja možganske arterije ali zaradi njene prekrvavitve – možganske krvavitve. Posledično pride do prekinitve oskrbe tkiva s krvjo, kar se odraža kot odmrtnje le-tega. Od obsega in lokacije poškodbe možganskega tkiva je odvisno posameznikovo nadaljne fizično, psihično in socialno funkcioniranje. Z leti se večja tveganje za nastanek možganske kapi, ker so pri starejših kardiovaskularne in metabolične bolezni bolj pogoste. Za vsakih 10 dodatnih preživelih let po 55.letu starosti se tveganje za nastanek možganske kapi pri obeh spolih podvoji. Dejavniki tveganje za nastanek možganske kapi so starost (75 ali več), povišan krvni tlak, porušeno razmerje med maščobami v krvi, sladkorna bolzene, nezdrava prehrana, telesna nedejavnost, kajenje. Pri približno 25% ljudi, ki so preživeli možgansko kap, se pričakuje ponovitev epizode v petih letih. Ob naštetih dejavnikih tveganje, se je potrebno zavedati, da je za dobro rehabilitacijo ključnega pomena, zgodnje prepoznavanje možganske kapi (Kathleen, 2006).

Pri starejši populaciji ljudi, ki možgansko kap preživi, so večje fizične, psihične in socialne posledice kot pri mlajših. Učinkovita rehabilitacija, ki naj bi jo začeli čimbolj zgodaj po pojavu kapi, zmanjša funkcionalno prizadetost. Z rehabilitacijo začnemo takoj, ko je postavljena diagnoza in so stabilizirane življenjske funkcije (Kathleen, 2006).

1.3.6 ARTRITIS

Artritis je splošno poimenovanje za različne vnetne in degenerativne bolezni sklepov. Obolenje, katerega značilnost je otekanje prizadetih sklepov, spremljajo bolečina, občutljivost in okornost, zlasti v jutranjih urah. Najbolj pogosto so prizadeti prsti rok in nog, kasneje tudi gležnji, kolena, komolci in zapestja (Kako prepoznati artritis, 2009). Za prizadete predele je značilno, da so običajno topli in rdeči, sčasoma pa lahko popolnoma otrdijo. Pod pojmom artritis lahko najdemo več kot sto vrst te bolezni, najpogostejše oblike pa so osteoartroza, spondiloza, revmatoidni artritis in putika, ki prizadenejo kar polovico vseh ljudi, starejših od 65 let (Kako prepoznati artritis, 2009).

Osteoartroza je oblika artritisa, ki se največkrat pojavi pri starejših ljudeh. Največkrat so prizadeti sklepi, ki nosijo teža telesa, torej kolenska in kolčna sklepa in sklepi, ki so bili že poškodovani. Velikokrat se pojavi tudi v rokah, vratu, spodnjem in zadnjem delu hrbta. Bolezen se začne razvijati z obrabljenim hrustancem. Ko se ta obrabi, se kosti drgnejo med seboj, bolezen pa se poslabšuje. Bolečine bolniki lajšajo s protibolečinskimi zdravili, fizioterapijo, toplimi obkladki in posebnimi vajami za lajšanje bolečine in ohranjanje gibljivosti sklepov. Za lajšanje bolečin začasno pomagajo tudi injekcije kortikosteroidov, vendar pogosta uporaba le teh ni priporočljiva (Kako prepoznati artritis, 2009).

Spondiloza je vrsta artritisa, ki se bolj ali manj izrazito pojavi pri vseh ljudeh, starejših od 45 let in je zato obravnavana kot običajni del staranja. Zaznate jo lahko po bolečinah v vratnem ali ledvenem delu hrbtenice (Kako prepoznati artritis, 2009). Spremembe najprej prizadenejo medvretenčne ploščice, kasneje pa tudi medvretenčne sklepe. Z razvojem bolezni se zožujejo medvretenčni prostori in nastajajo kostni izrastki v robnem delu vretenc, ki pritiskajo na

živčne korenine in povzročajo bolečino. Tako kot osteoartroze, tudi spondiloze ne moremo dokončno ozdraviti. Možno je le lajšanje posledic s protibolečinskimi tabletami, razgibavanjem in z izvajanjem vaj za krepitev mišic. Pri okvarah živca je včasih potrebno tudi operativno zdravljenje, pri čemer je poseg odvisen od vzroka za težave (Kako prepoznati artritis, 2009).

Revmatoidni artritis je avtoimunska oblika artritisa, kar pomeni, da telo samo napada obloge sklepov. Pri revmatoidnem artritisu se torej vname notranji del sklepne ovojnice, vnetje pa povzroči okvaro hrustanca. Posledica je okvara spodaj ležeče kosti, lahko pa pride tudi do okvare kit in sklepnih vezi, sčasoma pa tudi do hudih okvar in razobličenja sklepa (Kako prepoznati artritis, 2009). Revmatoidni artritis ne napada samo sklepov, temveč tudi druge telesne organe, na primer srce, mišice, krvne žile, živčni sistem in oči. Zdravljenje revmatoidnega artritisa poteka z dvojnim namenom. Prva skupina zdravil omili težave, druga pa zmanjša vnetje in tako prepreči oziroma upočasni okvare sklepov. Pri blagi obliki bolezni lahko pomagajo že nesteroidna protivnetna zdravila, pri hujših oblikah pa se potrebujejo zdravila za upočasnitev napredovanja bolezni. Pomaga tudi fizioterapija, redne gibalne vaje ter hladni in topli obkladki. Jemanje zdravil je večini primerov bolezni doživljenjsko, vsak deseti bolnik pa je, zaradi posledic bolezni, invalid (Kako prepoznati artritis, 2009).

Putika ali protin je bolezen presnove, na katero vplivajo dedni dejavniki. Bolezen je povzročena z odlaganjem kristalov sečne kisline v sklepe ali druga tkiva. Obloge teh kristalov povzročijo otekanje, rdečico, vročino, bolečino in togost v sklepu. Putika pogosto nastane po uživanju določene vrste hrane, npr. lupinarjev (raki, školjke, polži), jeter, posušenega fižola, graha, sardel ali mesne omake. Pitje alkohola, prevelika telesna teža in nekatera zdravila protin samo še poslabšajo (Kako prepoznati artritis, 2009). Pri starejših ljudeh lahko zdravila za krvni pritisk povzročijo napad putike. Putika najpogosteje napade palce na nogi, vendar lahko napade tudi ostale sklepe, npr. gležnje, komolce, kolena, zapestje, roke ali ostale nožne prste. Otekanje lahko povzroči zategnjenost kože na sklepu, kar povzroči rdečico ali celo vijolično barvo in preobčutljivost. Prizadeti sklepi so pri putiki izredno boleči, včasih je lahko prisotna tudi zmerno povišana telesna temperatura. Napad putike lahko v nekaj dneh samodejno izgine, potreben je le počitek in mirovanje prizadetega sklepa. Za lajšanje bolečin so na voljo nesteroidna protivnetna zdravila, lahko pa zdravnik predpiše tudi zdravila, ki zavirajo nastajanje sečne kisline in tako preprečujejo ponovni zagon bolezni (Kako prepoznati artritis, 2009).

1.3.7 OSTEOPOROZA

Ekart Buček, Računica, Videnšek in Čelan (2009) osteoporozo opisujejo kot sistemsko kostno bolezen, ki jo označujejo nizka mineralna gostota in strukturne spremembe, ki zmanjšajo kostno trdnost in povečajo nagnjenost k zlomom. Osteoporoz ne prizadane celotnega organizma, temveč le kosti. Bojimo se je zaradi večje lomljivosti kosti, ki je vzrok za zlome že pri manjših naporih (npr. zlom vretenca pri kašlju ali dvigu lažjega bremena) ali poškodbah (npr. zlom zapestja, nadlahti ali kolka pri padcu s stola ali ravnine). Zlomi zapestja, hrbtenice ali nadlahtnice so neprijetni, boleči in lahko predstavljajo omejitev normalnega opravljanja dnevnih aktivnosti. Zlomi kolka pa so tudi življenjsko ogrožajoči, ker bistveno poslabšajo mobilnost starostnika in povzročijo komplikacije pridruženih bolezni (Ekart Buček, Računica, Videnšek, Čelan, 2009).

Ker imajo ženske na splošno manjšo kostno maso kot moški in imajo poleg tega še obdobje hitre izgube kostne mase po menopavzi, ni presenetljivo, da je med bolniki z osteoporozo kar 80 odstotkov žensk. Pri osemdesetih letih starosti si zlomi kolk v povprečju vsaka tretja ženska in vsak peti moški, podobno razmerje vlada tudi pri zlomih vretenc. Bolečine ter nezmožnost za normalno življenje, ki jih povzročajo zlomi zaradi osteoporoze, predstavljajo pomemben zdravstveni problem mnogih starejših ljudi v zahodnem svetu (Compston, 2005).

Nastanek osteoporoze je odvisen od mnogih dejavnikov, kljub upoštevanju dejavnikov tveganja pa ni mogoče napovedati, kdo bo zbolel za osteoporozo in kdo ne (Dienstl, Maschek, 2009). Po izsledkih različnih raziskav se kaže težnja, kot nekakšna družinska obremenitev, če sta mati in babica prav tako zboleli za osteoporozo. Vendar ni razjasnjeno, ali ima pri tem glavno vlogo »pravi« dednosti dejavnik (Malič, 2012). Zanimivo je tudi, da osteoporozo bolj ogroža vitke ženske s tankim podkožnim tkivom kakor debelušne. Ljudje z zelo svetlo poltjo se večinoma izogibajo močnega sončenju, ker se bojijo sončnih opeklin, s tem pa se zmanjšuje nastajanje naravnega vitamina D v koži, ki je zelo pomemben za presnovo kalcija. Dodatno pospešujejo osteoporozo pri ženskah vsi dejavniki, ki vplivajo na predčasno prenehanje menstruacije. Med njimi so kajenje, pretirano pitje alkohola in kave, vrhunski šport, operativna odstranitev jajčnikov, kakor tudi različna zdravila (Malič, 2012). Hrana, ki vsebuje premalo kalcija in preveč fosfatov, nezadostna telesna teža, kronična driska, zloraba poživil in premalo gibanja pa so seveda dejavniki tveganja tako za ženske, kot tudi za moške. Tudi ženske, ki niso nikoli rodile, so bolj dovzetne za osteoporozo, zlasti, če niso jemale nobenih tablet proti zanositvi, ki vsebuje estrogen. Prav tako lahko osteoporozo pospešujeta kronična utrujenost in napačna prehrana (Malič, 2012).

1.3.8 DEMENCA

(Lipar, 2012) demenco opisuje kot skupek simptomov in znakov, ki so posledica več kot sto različnih bolezni organskega izvora in lahko prizidane ljudi vseh starosti, primarno pa je bolezen starejšega prebivalstva. Pri ljudeh mlajših od 65 let, se demenca pojavlja pri blizu enem odstotku, med 90 let in več starimi pa pri približno 60 %.

Demenca je kronična in napredujoča bolezen možganov. Kaže se v obliki motenj številnih višjih kortikalnih funkcij, zlasti spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih in učnih sposobnosti, sposobnosti govornega izražanja in presoje. Njen prvi znak je pogosto izguba spomina, pri čemer je v začetni fazi bolezni prizadet predvsem kratkoročni spomin, to je spomin za nedavne dogodke. Spremembe lahko opazijo bolniki sami, še bolj pa njihovi svojci. Spomin za oddaljene dogodke je v začetku ohranjen in je prizadet šele v kasnejših fazah bolezni. Pogosto je prizadeta bolnikova orientacija, najprej časovna in kasneje prostorska (Lipar, 2012).

Glede na vzrok delimo demenco na primarne in sekundarne. Sekundarne so posledica drugih bolezni, npr. bolezni presnove, depresije, pomanjkanja različnih vitaminov, zastrupitev idr. Za te vrste demenc je značilno, da lahko z zdravljenjem osnovne bolezni odpravimo tudi simptome in znake, na osnovi katerih sklepamo na demenco. Pri primarnih demencah pa so možgani neposredno prizadeti, zato bolezen ni ozdravljiva. Primarne demence razdelimo na degenerativne (kamor spada tudi Alzheimerjeva bolezen, ki je najpogostejši vzrok demenc), vaskularne in mešane oblike (degenerativne in vaskularne oblike skupaj) (Lipar, 2012).

Proces demence delimo na tri obdobja. V prvem gre za blago obliko demence. Pri bolniku prihaja do motenj v orientaciji, razpoloženskih sprememb, pozabljanja, slabega presojanja. Drugo obdobje je srednje razvita demenca. Pri bolniku prihaja do vse hujših spominskih motenj, nepoznavanja svojcev, časovne in krajevne zmedenosti, sumničenj, nenehnega gibanja in tavanja, nemira, izrazitih spominskih motenj. V zadnjem obdobju govorimo o hudi obliki demence. Bolniki veliko spijo, so vsestransko ranljivi, besedno sporazumevanje je vse bolj oteženo, pojavi se inkontinenca, pride do upadanja telesnih funkcij, bolnik se zapira v svoj svet (Lipar, 2012).

Povsem jasni dejavniki tveganja, ki bi natančno napovedali pojav in razvoj demence pri določenem človeku še niso znani (Lipar, 2012). Kljub temu pa nekatere raziskave nakazujejo, da redna psihična in telesna dejavnost, uravnotežena prehrana, izogibanje škodljivim razvadam in ohranjanje socialne mreže lahko odložijo ali upočasnijo razvoj demence, mogoče pa tudi preprečijo njen pojav. Ker še ni učinkovitega zdravila, ki bi demenco povsem pozdravilo, je potrebno vlagati v preventivo in osveščanje ljudi, zlasti pa v ustrezno ravnanje in komuniciranje z dementnim človekom (Lipar, 2012).

1.4 AKTIVNO STARANJE OZIROMA POMEN GIBANJA

Pri govorjenju o gibljivosti imamo običajno pred očmi telesno gibljivost in gibčnost. Dejansko pa je telesna gibljivost tesno povezana v vseh drugih telesnih razsežnostih. Zato jo je smiselno opredeliti z vidika celostne antropologije: gibljivost je zmožnost za smiselno telesno, duševno, duhovno, socialno, razvojno in bivanjsko premikanje v prostoru in času, tako pri svojem osebnem razvoju kot v povezavi z drugimi ljudmi, življenjskimi nalogami in celotno stvarnostjo (Ramovš, Dimovski, Rudel, 2013, str.281).

Zavestno osvajanje učinkovitih načinov za ohranjanje in večanje gibljivosti je nepogrešljiva sestavina osebnih prizadevanj za zdravo staranje, ki odgovarja temeljni potrebi po ohranjanju telesne, duševne in delovne svežine v starosti (Ramovš, 2003, str. 95). Znanje o gibljivosti nam danes odpira dobre možnosti tudi v primeru, ko je gibljivost okrnjena zaradi bolezni ali starostne onemoglosti; iz dneva v dan se porajajo nova znanja in novi pripomočki za oporo ogroženi gibljivosti. Zmanjševanje človekove gibljivosti večinoma zelo vpliva tudi na pešanje ostalih njegovih zmožnosti. Mnogi začno, ko ne morejo več hoditi, naglo pešati tudi duševno. Povezava je tudi v obratni smeri: človek, ki izgublja duševno prožnost, se običajno čedalje manj giblje ter zakrneva in oboleva tudi telesno. (Ramovš idr.,2013).

Klasična vzgojna spoznanja vseh kultur govorijo o pomenu gibanja in gibalnih navad za zdrav človekov razvoj. Pomen gibanja za zdravo staranje je danes splošno znana in sprejeta vrednota. V Sloveniji ima pri tem velike zasluge generacija pionirjev množične telesne kulture v 20. Stoletju, začeni z orli in sokoli med vojnama do Drage Ulage, ki je s svojim delom simbol na tem področju. S številnimi poljudnoznanstvenimi knjigami, članki in oddajami je ukoreninjal v zavest ljudi pomen vsakdanjih športov, hoje in telesne kulture – posebej tudi v starosti (Ramovš idr.,2013).

Kolikor je mogoče, naj bi človek s svojo celovito naravo poskrbel za to, da bi se staral počasi. Čeprav je staranje neizogiben fiziološki proces, ki je za slehernega posameznika določen v njegovem genetskem zapisu, je pešanje fizioloških funkcij vendarle mogoče upočasniti. Čeprav procesi pešanja potekajo nenehno, neustavljivo in progresivno (Lunaček, 1998), in so za posamezne funkcije različni, je v določeni meri vendarle mogoče uveljaviti nadzor nad tem

upadanjem. Redno telesno udejstvovanje ima pri tem pomembno zadrževalno in kompenzacijsko funkcijo. Ko posameznik preide 60. leto starosti, sta redno telesno udejstvovanje in naprezanje, spremljana z zmernim tempom, dejavnika, ki lahko veliko prispevata k njegovemu duševnemu ravnovesju. Ker gre pri športnorekreativnem udejstvovanju v večini primerov za igrivo in sproščujoče gibanje, se človek ob njem sprošča tako telesno kot duševno hkrati. Telesna sprostitvev je tako spodbuda za duševno sprostitvev in obratno (Berčič, 2005).

1.5 PRIPOROČILA IN POZITIVNI VPLIVI TELESNE DEJAVNOSTI NA STAROSTNIKE

Creagan (2001) pravi: »Zdravo staranje ni le naključje, ki ga vodijo geni in okoliščine, marveč je to skrbno načrtovanje in uresničevanje zdravega življenjskega sloga. Ta naj bo osredotočen na pravilno prehrano, redno telesno, duševno in socialno aktivnost pa tudi na ustrezno finančno varnost.«

Priporočila za zmerno telesno dejavnost po 60. letu starosti so vsaj pol ure zmerne gibanja (predvsem hoje), in to vsaj pet dni v tednu. To je tista telesna dejavnost, ki jo starejši ljudje vključijo v svoj življenjski slog. Poleg hoje in različnih gimnastičnih vaj pa so koristni tudi kolesarjenje, plavanje, ples, delo na vrtu, hoja po stopnicah in druge dejavnosti (Berčič, 2005). Creagan (2001) glede tega ugotavlja: »Telesna aktivnost je najpomembnejša stvar za uspešno staranje. Telesna zmogljivost omogoča boljše delovanje v vsakdanjem življenju, pomaga živeti dlje in bolj intenzivno, in to kljub zdravstvenim problemom ali razvadam.«

Ohranjanje in razvijanje gibalnih sposobnosti starejših ljudi sta torej dva izmed pomembnih namenov telesnega oz. športnorekreativnega udejstvovanja (Berčič, Sila, Tušak, Semolič, 2001). Za starejšega človeka, ki je prešel 60. leta in si želi kar najdlje ostati gibalno aktiven in sposoben, so med posameznimi gibalnimi sposobnostmi še posebej pomembne moč, gibljivost in koordinacija, v določeni meri pa tudi ravnotežje. Po mnenju nekaterih avtorjev sem sodi tudi vzdržljivost (Berčič, 2005).

(Berčič, 2005) opisujejo vse gibalne sposobnosti kot preventiven dejavnik, ki ljudem v poznejših letih pomaga čim dlje ohranяти telesno, duševno, čustveno, duhovno, socialno in družbeno zdravje:

Moč je tako rekoč nujna pri izvajanju različnih telesnih in športnorekreativnih dejavnosti, ki se izvajajo doma, v športnih objektih in tudi v naravi. To še zlasti velja za hojo, tek, plavanje, kolesarjenje, tek na smučeh,... Zaradi svoje posebne narave je moč pri človeku najbolj temeljna oz. osnovna gibalna sposobnost. Z ustrezno vadbo je mogoče veliko pridobiti in jo tudi ohranяти vse do pozne starosti, zato naj bi vsak človek tudi v starejšem obdobju življenja načrtno skrbel za ohranjanje in tudi pridobivanje moči z ustrezno vadbo. Priporočeno je celostno obremenjevanje vseh sestavnih delov gibalnega sistema in odsvetuje se prekomerno enostransko obremenjevanje (Berčič, 2005).

Gibljivost je mogoče ob pomoči različnih metod raztezanja in z redno vadbo na ustrezni ravni ohraniti v pozno starost. Seveda pa je pri tem treba v polni meri upoštevati fiziološke značilnosti kostno-sklepnega in mišičnega sistema v starejšem obdobju. Ugodni učinki ustrezne in varne vadbe so vidni kot ohranjanje primerne elastičnosti mišic in gibljivosti sklepov. Če starostnik opusti vsakodnevno izvajanje vaj za ohranjanje optimalne gibljivosti (in

tudi drugih gibalnih sposobnostih), ne more več dovolj učinkovito in sproščeno izvajati posameznih telesnih dejavnosti (Berčič, 2005).

Koordinacija gibanja je med tistimi osnovnimi gibalnimi sposobnostmi, ki naj bi jih starejši ljudje, kolikor je to mogoče, še posebej ohranjali in tako naj bi bilo vse do pozne starosti. Potrebna je pri izvajanju različnih, bolj ali manj sestavljenih aktivnosti in pri številnih rekreativnih športih. Znano je, da se osnova za dobro koordinacijo v starejšem obdobju ustvari že v mladosti, in sicer s pridobivanjem kar največjega števila raznovrstnih gibalnih izkušenj (Berčič, 2005).

Pri vzdrživosti gre za srčno-žilno sposobnost, ki je večinoma odvisna od funkcionalnih sposobnosti srca, ožilja, dihal in tudi skeletnega mišičja, ki mora biti prilagojeno na dlje trajajoče sposobnosti, ki se s staranjem sicer zmanjšujejo, jih je pa mogoče s primerno telesno vadbo v določeni meri ohranjati in celo izboljšati. Tako telesno vadbo sestavljajo aerobne dejavnosti, kot so hoja, nordijska hoja, kolesarjenje, plavanje,.. Za starejše je zaradi ugodnih vplivov zelo priporočljivo, da se z navedenimi dejavnosti ukvarjajo kar najdlje (Berčič, 2005).

(Bilban, 2005) navaja, da ima redna telesna dejavnost velik pomen za upočasnitev staranja, ohranjanja zdravja in samostojnosti. Nadaljuje, da s telesno dejavnostjo zmanjšujemo tveganja za številne bolezni in poškodbe. Telesna dejavnost je v starosti del preventive, zdravljenja in rehabilitacije. Izreden pomen ima tudi pri starostnikih, ki so zaradi bolezni že prizadeti in funkcionalno ovirani, saj jim izboljšana gibljivost ter vzdrževanje in izboljšanje fizične moči v neprizadetih delih telesa omogoča več samostojnosti. (Berčič, 2005) dodaja, da sta ohranjanje in izboljšanje srčnožilne in dihalne funkcije eden pomembnejših ciljev ukvarjanja z rekreativnim športom.

Eden izmed razlogov za ukvarjanje s telesno dejavnostjo je tudi upočasnitev biološkega staranja, kar seveda velja tudi za človeka v starosti. Posledica ugodnih učinkov telesne vadbe in gibanja na organizem človeka se odraža tako v njegovem dobrem fizičnim in psihičnim počutju, kot tudi na duševnem področju. Redno, sistematično ter zmerno ukvarjanje s telesnimi dejavnostmi starejšim ljudem omogoča, da ostanejo vitalni, radoživi, veseli življenja in ostanejo dlje časa samostojni (Berčič, 2005).

1.6 INSTITUCIONALNO VARSTVO

Institucionalno varstvo starejših je ena izmed oblik varstva starejših in naj bi ga po merilih Organizacije združenih narodov uporabljalo 5% prebivalcev, ki so starejši od 65 let. Njegova oblika je lahko le začasna, ko gre za proces rehabilitacije ali sezonsko bivanje. Večinoma pa gre za obliko, ki predstavlja gibanje do konca življenja (Hojnik Zupanc, 1994, str. 2). Najpomembnejša naloga institucionalnega varstva je, da starejšim, ki so funkcionalno ovirani zaradi bolezni ali splošne fizične oslabelosti v največji meri zadovolji osnovne življenjske potrebe ter jim hkrati zadovolji osnovno zdravstveno varstvo (Hojnik Zupanc, 1994, str. 2). Poleg tega v domovih potekajo tudi programi javnih del, delujejo skupine za samopomoč ter prostovoljci, ki stanovalcem polepšajo dan z urico pogovora ali z glasbeno urico na skupinskih srečanjih (Turk, 2004).

Dejavnost institucionalnega varstva starejših izvajajo domovi za starejše občane - javni zavodi, lahko pa jo kot javno službo opravljajo tudi druge pravne osebe oziroma zasebniki, na

podlagi koncesije (Dolšak, 2010). V evropskih razmerah potrebuje institucionalno varstvo vsak dvajseti človek tretje generacije, ker ne more več živeti samostojno in skrbeti zase sam ali v krogu svojih domačih. V Sloveniji je v letu 2012 v domovih za starejše, posebnih socialnovarstvenih zavodih in varstveno-delovnih centrih bivalo skupaj 22.800 oskrbovancev, prevladovala so osebe, starejše od 80 let (Jacović, 2013).

1.7 CENTER SLEPIH, SLABOVIDNIH IN STAREJŠIH ŠKOFJA LOKA

CSS Škofja Loka je poseben javni socialno varstveni zavod, ki z dolgo tradicijo skrbi za odrasle slepe in slabovidne ter starejše. V CSS Škofja Loka izvajajo dejavnost institucionalnega varstva za starejše in kot edini zavod v državi zagotavljajo prilagojene prostore in okolico za življenje slepih in slabovidnih oseb (Košnjek, 2014). Ponudba storitev Centra je primerljiva z večino drugih slovenskih domov za starejše. Stanovalcem omogočajo kakovostno nastanitev, celodnevno oskrbo in aktivno preživljanje časa. Glede na njihovo zdravstveno stanje jim nudijo tudi kakovostno in zahtevno zdravstveno nego (Košnjek, 2014).

V sklop telesne dejavnosti, ki jih dom ponuja, spadajo (Košnjek, 2014):

- Rehabilitacijska vadba pod vodstvom fizioterapevtke (stanovalci izvajajo vaje, ki so potrebne za posameznikovo rehabilitacijo. Kot pripomočke uporabljajo lažje uteži, elastike, žoge, ravnotežne blazine, bradlja in sedeča sobna kolesa),
- vódena vadba pod vodstvom fizioterapevtke (organizirana je vsak dan in traja pol ure. V vadbo se vključuje razne dihalne vaje, vaje za razgibavanje, vaje za fino motoriko in lažje vaje za moč),
- izleti v organizaciji CSS,
- sprehodi pod vodstvom fizioterapevtke in spremljevalcev.

Z izvajanjem fizioterapije v Centru z različnimi metodami in postopki lajšajo bolečino ter izboljšujejo in ohranjajo telesne zmogljivosti stanovalcev. Cilj fizioterapije je, da so stanovalci čim dlje samostojni. Izvajanje fizioterapije posamezniku predpiše zdravnik ali zdravnik specialista fizioterapije. Delo poteka individualno in v skupinah. Obravnava je celostna in spodbuja stanovalca, da izkoristi svoje sposobnosti pri ohranjanju in izboljšanju mobilnosti (»Predstavitev služb centra«, 2014).

Vaje zajemajo različna področja fizioterapije in programe rehabilitacije. V Centru imajo sodobne aparate za izvajanje protibolečinske elektroterapije, ultrazvoka, magnetoterapije in termoterapije (»Predstavitev služb centra«, 2014).

1.8 CILJI IN HIPOTEZE

Namen diplomskega dela je ugotoviti v kolikšni meri so starostniki telesno dejavni v Centru slepih, slabovidnih in starejših Škofja Loka. Zanimalo nas je tudi, kako telesna dejavnost vpliva na njihovo kakovost življenja v domu, na njihove gibalne sposobnosti in splošno počutje.

Cilji diplomskega je ugotoviti, če zaradi telesne dejavnosti stanovalci v CSS živijo bolj kakovostno. Proučiti želimo, kakšno je razmerje med moškimi in ženskami, ki se udeležujejo telesne vadbe in kateri stanovalci so glede na leta bolj vključeni v telesno vadbo.

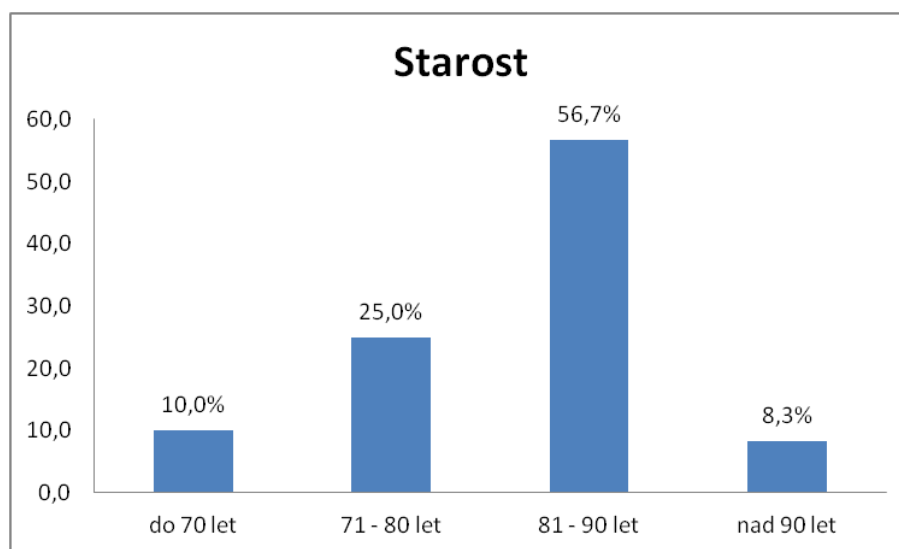
V ta namen smo postavili 4 hipoteze:

- Ho1: Varovanci do 80 let si v večji meri želijo bolj raznolike vadbe kot starejši od 80 let.
- Ho2: Starostniki zaradi telesne dejavnosti v CSS živijo bolj kakovostno.
- Ho3: Večja vključitev stanovalcev v telesne dejavnosti je starih nad 80 let.
- Ho4: Telesno dejavnih je več žensk kot moških.

2 METODE DELA

2.1 Preizkušanci

V raziskavi je sodelovalo 60 starostnikov, od tega 25,0 % moških in 75,0 % žensk. Vsi preizkušanci stanujejo v centru slepih, slabovidnih in starejših Škofja Loka. Anketiranci so bili stari med 60 in 92 let, povprečna starost je bila 81,6 let, s standardnim odklonom 7,0 let. Največ anketirancev je bilo v starosti med 81 in 90 let (56,7 %), četrtna jih je bila starih med 71 in 80 let (Slika 1). Vsi starostniki, ki stanujejo v centru se lahko vsak dan udeležijo vódene telesne vadbe pod nadzorom fizioterapevtke, nekateri od njih imajo tudi večkrat tedensko predpisano individualno (rehabilitacijsko) vadbo s fizioterapevtko.



Slika 2. Starostne kategorije

2.2 Pripomočki

Pripomočkov pri vódeni vadbi niso uporabljali. V vadbo se vključuje razne dihalne vaje, vaje za razgibavanje, vaje za fino motoriko, lažje vaje za moč. Pri rehabilitacijski vadbi pod nadzorom fizioterapevtke se uporabljajo lažje uteži, elastike, žoge, ravnotežne blazine, bradlja in sedeča sobna kolesa.



Slika 3. Vódena vadba pod nadzorom fizioterapevtke



Slika 4. Vódena vadba pod nadzorom fizioterapevtke



Slika 5. Vadba na sedečem sobnem kolesu



Slika 6. Hoja ob bradlji



Slika 7. Stiskanje žoge z rokami



Slika 8. Dvigovanje nog z žogo



Slika 9. Izteg rok z žogo v predročnje



Slika 10. Izteg rok z žogo v vzročnje



Slika 11: Izteg kolena z dodatno obremenitvijo



Slika 12. Dvig rok z uteškami v vzročnje



Slika 13. Vstajanje ob bradlji s pomočje žoge



Slika 14. Vaje za ravnotežje ob bradlji

2.3 Postopek

Raziskavo smo opravili z anketnim vprašalnikom oskrbovancev, ki se udeležujejo telesne vadbe. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz 12 vprašanj. Od tega je bilo 11 vprašanj zaprtega, eno pa odprtega tipa (starost).

Prvi sklop so sestavljala sociodemografska vprašanja in sicer spol, starost in izobrazba.

V drugem sklopu smo starostnike prosili, da so ocenili svojo telesno in športno dejavnost v mladosti in srednjih letih. Zanimalo nas je tudi, ali so mnenja, da športno aktivni ljudje živijo bolj zdravo in z manj telesnih težav.

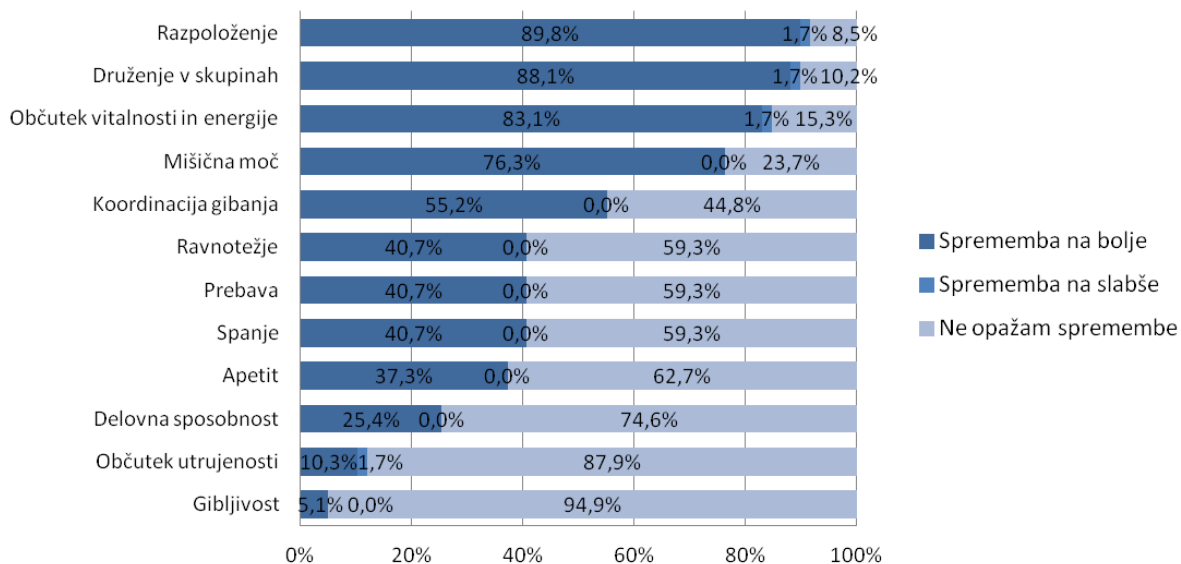
V tretjem sklopu vprašalnika smo preverjali, kako pogosto (redno – občasno – nikoli) se anketiranci udeležujejo posameznih športnih dejavnosti v CSS, kako so z njimi zadovoljni in ali si želijo pestrejših vsebin dela pri vodenih vadbah. Zanimalo nas je tudi, ali zahtevnost vadbe ustreza njihovim funkcionalnim sposobnostim ter kakšne spremembe (sprememba na bolje – sprememba na slabše – ne opažam spremembe) opažajo zaradi športnih dejavnosti, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci.

Za preverjanje hipotez smo uporabili χ^2 ter Kullbackov $2\hat{l}$ koeficient. S pomočjo χ^2 preizkusa preverjamo povezanost za nominalne in ordinalne spremenljivke (Kropivnik, Kogovšek in Gnidovec 2006, 32). Za izvedbo preizkusa ima lahko največ 20 % celic teoretično oz. pričakovano frekvenco manjšo od 5, podatki morajo biti med seboj neodvisni, nobena celica pa ne sme imeti pričakovane frekvence manjše od 1 (Field 2009, str. 692).

Če pogoji za χ^2 niso izpolnjeni, lahko uporabimo Kullbackov $2\hat{l}$ preizkus, ki je alternativa χ^2 testu. Kullbackov $2\hat{l}$ preizkus oz. »likelihood ratio« je uporaben predvsem pri majhnih vzorcih (Field 2009, str. 690).

Zaradi bolj natančnih rezultatov smo z vsakim starostnikom anketni vprašalnik rešili individualno. Večina starostnikov, ki so se rešili anketni vprašalnik in se udeležujejo vódene telesne vadbe ali vadbe s pomočjo fizioterapevtke, ne more več samostojno hoditi, zato so na invalidskih vozičkih. Pri teh se je pojavila težava pri odgovarjanju na vprašanje »kako po vaši oceni športne dejavnosti, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci, učinkujejo na vas«, kajti na nekatere gibalne sposobnosti telesna vadba ne more imeti takega vpliva, kot ga ima pri starostnikih, ki še lahko hodijo sami ali s pomočjo hodulje. To so ravnotežje, delovna sposobnost in gibljivost. Vpliv telesne vadbe na našete gibalne sposobnosti je zato veliko manjši.

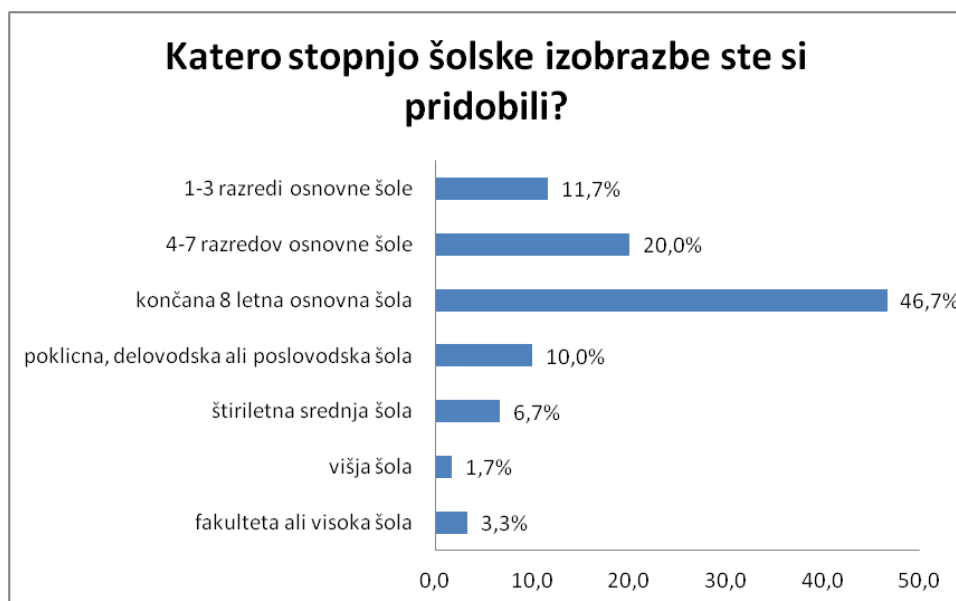
Kako po vaši oceni športne dejavnosti, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci, učinkujejo na vas?



Slika 15. Učinki športnih dejavnosti, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci

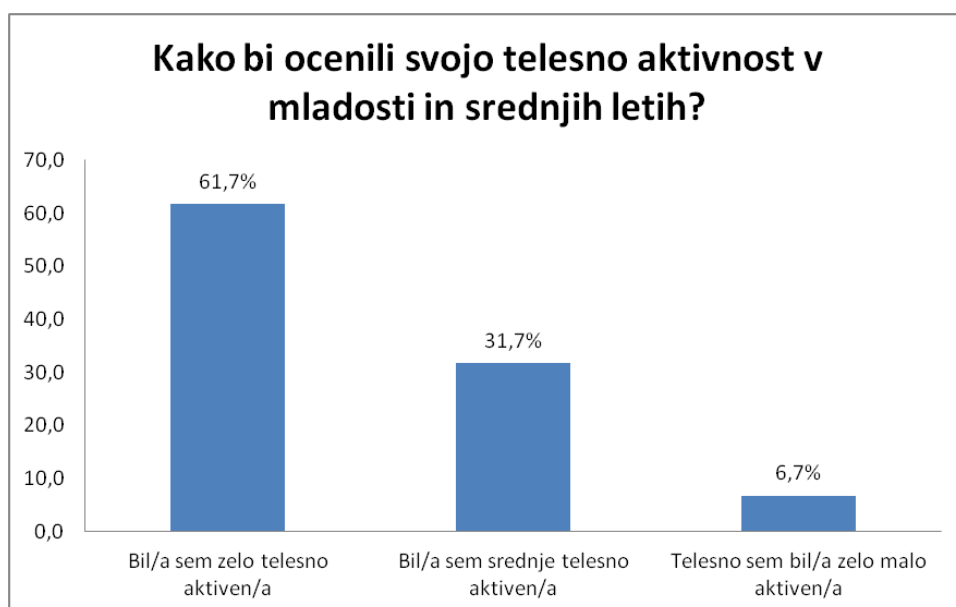
3 REZULTATI IN RAZPRAVA

3.1 OPISNA STATISTIKA



Slika 16. Izobrazba

Največ anketirancev (46,7 %) ima dokončano OŠ, sledijo tisti, ki imajo 4 – 7 razredov OŠ (20,0 %) (Slika 15).



Slika 17. Samoocena telesne aktivnosti v mladosti in srednjih letih

Največ (61,7 %) anketirancev ocenjuje, da so bili v mladosti in srednjih letih zelo telesno aktivni, sledijo tisti, ki menijo, da so bili srednje telesno aktivni (31,7 %) (Slika 16).



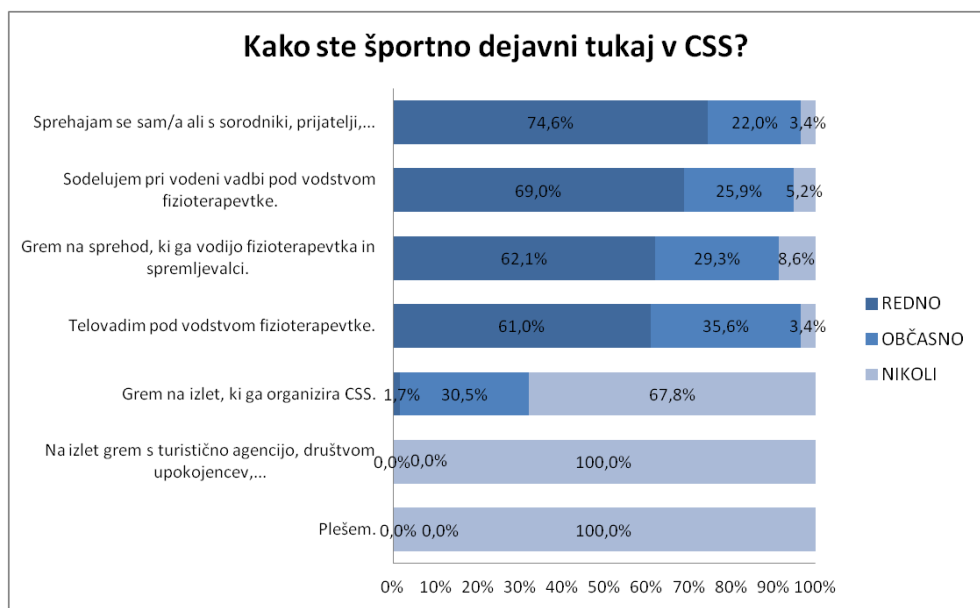
Slika 18. Samoocena športne aktivnosti v mladosti in srednjih letih

Največ (61,7 %) anketirancev ocenjuje, da so bili v mladosti in srednjih letih zelo telesno aktivni, sledijo tisti, ki menijo, da so bili srednje telesno aktivni (31,7 %) (Slika 17).



Slika 19. Športna aktivnost in bolj zdravo življenje z manj telesnimi težavami

Večina (88,3 %) anketirancev se strinja, da športno aktivni ljudje živijo bolj zdravo in z manj telesnimi težavami (Slika 18).



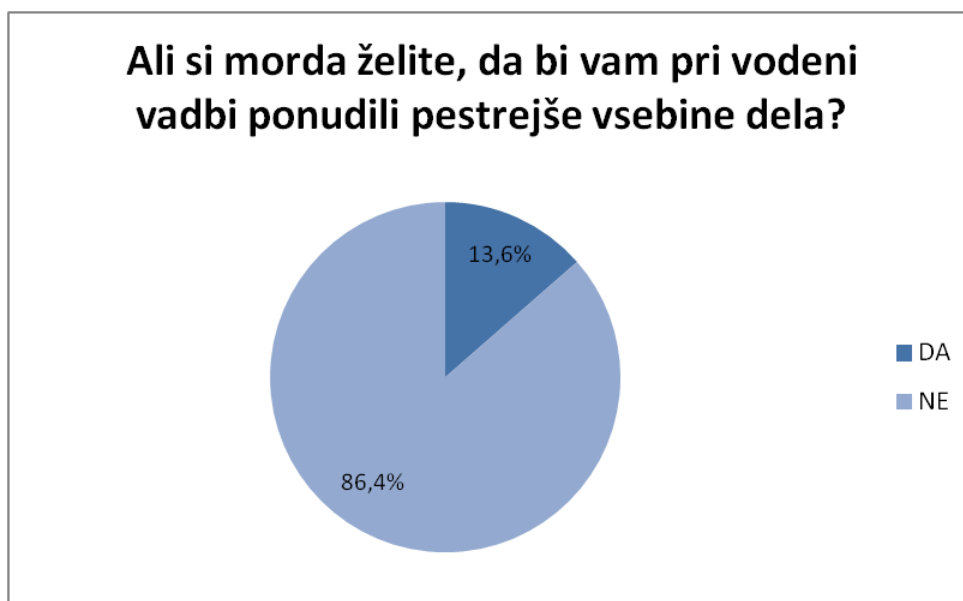
Slika 20. Pogostost športnih aktivnosti v CSS

Več kot polovica anketirancev se redno sprehaja samih, s sorodniki, prijatelji (74,6 %), sodelujejo pri vodeni vadbi (69,0 %), gredo na sprehod s fizioterapevtko in spremljevalci (62,1 %) in telovadijo pod vodstvom fizioterapevke (61,0 %). Na izlet, ki ga organizira CSS gredo občasno (30,5 %), nikoli pa ne gredo na izlet s turistično agencijo, društvom upokojencev (100,0 %), prav tako nikoli ne plešejo (100,0 %) (Slika 19).



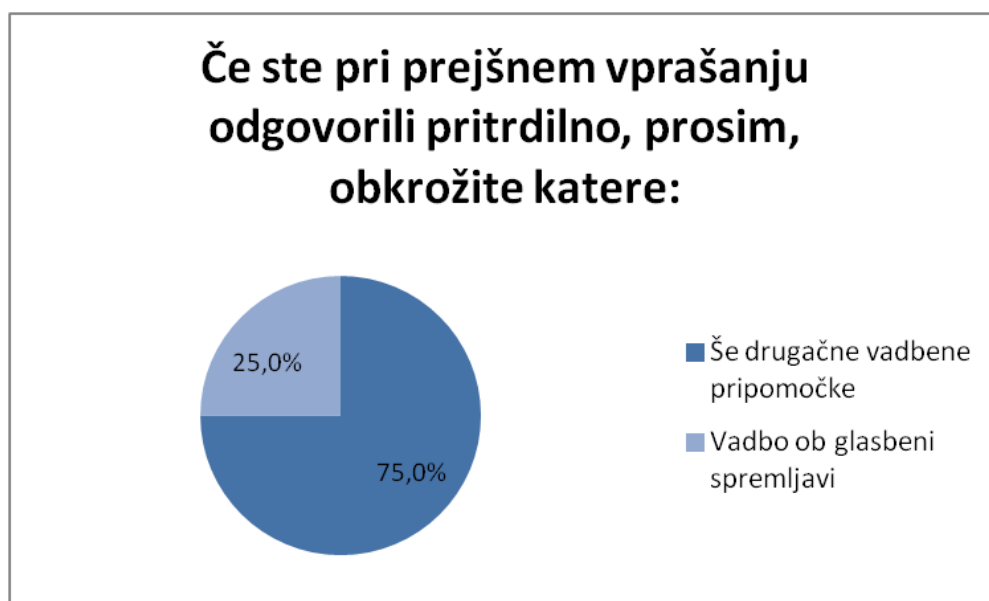
Slika 21. Zadovoljstvo s športnimi dejavnostmi, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci

Večina anketirancev (83,1 %) je v celoti zadovoljnih z vsebinami športnih dejavnosti (Slika 20).



Slika 22. Pestrejše vsebine dela pri vodeni vadbi

Le 13,6 % anketirancev si želi, da bi imeli pri vodeni vadbi na voljo pestrejše vsebine dela (Slika 21). Anketirance, ki so odgovorili, da si pri vodeni vadbi želijo pestrejših vsebin (N = 8) smo vprašali, katere bi to bile.



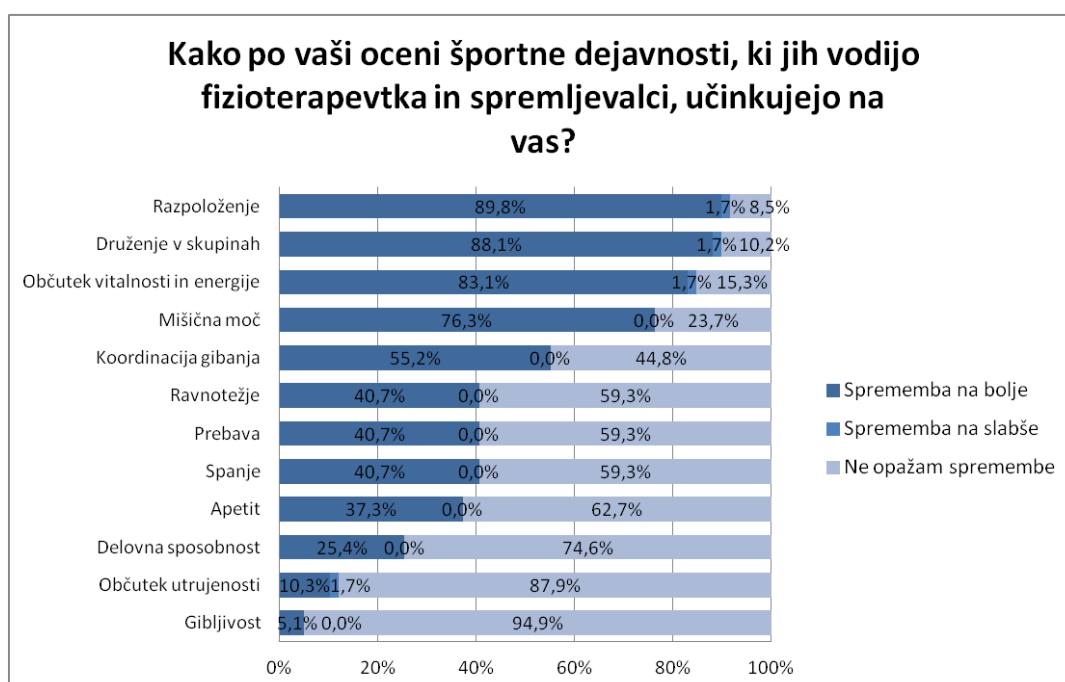
Slika 23. Pestrejše vsebine dela pri vodeni vadbi

Večina (75,0 %, f = 6) si želi še drugačnih vadbenih pripomočkov, četrtina (f = 2) pa vadbo ob glasbeni spremljavi (Slika 22).



Slika 24. Ustreznost vodene vadbe

Večina (91,2 %) anketirancev je mnenja, da je vodena vadba primerne zahtevnosti glede na njihove funkcionalne sposobnosti (Slika23).



Slika 25. Učinki športnih dejavnosti, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci

Več kot polovica anketirancev je mnenja, da se je zaradi športne dejavnosti pojavila sprememba na bolje pri razpoloženju (89,8 %), druženju v skupinah (88,1 %), občutku vitalnosti in energije (83,1 %), mišični moči (76,3 %) in koordinaciji gibanja (55,2 %). Za vsa ostala področja več kot polovica anketirancev ne opaža sprememb. Sprememba na slabše se je nekaterim pojavila le pri razpoloženju (1,7 %), druženju v skupinah (1,7 %), občutku vitalnosti in energije (1,7 %) in občutku utrujenosti (1,7 %) (Slika 24).

3.2 ANALIZIRANJE HIPOTEZ

3.2.1 HIPOTEZA H1

H1: Varovanci do 80 let si v večji meri želijo bolj raznolike vadbe kot starejši od 80 let.

Hipotezo smo preverjali s Kullbackovim $2\hat{I}$ koeficientom, saj pogoji za izvedbo χ^2 niso bili izpolnjeni.

Tabela 1

Želja po pestrejši vadbi glede na starost

		Starost	
		80 let ali manj	nad 80 let
Ali si morda želite, da bi vam pri vodeni vadbi ponudili pestrejšo vsebino dela?	da	28,6%	5,3%
	ne	71,4%	94,7%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 6,034, \alpha = 0,014$$

Med anketiranci, ki so stari do 80 let si jih 28,6 % želi pestrejših vsebin dela, medtem ko je pri starejših od 80 let takih 5,3 %. Spremenljivki sta statistično značilno povezani ($\alpha < 0,05$), zato lahko hipotezo H1 potrdimo (Tabela 1).

3.2.2 HIPOTEZA H2

H2: Starostniki zaradi telesne dejavnosti v CSS živijo bolj kakovostno.

Za preverjanje hipoteze smo najprej preoblikovali spremenljivke sklopa Q17 in sicer tako, da smo združili kategoriji »redno« in »občasno« v skupno kategorijo »redno ali občasno«, kategorijo »nikoli« pa smo obdržali enako kot v originalu. V nadaljevanju smo hipotezo preverjali s χ^2 testom oz. z njegovim nadomestkom Kullbackovim $2\hat{I}$ koeficientom, kjer pogoji za izvedbo χ^2 testa niso bili izpolnjeni.

Tabela 2

Povezanost spremembe mišične moči in telovadbe pod vodstvom fizioterapevte

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevte.	
		redno ali občasno	nikoli
Mišična moč	sprememba na bolje	75,4%	100,0%
	ne opažam spremembe	24,6%	0,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 1,105, \alpha = 0,293$$

Zanimivo je, da vsi anketiranci, ki nikoli ne telovadijo pod vodstvom fizioterapevtke ($f = 2$) opažajo spremembo na bolje pri mišični moči, medtem ko je med tistimi, ki telovadijo redno ali občasno takih 75,4 %. Vendar pa povezanost spremenljivk ni statistično značilna (Tabela 2).

Tabela 3

Povezanost spremembe gibljivosti in telovadbe pod vodstvom fizioterapevtke

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Gibljivost	sprememba na bolje	5,3%	0,0%
	ne opažam spremembe	94,7%	100,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 0,212, \alpha = 0,645$$

Med anketiranci, ki redno ali občasno telovadijo pod vodstvom fizioterapevtke jih 5,3 % opaža spremembe na bolje na področju gibljivosti, medtem ko med tistimi, ki ne telovadijo, nihče ne opaža spremembe na bolje. Vendar pa spremenljivki nista statistično značilno povezani (Tabela 3).

Tabela 4

Povezanost koordinacije gibanja in telovadbe pod vodstvom fizioterapevtke

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Koordinacija gibanja	sprememba na bolje	53,6%	100,0%
	ne opažam spremembe	46,4%	0,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 2,437, \alpha = 0,119$$

Anketiranci, ki nikoli ne telovadijo pod vodstvom fizioterapevtke v 100,0 % primerov opažajo spremembo na bolje pri koordinaciji gibanja, med anketiranci, ki telovadijo redno ali občasno pa je takih 53,6 %. Povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna (Tabela 4).

Tabela 5

Povezanost ravnotežja in telovadbe pod vodstvom fizioterapevtke

	Telovadim pod vodstvom
--	------------------------

		fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Ravnotežje	sprememba na bolje	38,6%	100,0%
	ne opažam spremembe	61,4%	0,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$2\hat{I} = 3,701, \alpha = 0,054$

Anketiranca, ki nikoli ne telovadita pod vodstvom fizioterapevtke opažata spremembe na bolje pri ravnotežju, medtem ko je med starostniki, ki redno ali občasno telovadijo takih 38,6 %. Spremenljivki nista statistično značilno povezani (Tabela 5).

Tabela 6

Povezanost občutka vitalnosti in energije s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Občutek vitalnosti in energije	sprememba na bolje	82,5%	100,0%
	sprememba na slabše	1,8%	0,0%
	ne opažam spremembe	15,8%	0,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$2\hat{I} = 0,757, \alpha = 0,685$

Tudi za občutek vitalnosti in energije velja, da sta oba anketiranca, ki nikoli ne telovadita pod vodstvom fizioterapevtke opazila spremembo na bolje, medtem ko je med tistimi, ki redno ali občasno telovadijo takih 82,5 %. Vendar tudi ti dve spremenljivki nista statistično značilno povezani (Tabela 6).

Tabela 7

Povezanost občutka utrujenosti s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Občutek utrujenosti	sprememba na bolje	10,5%	0,0%
	sprememba na slabše	1,8%	0,0%

	ne opažam spremembe	87,7%	100,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 0,260, \alpha = 0,878$$

Anketiranca, ki nikoli ne telovadita pod vodstvom fizioterapevtke ne opažata sprememb (100,0 %) v občutku utrujenosti, med tistimi, ki redno ali občasno telovadijo pa jih 10,5 % opaža spremembo na bolje. Povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna (Tabela 7).

Tabela 8
Povezanost apetita s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Apetit	sprememba na bolje	36,8%	50,0%
	ne opažam spremembe	63,2%	50,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 0,138, \alpha = 0,710$$

En anketiranec, ki nikoli ne telovadi opaža spremembo na bolje pri apetitu, drugi pa ne opaža sprememb. Med tistimi, ki redno ali občasno telovadijo jih 36,8 % opaža spremembe na bolje, vendar povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna (Tabela 8).

Tabela 9
Povezanost prebave s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Prebava	sprememba na bolje	42,1%	0,0%
	ne opažam spremembe	57,9%	100,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 2,137, \alpha = 0,144$$

Anketiranca, ki nikoli ne telovadita ne opažata sprememb na področju prebave, tisti, ki telovadijo redno ali občasno pa spremembe na bolje opažajo v 42,1 % primerov. Povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna (Tabela 9).

Tabela 10

Povezanost spanja s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Spanje	sprememba na bolje	40,4%	50,0%
	ne opažam spremembe	59,6%	50,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 0,073, \alpha = 0,787$$

En anketiranec, ki nikoli ne telovadi ne opaža sprememb na bolje pri spanju, drugi pa opaža spremembe na bolje. Med starostniki, ki redno ali občasno telovadijo jih 40,4 % opaža spremembe na bolje. Povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna (Tabela 10).

Tabela 11

Povezanost delovne sposobnosti in telovadbe po vodstvom fizioterapevtke

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Delovna sposobnost	sprememba na bolje	26,3%	0,0%
	ne opažam spremembe	73,7%	100,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 1,197, \alpha = 0,274$$

Anketiranca, ki ne telovadita ne opažata sprememb pri delovni aktivnosti, medtem ko je med anketiranci, ki redno ali občasno telovadijo 26,3 % takih, ki opažajo spremembo na bolje. Vendar pa povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna (Tabela 11).

Tabela 12

Povezanost razpoloženja s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke

	Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.
--	---

		redno ali občasno	nikoli
Razpoloženje	sprememba na bolje	89,5%	100,0%
	sprememba na slabše	1,8%	0,0%
	ne opažam spremembe	8,8%	0,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 0,437, \alpha = 0,804$$

Anketiranca, ki nikoli ne telovadita opažata spremembo na bolje pri razpoloženju, med tistimi, ki telovadijo redno ali občasno pa jih spremembe na bolje opaža 89,5 %. Povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna (Tabela 12).

Tabela 13

Povezanost druženja v skupinah in telovadbe pod vodstvom fizioterapevke

		Telovadim pod vodstvom fizioterapevke.	
		redno ali občasno	nikoli
Druženje v skupinah	sprememba na bolje	87,7%	100,0%
	sprememba na slabše	1,8%	0,0%
	ne opažam spremembe	10,5%	0,0%
	skupaj	100,0%	100,0%

$$2\hat{I} = 0,515, \alpha = 0,773$$

Anketiranca, ki nikoli ne telovadita opažata spremembe na bolje pri druženju v skupinah, med starostniki, ki redno ali občasno telovadijo pa je takih 87,7 %. Povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna (Tabela 13).

Spremenljivka »Grem na sprehod, ki ga vodijo fizioterapevka in spremljevalci.« ni statistično značilno povezana z mišično močjo, gibljivostjo, koordinacijo gibanja, ravnotežjem, občutkom vitalnosti in energije, občutkom utrujenosti, apetitom, prebavo, spanjem, delovno sposobnostjo, razpoloženjem in druženjem v skupinah (Tabela 15).

Spremenljivka »Sodelujem pri vodeni vadbi pod vodstvom fizioterapevke.« ni statistično značilno povezana z mišično močjo, gibljivostjo, koordinacijo gibanja, ravnotežjem, občutkom vitalnosti in energije, občutkom utrujenosti, apetitom, prebavo, spanjem, delovno

sposobnostjo in razpoloženjem. Statistično značilno pa je povezana z druženjem v skupinah (Tabela 15).

Tabela 14

Povezanost druženja v skupinah s sodelovanjem pri vodeni vadbi pod vodstvom fizioterapevtke

		Sodelujem pri vodeni vadbi pod vodstvom fizioterapevtke.	
		redno ali občasno	nikoli
Druženje v skupinah	sprememba na bolje	90,9%	33,3%
	sprememba na slabše	1,8%	0,0%
	ne opažam spremembe	7,3%	66,7%
	skupaj	100,0%	100,0%

$2\hat{I} = 6,131, \alpha = 0,047$

Med anketiranci, ki nikoli ne sodelujejo pri vodeni vadbi pod vodstvom fizioterapevtke jih 33,3 % opaža spremembo na bolje pri druženju v skupinah, medtem ko je med tistimi, ki redno ali občasno sodelujejo pri vodeni vadbi takih 90,9 %. Kot že omenjeno, povezanost med spremenljivkama je statistično značilna (Tabela 14).

Spremenljivka »Sprehajam se sam/a ali s sorodniki, prijatelji,...« ni statistično značilno povezana z mišično močjo, gibljivostjo, koordinacijo gibanja, ravnotežjem, občutkom vitalnosti in energije, občutkom utrujenosti, apetitom, prebavo, spanjem, delovno sposobnostjo, razpoloženjem in druženjem v skupinah (Tabela 15).

Spremenljivki »Na izlet grem s turistično agencijo, društvom upokojencev,...« in »Plešem.« v primerjavo nista bili vključeni, ker se teh dveh aktivnosti nihče izmed anketirancev ne udeležuje.

Ker pri večini primerjav povezanost med spremenljivkama ni bila statistično značilna hipoteze H2 ne moremo potrditi.

3.2.3 HIPOTEZA H3

H3: Večja vključitev stanovalcev v telesne dejavnosti je starih nad 80 let.

Preverjali smo ali obstaja povezanost med starostjo in pogostostjo vključenosti v različne telesne dejavnosti. Izkazalo se je, da starost ni statistično značilno povezana s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtke, z izletom, ki ga organizira CSS, s sprehodom, ki ga vodijo fizioterapevtka in spremljevalci, s sodelovanjem pri vodeni vadbi pod vodstvom fizioterapevtke in s sprehajanjem samostojno oz. v družbi sorodnikov in prijateljev. Hipoteze H3 torej ne moremo potrditi.

3.2.4 HIPOTEZA H4

H4: Telesno dejavnih je več žensk kot moških.

Tudi pri preverjanju hipoteze H4 se je izkazalo, da telesna dejavnost ni statistično značilno povezana s telovadbo pod vodstvom fizioterapevtk, udeležbo na izletih s CSS, udeležbo na sprehodih s fizioterapevtko in spremljevalci, sodelovanjem pri vodeni vadbi ter s sprehodi samostojno, s sorodniki in prijatelji. Tudi hipoteze H4 zato ne moremo potrditi.

3.3 RAZPRAVA

Starostniki menijo, da so bili v mladosti in srednjih letih zelo telesno dejavni (61,7 %), niso se pa nikoli ukvarjali s športom (35,0 %) oz. so to počeli le nekajkrat na leto (31,7 %). Anketiranci menijo, da športno aktivni ljudje živijo bolj zdravo in imajo manj telesnih težav (88,3 %). V CSS se redno sprehajajo sami ali s sorodniki, prijatelji (74,6 %), sodelujejo pri vodeni vadbi pod vodstvom fizioterapevtke (69,0 %), gredo na sprehod s fizioterapevtko in spremljevalci (62,1 %) in telovadijo pod vodstvom fizioterapevtke (61,0 %). Nikoli pa ne gredo na izlet, ki ga organizira CSS (67,8 %), na izlet s turistično agencijo, društvom upokojencev... (100,0 %), prav tako pa tudi nikoli ne plešejo (100,0 %). Z vsebinami športnih dejavnosti so v celoti zadovoljni (83,1 %), 13,6 % pa si jih pri vodeni vadbi želi pestrejših vsebin dela, npr. še drugačnih vadbenih pripomočkov (75,0 %). Večina (91,2 %) starostnikov je mnenja, da je vadba primerno zahtevna glede na njihove funkcionalne sposobnosti. Zaradi vodenih telesnih dejavnosti opažajo spremembo na bolje pri razpoloženju (89,8 %), druženju v skupinah (88,1 %), občutku vitalnosti in energije (83,1 %), mišični moči (76,3 %) in koordinaciji gibanja (55,2 %). Na ostalih področjih več kot polovica anketirancev ne opaža sprememb.

S prvo hipotezo smo preverjali, ali si varovanci do 80 let v večji meri želijo bolj raznolike vadbe kot starejši od 80 let. Izkazalo se je, da je med starejšimi od 80 let takih 5,3 %, med tistimi do 80 let pa 28,6 % takih, ki si želijo pestrejših vadb. Povezanost med spremenljivkama je statistično značilna, zato smo hipotezo H1 potrdili. S H2 smo preverjali, ali starostniki zaradi telesne dejavnosti v CSS živijo bolj kakovostno. Statistično značilna povezanost se je pojavila le med mišično močjo in izletom, ki ga organizira CSS ter druženjem v skupinah in sodelovanjem pri vodeni vadbi. V obeh primerih tisti, ki se aktivnosti udeležujejo redno ali občasno opažajo spremembe na bolje v večji meri kot tisti, ki se aktivnosti nikoli ne udeležujejo. Kljub temu pa hipoteze H2 nismo mogli potrditi, saj pri večini spremenljivk povezanost ni statistično značilna. S H3 smo preverjali, ali je večja vključenost stanovalcev v telesne dejavnosti po 80 letu s H4 pa, ali je telesno dejavnih več žensk kot moških. Nobene izmed teh dveh hipotez nismo mogli potrditi, saj povezanost med spremenljivkami ni bila statistično značilna.

Raziskava je pokazala, da zaradi vodene vadbe starostniki med vsemi gibalnimi sposobnostmi opazijo največ razlike v mišični moči (76,3%). Strojnik (2007) v svoji raziskavi navaja, da je s primerno vadbo upad mišičnih sposobnosti možno upočasniti, pri slabi fizični pripravljenosti pa se lahko z vadbo mišične sposobnosti celo izboljšajo. V ta namen je pogosto uporabljena vadba za moč. V zadnjem času se pogosto uporablja vadba z velikimi bremenami (80 % maksimalnega bremena), ki pri vadbi tri-krat tedensko vpliva na izboljšanje mišičnih in funkcionalnih sposobnosti (Strojnik, 2007).

Cilji vadbe pri starejših osebah so poleg ohranjanja vzdržljivosti predvsem mišična moč, mišična vzdržljivost, ravnotežje in gibljivost. Pri tem je uporaba vadbe za moč zelo primerna rešitev, saj ta vpliva na vse omenjene sposobnosti. Poleg tega je vadba za moč edina vadba, ki lahko pomembno vpliva na mišično moč in mišično maso. In ker so problemi z omejeno mobilnostjo, padci, artritisom, osteoporoznimi zlomi, oslabelelostjo, funkcionalnim nazadovanjem jasno povezani z mišično močjo in maso (Wagner in sod., 1992), je potreba po vključitvi vadbe za moč v programe starejših oseb še toliko bolj potrebna. Še posebej je ta pomembna pri oslabelelih starostnikih, saj zaradi oslabelelosti sploh niso sposobni ozvajati drugih (kardiovaskularnih) vadb (Strojnik, Tomažin, Prevc 2008).

4 SKLEP

»Telesna aktivnost je najpomembnejša stvar za uspešno staranje. Telesna zmogljivost omogoča boljše delovanje v vsakdanjem življenju, pomaga živeti dlje in bolj intenzivno, kljub zdravstvenim problemom, ali razvadam« (Creagan, 2001).

Vsi avtorji s svojimi raziskavami potrjujejo, da starostniki z redno telesno dejavnostjo lahko upočasnijo procese biološkega staranja, hkrati pa je mogoče v preventivno – zdravstvenem smislu veliko storiti za celovito zdravje (Berčič, 2008). Pri vseh najpogostejših boleznih starostnikov lahko med ostalimi dejavniki tveganja zaznamo tudi pomanjkanje telesne dejavnosti, zato je zelo pomembno da telesna dejavnost spremlja posameznika od zgodnjih otroških let do pozne starosti. Poleg preprečevanja zdravstvenih težav starostnikov, lahko telesno dejavnost povezujemo tudi z izboljšanjem in ohranjanjem gibalnih sposobnosti. Številni strokovnjaki opozarjajo, da imajo ljudje v višji starosti lahko zaznavne in vidne težave, če opustijo svoj gibalni sistem in ne poskrbijo za njegovo optimalno delovanje (Berčič, 2008).

V raziskavi so sodelovali vsi starostniki, ki se zaradi svojih telesnih zmožnosti lahko redno udeležujejo vódene ali individualne vadbe pod nadzorom fizioterapevte. Vključili smo tudi tiste, ki se zaradi svojih gibalnih ovir vadbe lahko udeležijo le občasno ali so na kakršen koli drugače prilagojen način vključeni v telesno dejavnost. Rezultati raziskave so pokazali, da se starostniki največ poslužujejo sprehodov v družbi sorodnikov (74,6 %). Pri vódeni vadbi jih sodeluje 69,0 %. V centru si zelo prizadevajo, da bi svoje oskrbovance spodbudili k telesni dejavnosti in jih zato vsako dnevno motivirajo k obisku vódene vadbe, razgibavanju, vadbi za moč, kolesarjenju na sedečem sobnem kolesu, hoji, organiziranimi sprehodi po parku. Ugotovili smo, da anketirani starostniki v mladih in srednjih letih niso bili veliko športni dejavni, saj je bilo 1 do 2-krat na teden dejavnih le 26,7 %, več kot trikrat na teden pa le 6,7 % vprašanih. Vprašali smo jih tudi, v kolikšni meri so bili telesno dejavni, kot je npr. delo na njivi, poklicno fizično delo in delo v gospodarstvu. Na to vprašanje jih je 61,7 % odgovorilo, da so bili zelo telesno dejavni. Iz tega rezultata lahko povzamemo, da se v takratnem času zaradi drugačnega načina življenja ljudje niso imeli časa ukvarjati s športom v tolikšni meri, kot danes. Zato je zelo pomembno, da starejše ljudi ozavestimo o pomenu telesne dejavnosti. Konkretno lahko govorimo o uravnavanju krvnega tlaka, borbi proti aterosklerozi, boju proti boleznih srca in ožilja, proti artritisu in osteoporozi ter drugim negativnim pojavom današnjega človeka v poznejših letih življenja.

Po lastnem opazovanju in ugotovitvah, bi za nadaljne delo v Centru za slepe, slabovidne in starejše Škofja Loka predlagala, da se vódena vadba razdeli na manjše in bolj homogene skupine oskrbovancev s podobnimi potrebami oziroma enakimi gibalnimi omejitvami.

Manjše in bolj homogene skupine bi omogočile boljši individualni pristop, lažji nadzor nad izvajanjem vaj in bolj specializirane vaje, ki bi bile potrebne za določeno skupino oskrbovancev. Za tak ukrep bi bil poleg fizioterapevta potreben dodaten kader, ki je bolj ozko usmerjen in izobražen o telesni vadbi za starostnike.

Slovensko prebivalstvo se postopno vse bolj stara, zato je treba poskrbeti za to, da se bodo ljudje v poznejših letih, kolikor je to mogoče, starali zdravo, kakovostno in uspešno (Berčič, 2005).

- Accetto, B. (1987). *Starost in staranje. Osnovne medicinske gerontologije*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Berčič, H. (2005). Kakovostno staranje je tesno povezano z rednim gibanjem in s športnorekreativnim udejstvovanjem. V *Šport starejših za danes in jutri : strokovni posvet (str. ???)*. Ljubljana: Olimpijski komite Slovenije – Združenje športnih zvez, Odbor športa za vse.
- Berčič, H. (2008). Športna rekreacija od zgodnjega otroštva do pozne starosti. V *Zbornik 7. kongresa športne rekreacije: Prispevki strokovnih predavanj in predstavitev. (str. 8 – 21)*. Ljubljana: Sokolska zveza Slovenije.
- Berčič, H., Sila, B., Tušak, M., Semolič, A. (2001). *Šport v obdobju zrelosti*. Ljubljana: fakulteta za šport, inštitut za šport.
- Bilban, M. (2005). *Telesna dejavnost za ohranjanje zdravja in preprečevanje poškodb*. V M. Bilban & J. Turk, *Zdrava poznejša leta naj bodo tudi lepa*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije.
- Brnot, N. in Peršin, M. (26.9.2013). *Mednarodni dan starejših 2013*. Statistični urad republike Slovenije. Pridobljeno 10.8.2014, iz http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5780
- Cijan, V., Cijan R. (2003). *Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov*. Maribor: Univerza v Mariboru, visoka zdravstvena šola.
- Compston, J. (2005). *Kako razumeti osteoporozo*. Ljubljana : Pisanica (Murska Sobota : Eurotrade print).
- Creagan, T. (2001). *Klinika Mayo o zdravem staranju*. Ljubljana: Educy.
- Dedna hiperlipidemija. (22.2.2007). Mladinska knjiga. Pridobljeno iz <http://vizita.si/clanek/leksikon/dedna-hiperlipidemija.html>
- Dienstl, E., Maschek, W. (1999). *Osteoporoza: zmanjševanje kostne mase: pravilno preprečevanje, načrtno zdravljenje*. Celje : Mavrica.
- Dobrotič, M., (2014). *Hipertenzija pri starejših osebah*. (Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede). Pridobljeno iz <http://dkum.uni-mb.si/lzpisGradiva.php?id=44186>
- Dolšak, J. (2010). *Institucionalno varstvo starejših – neprofitna ali profitna organizacija?* (Magistrska naloga, Fakulteta za družbene vede). Pridobljeno iz http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_dolsak-janez.pdf
- Ekart Buček, A., Računica, K., Videnšek, S., Čelan, D. (2009). Maribor : Univerzitetni klinični center.
- Field, A. (2009). *Discovering statistic using SPSS*. London: SAGE.

- Gošnjak Dahmane, R., in Ribarič, S. (2006). Celično staranje. *Obzornik zdravstvene nege let. 40, str. 75–78.*
- Hojnik Zupanc, I. (1994). *Institucionalno bivanje starih ljudi*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
- Hojnik Zupanc, I. (1997). *Dodajmo življenje letom. Nekaj spoznanj in nasvetov, kako se smiselno in zdravo pripravljati na starost in jo tako tudi živeti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
- Jacovič, A. (2013). *Javni socialnovarstveni zavodi, Slovenija*. Statistični urad republike Slovenije. Pridobljeno iz https://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5763
- Jevšenak, B. (2010). *Sposobnost sprejemanja sladkorne bolezni pri starostnikih v domačem okolju*. (Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede). Pridobljeno iz <http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=13098>
- Jurdana, M. (2011). Staranje. V M. Jurdana (ur.), T. Poklar Vatovec (ur.), M. Peršolja Černe (ur.), *Razsežnosti kakovostnega staranja (str. 11 – 17)*. Koper: Univerzitetna založba Annales
- Kaj je diabetes?. (10.8.2014). Zveza društev diabetiov Slovenije. Pridobljeno iz <http://www.diabetes-zveza.si/sl/kaj-je-diabetes>
- Kako prepoznati artritis?. (27.9.2009). Vizita. Pridobljeno iz <http://vizita.si/clanek/bolezni/artritis-kako-ga-prepoznati-in-kako-ukrepati.html>
- Kathleen, M. (2006). Stroke prevention and management in older adults. V *Journal of cardiovascular nursing, letnik 21, št. 5, str. 21-26.*
- Koprivnik, S., Kogovšek, T., Gnidovec, M. (2006). *Analize podatkov z SPSS-om 12.0*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Košnjek, S., (26.8.2014). *Center slepih, slabovidnih in starejših Škofja Loka*. Pridobljeno iz <http://www.css-sl.si/>
- Lipar, T. (2012). Demenca. *Kakovostna starost : revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, letnik 15 (št.4). str. 68 – 69.*
- Lunaček, M. (1998). Psychological dimensions of aging. V *Zbornik šport-zdravje-starost, Bled, str. 142-147.*
- Malič, A. (2012). *Starostniki z osteoporozo v lokalni skupnosti*. (Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede). Pridobljeno iz <http://dkum.uni-mb.si/lzpisGradiva.php?id=22381>
- Pečjak, V. (1998). *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Bled: Samozaložba.; Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete Univerze.
- Polšak, B. in Lampe, T. (2011). Proces staranja, vzroki, posledice in ukrepi. V: *Aktivno in zdravo staranje, str. 2–6.*

- Poredoš, P. (2005). *Medicinski problemi starostnikov. V Zdrava poznejša leta naj bodo tudi lepa*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije.
- Predstavitev služb centra : fizioterapija (26.8.2014). Center slepih, slabovidnih in starejših Škofja Loka. Pridobljeno iz <http://www.css-sl.si/domov/kdo-smo/predstavitev-sluzb-centra.aspx>
- Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
- Ramovš, J. (2013). Starost. *Kakovostna starost*, 16(2), str.62.
- Ramovš, J., Dimovski, V., Rudel, D. (2013). *Staranje v Sloveniji : raziskava o potrebah, možnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana : inštitut Antona Trstenjaka.
- Strojnik, V. idr. (2007). Vpliv treh različnih modelov vadbe moči na izometrično moč trupa in nog. V vadba za starejše z zmanjšano mobilnostjo, 2.simpozij. (str. 36 – 44). Univerza v Ljubljani: Fakulteta za šport.
- Strojnik, V., Tomažin K., Prevc P. (2008). Športna rekreacija za starejše osebe z zmanjšano mobilnostjo. V *Zbornik 7. kongresa športne rekreacije: Prispevki strokovnih predavanj in predstavitev*. (str. 76 – 77). Ljubljana: Sokolska zveza Slovenije.
- Šircelj, M. (2009). *Staranje prebivalstva v Sloveniji*. V Starejši ljudje v družbi sprememb. Maribor : Aristej.
- Šircelj, M. (2009a). *Staranje prebivalstva v Sloveniji*. V Starejši ljudje v družbi sprememb. Maribor : Aristej. Str. 24.
- Vertot, N. (2010). *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.
- Tomori, M. (2005). *Uvodne misli*. V *Zdrava poznejša leta naj bodo tudi lepa*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije.
- Turk, J. (2005). Medicinski vidiki staranja. V *Šport starejših za danes in jutri : strokovni posvet* (str.???) . Ljubljana: Olimpijski komite Slovenije – Združenje športnih zvez, Odbor športa za vse.
- Turk, P. (2004). *Športna dejavnost stanovalcev v domu upokojencev Celje*. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Ljubljana.
- Wagnar EH, Lacroix AZ, Buchner DM, Larson EB. (1992). *Effect of physical activity on health status in older adults*. Annual Review of Public Health 13, str. 451 – 468.

6 PRILOGE

6.1 VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Tea Košnjek, študentka Fakultete za šport v Ljubljani in pišem diplomsko delo z naslovom **GIBALNA DEJAVNOST STAROSTNIKOV V DOMU V ŠKOFJI LOKI**. Z anketo želim ugotoviti, ali se udeležujete vodenih športnih aktivnosti v domu in telesne vadbe, pod nadzorom fizioterapavtke. Anketa je anonimna. Podatke bom uporabila le v raziskovalne namene.

Prosim, da vprašanja pazljivo preberete in se pri odgovarjanju držite navodil.

Zahvaljujem se Vam za sodelovanje!

Tea Košnjek

1. Spol (ustrezno obkrožite) M Ž

2. Koliko ste stari? (dopolnjeno leto) _____

8. Katero stopnjo šolske izobrazbe ste si pridobili

- 1 1-3 razredi osnovne šole
- 2 4-7 razredov osnovne šole
- 3 končana 8 letna osnovna šola
- 4 poklicna, delovodska ali poslovodska šola
- 5 štiriletna srednja šola
- 6 višja šola
- 7 fakultete ali visoke šole
- 8 magisterij ali doktorat

3. Kako bi ocenili svojo telesno aktivnost v mladosti in srednjih letih (na primer Vaše poklicno fizično delo, delo na kmetiji, v gospodinjstvu...)? (ustrezno obkrožite)

- a) Bil/a sem zelo telesno aktiven/a.
- b) Bil/a sem srednje telesno aktiven/a.
- c) Telesno sem bil/a zelo malo aktiven/a.

4. Kako bi ocenili svojo športno aktivnost v mladosti in srednjih letih (na primer Vaše ukvarjanje z gimnastiko, planinarjenjem, plavanjem, vadbo na trim stezah...)? (ustrezno obkrožite)

- a) S športom sem se ukvarjal/a več kot 3-krat na teden.
- b) S športom sem se ukvarjal/a 1 do 2-krat na teden.
- c) S športom sem se ukvarjal/a nekajkrat na leto.
- d) Nikoli se nisem ukvarjal/a s športom.

5. Ali po Vašem mnenju športno aktivni ljudje živijo bolj zdravo in z manj telesnih težav?
(ustrezno obkrožite)

- a) DA
- b) NE

6. Kako ste športno dejavni tukaj v CSS?

(vsako trditev označite s križcem in sicer: REDNO, če to opravljate vsaj 2-krat tedensko, OBČASNO, če to opravljate vsaj 3-krat mesečno, ali NIKOLI)

	REDNO	OBČASNO	NIKOLI
Telovadim pod vodstvom fizioterapevtke.			
Grem na izlet, ki ga organizira CSS?!?			
Grem na sprehod, ki ga vodijo fizioterapevtka in spremljevalci.			
Sodelujem pri vódeni vadbi pod vodstvom fizioterapevtke.			
Sprehajam se sam/a ali s sorodniki, prijatelji,...			
Na izlet grem s turistično agencijo, društvom upokojencev...			
Plešem.			

7. Ali ste zadovoljni z vsebinami športnih dejavnosti, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci?

- a) DA, v celoti
- b) DA, delno
- c) NE

8. Ali si morda želite, da bi vam pri vódeni vadbi ponudili pestrejše vsebine dela? (ustrezno obkrožite)

- a) DA
- b) NE

9. Če ste pri prejšnjem vprašanju odgovorili pritrdilno, prosim, obkrožite katere:

- a) še drugačne vadbene pripomočke
- b) vadbo ob glasbeni spremljavi
- c) vaje sproščanja
- d) drugo (dopišite): _____

10. Ali menite, da zahtevnost vódene vadbe ustreza vašim funkcionalnim sposobnostim?
(ustrezno obkrožite)

- a) Vadba je prezahtevna.
- b) Vadba je primerno zahtevna.
- c) Vadba je premalo zahtevna.

11. Kako po vaši oceni športne dejavnosti, ki jih vodijo fizioterapevtka in spremljevalci, učinkujejo na vas? (vsako navedbo ustrezno označite s križcem)

	SPREMEMBA NA BOLJE	SPREMEMBA NA SLABŠE	NE OPAŽAM SPREMEMBE
Mišična moč			
Gibljivost			
Koordinacija gibanja			
Ravnotežje			
Občutek vitalnosti in energije			
Občutek utrujenosti			
Apetit			
Prebava			
Spanje			
Delovna sposobnost			
Razpoloženje			
Druženje v skupini			

Hvala

6.2 STATISTIČNE POVEZAVE

Tabela 15
Spremenljivke, ki niso statistično povezane

Gibalna sposobnost/ spremenljivka	»Grem na sprehod, ki ga vodijo fizioterapevtka in spremljevalci.«	»Sodelujem pri vodeni vadbi pod vodstvom fizioterapevtke.«	»Sprehajam se sam/a ali s sorodniki, prijatelji,...«
Mišična moč	$2\hat{I} = 2,910$ $\alpha = 0,088$	$2\hat{I} = 0,136$ $\alpha = 0,712$	$2\hat{I} = 1,105$ $\alpha = 0,293$
Gibljivost	$2\hat{I} = 0,556$ $\alpha = 0,456$	$2\hat{I} = 0,327$ $\alpha = 0,567$	$2\hat{I} = 0,212$ $\alpha = 0,645$
Koordinacija	$2\hat{I} = 0,033$ $\alpha = 0,855$	$2\hat{I} = 0,569$ $\alpha = 0,451$	$2\hat{I} = 0,022$ $\alpha = 0,881$
Ravnotežje	$2\hat{I} = 0,004$ $\alpha = 0,948$	$2\hat{I} = 0,004$ $\alpha = 0,948$	$2\hat{I} = 0,073$ $\alpha = 0,787$
Občutek vitalnosti in energije	$2\hat{I} = 2,497$ $\alpha = 0,287$	$2\hat{I} = 1,169$ $\alpha = 0,557$	$2\hat{I} = 1,427$ $\alpha = 0,490$
Občutek utrujenosti	$2\hat{I} = 0,600$ $\alpha = 0,741$	$2\hat{I} = 0,809$ $\alpha = 0,667$	$2\hat{I} = 0,524$ $\alpha = 0,769$
Apetit	$2\hat{I} = 1,092$ $\alpha = 0,296$	$2\hat{I} = 1,070$ $\alpha = 0,301$	$2\hat{I} = 0,138$ $\alpha = 0,710$
Prebava	$2\hat{I} = 0,922$ $\alpha = 0,337$	$2\hat{I} = 0,822$ $\alpha = 0,365$	$2\hat{I} = 0,073$ $\alpha = 0,787$
Spanje	$2\hat{I} = 0,004$ $\alpha = 0,948$	$2\hat{I} = 0,054$ $\alpha = 0,816$	$2\hat{I} = 0,073$ $\alpha = 0,787$
Delovna sposobnost	$2\hat{I} = 3,154$ $\alpha = 0,076$	$2\hat{I} = 0,087$ $\alpha = 0,767$	$2\hat{I} = 0,576$ $\alpha = 0,448$
Razpoloženje	$2\hat{I} = 1,145$ $\alpha = 0,564$	$2\hat{I} = 0,674$ $\alpha = 0,714$	$2\hat{I} = 0,437$ $\alpha = 0,804$
Druženje v skupinah	$2\hat{I} = 1,145$ $\alpha = 0,564$		$2\hat{I} = 0,515$ $\alpha = 0,773$