

4. mednarodna znanstvena konferenca:  
Za človeka gre: družba in znanost  
v celostni skrbi za človeka

4<sup>th</sup> international scientific conference:  
All about people: society and science  
for integrated care of people



ALMA MATER  
EUROPAEA  
ECM



SKRIB ZA ZDRAVJE

CARING FOR HEALTH

Maribor, 11. - 12. 3. 2016

ZBORNİK PRISPEVKOV  
Z RECENZIJO

PROCEEDING BOOK WITH  
PEER REVIEW





ALMA MATER

---

EUROPAEA

---

— ECM —

4. mednarodna znanstvena konferenca: Za človeka gre:  
družba in znanost v celostni skrbi za človeka

**SKRB ZA ZDRAVJE – ZBORNİK PRISPEVKOV Z RECENZIJO**

*4<sup>th</sup> international scientific conference: All about people:  
society and science for integrated care of people*

**CARING FOR HEALTH - PROCEEDING BOOK WITH PEER REVIEW**

## **Izdajatelj in založnik / Publisher**

Alma Mater Europaea – ECM

## **Urednik / Editor**

Dr. Bojana Filej

## **Tehnični urednik / Technical editor**

Marko Bencak

## **Lektoriranje / Proofreading**

Dominatus d.o.o.

## **Naklada / Number of copies**

50 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.7(082)  
343.62(082)

MEDNARODNA znanstvena konferenca Za človeka gre: družba in znanost v celostni  
skrbi za človeka (4 ; 2016 ; Maribor)

Skrb za zdravje : zbornik prispevkov z recenzijo = Caring for health : proceeding book  
with peer review / 4. mednarodna znanstvena konferenca Za človeka gre: družba in  
znanost v celostni skrbi za človeka = 4th International Scientific Conference All About  
People: Society and Science for Integrated Care of People, Maribor, 11.-12. 3. 2016 ;  
[urednik Bojana Filej]. - Maribor : Alma Mater Europea - ECM, 2016

ISBN 978-961-6966-16-0

1. Gl. stv. nasl. 2. Vzp. stv. nasl. 3. Dodat. nasl. 4. Filej, Bojana  
285125120

**Avtorji prispevkov so odgovorni za vse trditve in podatke, ki jih navajajo v prispevku.**

**4. mednarodna znanstvena konferenca: Za človeka gre:  
družba in znanost v celostni skrbi za človeka**  
***4<sup>th</sup> international scientific conference: All about people:  
society and science for integrated care of people***

# **SKRB ZA ZDRAVJE** ***CARING FOR HEALTH***

Zbornik prispevkov z recenzijo  
*Proceeding book with peer review*

Maribor, 11. – 12. 3. 2016

## **Programski odbor / Scientific committee**

prof. dr. Ludvik Toplak (predsednik), Slovenija

dr. Helena Malmivirta, Finska; prof. dr. Mario Plenković, Hrvaška; izr. prof. dr. Goran Kozina, Hrvaška; prof. dr. Vincenzo Manstronardi, Italija; doc. dr. Bojana Filej, Slovenija; doc. dr. Peter Pavel Klasinc, Slovenija; doc. dr. Sebastjan Kristovič, Slovenija; prof. ddr. Marija Ovsenik, Slovenija; prof. dr. Zmago Turk, Slovenija; izr. prof. dr. Momir Dunjić, Srbija; prof. dr. Slaviša Stanišić, Srbija; prof. dr. M. Teresa Anguera, Španija; prof. dr. Giampiero Camurati, Švica; dr. Jakarin Srimoon, Tajska; prof. dr. Creston Davis, ZDA; dr. Yoshiaki Omura, ZDA

## **Organizacijski odbor / Organising committee**

dr. Bojana Filej (predsednica)

dr. Sebastjan Kristovič; ddr. Joca Zurc; Marko Bencak; Sašo Flac; Mladen Herc, mag.; Edvard Jakšič, mag.; Tina Kavtičnik; Katarina Pernat; Tomaž Šeruga

## **Recenzenti / Peer Reviewers**

ddr. Joca Zurc; dr. Sebastjan Kristovič; dr. Bojana Filej

# KAZALO / TABLE OF CONTENT

Ivana Crnković STRATEGIJE ZA UNAPREĐENJE RAZINE TJELESNE AKTIVNOSTI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI / STRATEGIES FOR IMPROVING THE LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY OF THE ELDERLY	8
Anja Gjergjek, Joca Zurc NASILJE V DRUŽINI PACIENTOV S KRONIČNO BOLEČINO V HRBTENICI / VIOLENCE IN FAMILIES OF PATIENTS WITH CHRONIC BACK PAIN	16
Klementina Golob, Joca Zurc POMEN SKUPINSKE VADBE ZA DUŠEVNO POČUTJE: POGLED UDELEŽENK / THE IMPORTANCE OF GROUP EXERCISE FOR MENTAL WELL-BEING: PARTICIPANTS' VIEW	23
Vilko Kolbl. DEMOKRATIZACIJA SLOVENSKE DRUŽBE BREZ NASILJA NAD STARIMI V DOMAČEM IN INSTITUCIONALNEM OKOLJU / DEMOCRATISATION OF SLOVENIAN SOCIETY WITHOUT VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY IN DOMESTIC AND INSTITUTIONAL ENVIRONMENT	31
Marko Korenjak Ksenija Korenjak, mag. posl. in ekon. ved, univ. dipl. prav., mediatorica STRES IN PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU / STRESS AND HEALTH PROMOTION IN THE WORKPLACE	39
Matjaž Kovač MOBING KOT ENA OD NAJPOMEMBNEJŠIH OBLIK PSIHIČNEGA NASILJA NAD DELAVCEM NA DELOVNEM MESTU / MOBING AS ONE OF THE MOST IMPORTANT FORMS OF EMOTIONAL VIOLENCE AGAINST WORKERS IN THE WORKPLACE	45
Ines Krapež POMEN PREPOZNAVANJA NASILJA / RECOGNITION OF VIOLENCE	53
Tadeja Kulčar, Joca Zurc GIBALNA AKTIVNOST ŽENSK V RURALNEM OKOLJU / PHYSICAL ACTIVITY OF WOMEN IN RURAL AREAS	58
Cecilija Lebar, Vitoslava Marušič PRIMERJAVA ZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA DIJAKOV SPLOŠNE GIMNAZIJE IN SREDNJE ZDRAVSTVENE ŠOLE / COMPARISON OF THE HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE OF THE SECONDARY HIGH SCHOOL AND NURSING PUPILS	67
Zdravko Maček, Joca Zurc STAVOVI STARIJIH OSOBA O FIZIČKOJ AKTIVNOSTI / ATTITUDES OF ELDER PEOPLE ABOUT PHYSICAL ACTIVITY	75
Milena Mikec, Darja Kokol menedž. soc. dejav. (VS), Rebeka Kopčič, dipl. medjez. št. – ang. (UN) in dipl. soc. (UN) POMEMBNOST GIBANJA V TRETJEM ŽIVLJENJSKEM OBDOBJU / THE IMPORTANCE OF PHYSICAL ACTIVITY IN THE THIRD LIFE PERIOD	84
Karmen Urška Modic, Lilijana Šprah ODZIVANJE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V PRIMERIH NASILJA V DRUŽINI, KOT GA DOŽIVLJAJO ŽRTVE / HEALTHCARE PROFESSIONALS' RESPONSE TO DOMESTIC VIOLENCE AS SEEN FROM THE PERSPECTIVE OF VICTIMS	90
Alenka Plemelj, Ana Gros, Zerina Lulić, Enisa Omerčević, Janja Tratnjek STRES IN AKTIVNOSTI ZA LAJŠANJE STRESA / STRESS AND ACTIVITIES FOR RELIEVE STRESS	99

---

Andreja Poljanec STARŠEVSTVO KOT POTENCIAL ZA ZMANJŠEVANJE STRESA / THE STRESS-REDUCING POTENTIAL OF PARENTING	106
Karolina Računica, Joca Zurc GIBALNA AKTIVNOST PRI ŽENSKAH, STAREJŠIH OD 60 LET / PHYSICAL ACTIVITY IN WOMEN AGED 60 YEARS OR OVER	113
Sabina Rajh, Tanja Matjašič TEHNIKE OBVLADOVANJA STRESA NA DELOVNEM MESTU / TECHNIQUES TO MANAGE STRESS IN THE WORKPLACE	121
Mojca Vah Jevšnik VLOGA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI PREPOZNAVNI IN OBRAVNAVI NASILJA V DRUŽINAH MIGRANTOV / THE ROLE OF HEALTHCARE WORKERS IN RECOGNISING AND RESPONDING TO DOMESTIC VIOLENCE IN FAMILIES OF MIGRANTS	128
Maja Velički, Joca Zurc DOŽIVLJANJE NASILJA MED MLADIMI / A VIEW ABOUT VIOLENCE AMONG YOUNG PEOPLE	134
Jurica Veronek, Natalija Uršulin Trstenjak, Damir Poljak, Melita Sajko, Pavao Vlahek STAVOVI STUDENATA O TJELESNOJ AKTIVNOSTI I NJEZINOJ POVEZANOSTI SA ZDRAVLJEM / THE ATTITUDES OF STUDENTS TOWARDS PHYSICAL ACTIVITY AND ITS CONNECTION WITH HEALTH	138
Saša Zorjan, Urška Smrke, Lilijana Šprah ODNOS MED OVIRAMI, PREPOZNAVO IN UKREPANJEM ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V PRIMERIH SUMA NA NASILJE V DRUŽINI / THE RELATIONSHIP BETWEEN BARRIERS, RECOGNITION AND TAKING ACTION IN THE CASE OF DOMESTIC VIOLENCE	146
Ivana Živoder, Mihaela Kranjčević-Ščurić, Melita Sajko SAMOPROCJENA I FIZIOLOŠKA EVALUACIJA UTJECAJA STRESA NA DJELATNIKE U ZDRAVSTVU / SELF-EVALUATION AND PHYSIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE STRESS IMPACT ON PEOPLE AT HEALTH CARE	155





# STRATEGIJE ZA UNAPREĐENJE RAZINE TJELESNE AKTIVNOSTI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

## STRATEGIES FOR IMPROVING THE LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY OF THE ELDERLY

### Sažetak

*U ovom radu prikazani su načini mjerenja razine tjelesne aktivnosti kod osoba starije životne dobi te motivacijski faktori za uključivanje osoba starije životne dobi u tjelesnu aktivnost, kao i faktori koji utječu na kontinuiranost bavljenja tjelesnom aktivnosti. S porastom životne dobi i smanjenom tjelesnom aktivnošću dolazi do porasta broja kroničnih bolesti koje se mogu kontrolirati redovnom tjelesnom aktivnošću, umjerenog intenziteta. Utjecaj tjelesne aktivnosti očituje se na sve domene kvalitete života, naglašavajući pritom preventivni utjecaj tjelesne aktivnosti kod osoba starije životne dobi, u cilju prevencije kroničnih bolesti. Osobe starije životne dobi susreću se s nizom prepreka koje ih sprečavaju da participiraju u tjelesnim aktivnostima, kao što je stav o ulozi i važnosti tjelesne aktivnosti, unutarnje i vanjske barijere kod pojedinca. Najvažniji facilitatori za bavljenje tjelesnom aktivnosti osoba starije životne dobi je individualiziran pristup, planiranje i donošenje odluka o načinu provođenja tjelesne aktivnosti zajedno sa svakim pojedincem, koji se uključuje u tjelesnu aktivnost te javnozdravstvene akcije i projekti, koji će širu društvenu zajednicu educirati o važnosti tjelesne aktivnosti osoba starije životne dobi. Svakoj osobi bez obzira na kronološku dob mora se pružiti mogućnost bavljenja tjelesnom aktivnosti te starost ne bi trebala biti ograničavajući faktor za uključivanje u neki oblik rekreativnog vježbanja.*

*Ključne riječi: osobe starije životne dobi, tjelesna aktivnost, motivacijski faktori, facilitatori za bavljenje tjelesnom aktivnosti*

### Summary

*This paper presents the ways of measuring the physical activity level in the elderly, the motivational factors for the inclusion of the elderly in physical activity as well as factors having an impact on the continuous exercising of physical activity. With increasing age and decreasing physical activity, the number of chronic diseases that can be controlled through regular physical activity of moderate intensity increases. The impact of physical activity is visible in all spheres influencing the quality of life; the preventive impact of physical activity in the elderly, with the aim of preventing chronic diseases, should thereby be emphasized. Elderly persons encounter a series of hindrances that prevent them in participating in physical activity, such as the attitude on the role and importance of physical activity as well as internal and external barriers in individuals. For the elderly to engage in physical activity, the most important facilitators are individual approach, planning and making decisions in implementing physical activity together with each individual included in physical activity as well as public health actions and projects educating the broader community on the importance of physical activity in the elderly. Each person, regardless of their chronological age, must be provided with a possibility to engage in physical activity, i.e. age should not be a limiting factor in getting involved in some form of recreational workout.*

*Key words: elderly persons, physical activity, motivational factors, facilitators for engaging in physical activity*

## 1 Uvod

Tjelesnom aktivnošću se definira svaki pokret tijela koji je izveden aktivacijom skeletnih mišića, a rezultira potrošnjom energije (Jurakić, 2009). Tjelesnu je aktivnost, također, definirala Svjetska zdravstvena organizacija (SZO). Prema SZO-u, tjelesna aktivnost obuhvaća sve pokrete, tj. kretanje u svakodnevnom životu, uključujući posao, rekreaciju i sportske aktivnosti, a kategorizirana je prema razini intenziteta, od niskog preko umjerenog, do snažnog, tj. visokog intenziteta (Pan American Health Organisation, 2002). Razina intenziteta kod pojedinih domena tjelesne aktivnosti prikazana je u tablici 1.

**Tablica 1: Intenziteti tjelesne aktivnosti pri obavljanju pojedinih dnevnih aktivnosti, sportske rekreacije i kinezioloških aktivnosti izraženo u MET\* (Metelko, 2012)**

a) Dnevni poslovi		
Niski (<3 MET)	Umjereni (3 MET do 6 MET)	Visoki (>6 MET)
spori hod, 4 km h <sup>-1</sup>	brzi hod, 6 km h <sup>-1</sup> (5,3 MET)	brzi hod, 8 km h <sup>-1</sup> (9,6 MET), brzi hod uzbrdo ili s teretom
lakši kućni poslovi (usisavanje tepiha, manji popravci)	umjereni teški kućni poslovi s podizanjem ili nošenjem kućnih potrepština, ličenje zidova i sl.	teži kućni poslovi (premještanje namještaja, nošenje teških predmeta)
lakši rad u vrtu	umjereni teški rad u vrtu	teški rad u vrtu
lagano igranje s djetetom, čuvanje djeteta u sjedećem i stojećem stavu	igranje s djetetom u hodu ili trčkanju, zbrinjavanje djeteta (oblačenje, hranjenje s ustajanjima)	
	ples (valcer), 28 m min <sup>-1</sup> (5,1 MET)	
b) Tjelovježbe - Sportovi		
Niski (<3 MET)	Umjereni (3 MET do 6 MET)	Visoki (>6 MET)
	trčanje, oko 7 km h <sup>-1</sup>	trčanje, 9 km h <sup>-1</sup> (10 MET); 12 km h <sup>-1</sup> (11,4 MET)
lagano, sporo plivanje	prsno plivanje, 1,2 km h <sup>-1</sup> (4,4 MET)	plivanje - kraul, 3 km h <sup>-1</sup> (14 MET) skijaško trčanje, 9 km h <sup>-1</sup> (9 MET)
	golf (18 rupa u 3 h) (5,5 MET)	nogomet (7 MET do 15 MET) košarka (7 MET do 15 MET) rukomet (8 MET do 12 MET) odbojka (5 MET do 12 MET)

\*MET = 1 metabolička jedinica (odgovara primitku kisika u mirovanju oko 3,5 mL kg<sup>-1</sup> u min. Energijski utrošak od 1 MET iznosi približno 1 kcal kg<sup>-1</sup> h<sup>-1</sup>)

Tako definirana tjelesna aktivnost se najčešće promatra kroz četiri osnovne kategorije/dome- ne: tjelesna aktivnost na poslu, tjelesna aktivnost vezana uz prijevoz, tj. putovanje s mjesta na mjesto, tjelesna aktivnost u kućanstvu i tjelesna aktivnost u slobodno vrijeme. Tjelesna aktivnost je, nesumnjivo, važan faktor u postizanju optimalnog stanja zdravlja, a isto tako djeluje na smanjenje rizika pojave različitih bolesti, što potvrđuju mnoge studije provedene širom svijeta (Metelko, 2012).

## 2 Metode mjerenja tjelesne aktivnosti

Odabir metode mjerenja tjelesne aktivnosti ponajviše ovisi o cilju istraživanja (Jurakić, 2009). Pa se tako tjelesna aktivnost može mjeriti zbog nekoliko glavnih ciljeva:

1. mjerenje tjelesne aktivnosti s ciljem praćenja i nadgledanja razina tjelesne aktivnosti na razini pojedine populacije (npr. populacija jedne države);
2. mjerenje tjelesne aktivnosti u epidemiološkim istraživanjima koja se provode s ciljem utvrđivanja povezanosti između razine tjelesne aktivnosti i tjelesnog i mentalnog zdravlja;

3. mjerenje tjelesne aktivnosti s ciljem razumijevanja odrednica tjelesne aktivnosti unutar pojedinih skupina, tj. da bi se objasnili razlozi između obrazaca tjelesne aktivnosti različitih grupa;
4. mjerenje tjelesne aktivnosti s ciljem utvrđivanja učinaka interventnih programa za unapređenje zdravlja.

Osnovni cilj metoda mjerenja tjelesne aktivnosti je procjena energetske potrošnje, koja je rezultat različitih tjelesnih aktivnosti. Metode mjerenja tjelesne aktivnosti uvjetno se dijele na tri osnovne skupine: laboratorijske metode, metode zasnovane na korištenju elektronskih sprava i instrumenata te anketne metode zasnovane na samoprocjeni tjelesne aktivnosti samog ispitanika (Jurakić, 2009). Kod populacije osoba starije životne dobi, metodu mjerenja tjelesne aktivnosti, potrebno je izabrati ovisno o funkcionalnom statusu pojedinaca, njegovom psihofizičkom stanju, te uz različite ljestvice samoprocjene, koristiti neku od objektivnih pokazatelja razine tjelesne aktivnosti, kao što je indeks tjelesne mase, ITM, akcelerometar ili pedometar.

### **3 Plan i smjernice za edukaciju i povećanje motivacije osoba starije životne dobi za bavljenje tjelesnom aktivnosti**

Usprkos znanstveno dokazanim činjenicama o pozitivnom utjecaju tjelesnog vježbanja na tjelesno i mentalno zdravlje, pa posredno i na opću kvalitetu života, statistika pokazuje da je veliki broj ljudi nedovoljno tjelesno aktivan. Hrvatsko društvo slijedi negativne svjetske trendove. Rezultati nekih dosadašnjih istraživanja (Jurakić, 2010) dobiveni na reprezentativnom uzorku sudionika različite dobi, spola, radnog statusa iz cijele Hrvatske pokazuju da je oko 60% populacije tjelesno neaktivno, a tek manji broj, njih oko 15%, redovito vježba, 2-3 puta tjedno u okviru nekoga organiziranog oblika rekreativnoga vježbanja ili programirane tjelesne aktivnosti, dok preostali pojedinci vježbaju nesustavno, neredovito i tek povremeno. Za populaciju osoba starije životne dobi ne postoje trenutačno pouzdani podaci koji govore o uključivanju ove populacije u kineziološke aktivnosti (Barić, 2012).

Motivacija je psihološki konstrukt koji objašnjava zašto ljudi odlučuju ponašati se na određeni način u određenom trenutku. Osnovna motivacijska premisa jest da su ljudi skloniji onim ponašanjima koja proizvode za njih korisne učinke, odnosno, izbjegavaju ona ponašanja koja rezultiraju neugodom ili nepovoljnim učincima (Beck, 2003).

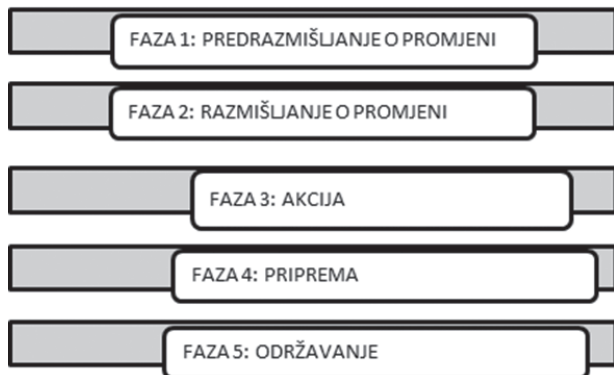
U ovom dijelu prikazani su motivacijski faktori za uključivanje osoba starije životne dobi u kineziološke aktivnosti, kao i motivacijski faktori koji utječu na kontinuiranost bavljenja tjelesnom aktivnosti (Porter, 2001). Osobe starije životne dobi susreću se s nizom prepreka koje ih sprečavaju da participiraju u kineziološkim aktivnostima. Te prepreke se mogu podijeliti u tri glavne kategorije: stav o ulozi i važnosti tjelesne aktivnosti, unutarne barijere kod pojedinca i vanjske barijere za sudjelovanje u kineziološkim aktivnostima.

Unutarne barijere koje sprečavaju osobe starije životne dobi da se uključe u tjelesnu aktivnost su: manjak samopouzdanja, osjećaju se drugačijima od većine, strah od neprihvatanja od strane drugih sudionika u timu te strah od neuspjeha.

Vanjske barijere koje sprečavaju osobe starije životne dobi da se uključe u tjelesnu aktivnost su: nedostatak informacija, nedostatak emocionalne podrške, nedostatak i nepristupačnost odgovarajućih sportskih objekata, neorganizirano slobodno vrijeme, prijevoz, financijska ograničenja i stav šire društvene zajednice.

Proces uključivanja osoba starije životne dobi u tjelesnu aktivnost prolazi kroz pet faza (slika 1) u kojima se, ovisno o fazi promjene zdravstvenog ponašanja, primjenjuju različiti motivacijski faktori (Porter, 2001).

**Slika 1: Proces uključivanja osoba starije životne dobi u sportske aktivnosti kroz svih pet faza (Porter, 2001)**

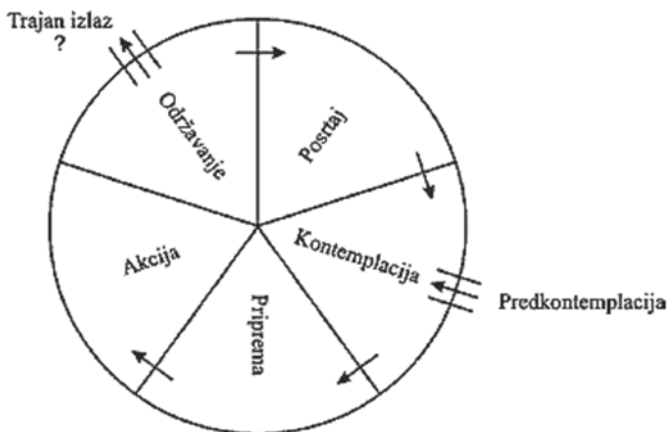


U 1. fazi osoba starije životne dobi ne razmišlja o uključivanju u tjelesnu aktivnost, nije upoznata o važnosti tjelesne aktivnosti niti o mogućim kineziološkim aktivnostima u kojima bi mogla sudjelovati; stoga je glavni facilitator edukacija o važnosti tjelesne aktivnosti kako pojedinca tako i šire društvene zajednice.

Nedostatak samopouzdanja uz strah od neprihvatanja drugih u klubu, kao i strah od neuspjeha, najvažnije su barijere za participaciju u tjelesnu aktivnostima koje se javljaju u 2. fazi. Potrebno je omogućiti suradnju sa zdravstvenim stručnjacima koji će pružiti potporu osobi starije životne dobi. Potrebno je razvijati pozitivan stav osobe starije životne dobi o tjelesnoj aktivnosti, kao i razvijanje pozitivne slike o sebi.

Transteorijski model (Barić, 2012) promjene ponašanja (ili model faza promjene) važan je iz perspektive osoba koje nisu vježbači i kod kojih prevladava sjedilački životni stil ili su osobe koje lako odustaju od vježbanja. Ovaj model opisuje proces promjene kroz različite faze spremnosti na promjenu te u ovom modelu uloga zdravstvenih stručnjaka, pa tako i fizioterapeuta, dolazi do izražaja kao facilitator za uključivanje osoba starije životne dobi u tjelesnu aktivnost. Prema Prohaski i suradnicima (1992) proces promjene ponašanja i preoblikovanja zdravstvenih navika sadrži pet različitih faza kroz koje pojedinac postupno napreduje: nedostatak namjere, formiranje namjere, priprema, akcija i održavanje rezultata (slika 2).

**Slika 2: Transteorijski model promjene (Barić, 2012 prema Pokrajac-Bulian i sur. 2005., Prochaska i sur. 1992)**



Prema transteorijskom modelu ljudi ne napreduju pravocrtno kroz faze, jer su moguće poteškoće vidljive u obliku povratka na staro ponašanje ili na neku od ranijih faza, tj. pretpostavlja se da je model cirkularan. Zbog poteškoća s održavanjem promjene ponašanja, neki vježbači osjećaju snažnu krivnju, sram i obeshrabrenost te se vraćaju u stadij pretkontemplacije ili se vraćaju u kontemplaciju i počinju s planiranjem novoga pokušaja promjene nastojeći nešto naučiti iz ranijeg iskustva (Kalebić Maglica, 2010). Transteorijski model promjene je provjeravan na različitim zdravstvenim ponašanjima poput pretilosti (Pokrajac-Bulian i sur., 2005) ili prestanka pušenja (Andersen, 2007).

U području tjelesnog vježbanja Young i suradnici (2002) proučavali su faze spremnosti i motivaciju za promjenom neaktivnog životnog stila, te su pokušali predvidjeti ustrajnost u vježbanju u okviru jednog intervencijskog programa na uzorku 342 odrasle osobe. Rezultati su pokazali da je 64% muškaraca i 34% žena koji su vježbali uspjelo ostvariti zadani cilj. Nisu utvrđene razlike u ustrajnosti u vježbanju s obzirom na fazu spremnosti za promjene u kojoj su bili prije početka programa. Guillot i suradnici (2004) testirali su postavke ovog teorijskog modela na uzorku 40 pacijenata uključenih u program kardiopulmonalne rehabilitacije. Rezultati su pokazali da je progresija u fazama promjene povezana s većim korištenjem kognitivnih i biheviornalnih procesa i aktivnosti usmjerenih na promjenu ponašanja; također, povezana je i s većom samoeфикасношću te s većom percepcijom socijalne podrške vezanom za sudjelovanje u rehabilitacijskom programu (Barić, 2012).

U 3. fazi osoba starije životne dobi još ne sudjeluje u tjelesnoj aktivnosti no ima želju za sudjelovanjem. Potrebno je osigurati informaciju o mogućim kineziološkim aktivnostima u kojima osoba može sudjelovati, sa svim potrebnim podacima o adaptivnim pomagalima.

U 4. fazi osoba starije životne dobi je uključena u kineziološku aktivnost, stoga je potrebno osigurati potrebna pomagala kako bi se omogućilo njihovo sudjelovanje u tjelesnoj aktivnosti i obuku o tome kako koristiti ta adaptivna pomagala.

U 5. fazi doživljaj uspjeha odnosno neuspjeha ovisit će o individualnoj interpretaciji učinkovitosti vlastitog nastojanja da se ostvari određeno postignuće (Roberts, 2011). Socijalno-kognitivni pristup motivaciji za postignućem pretpostavlja da postoje dvije vrste ciljeva za bavljenje tjelesnom aktivnosti. Prva vrsta cilja je individualna ciljna usmjerenost prema zadatku i usavršavanju sportskih vještina (task orientation), a druga vrsta je individualna ciljna usmjerenost prema izvedbi i rezultatu (ego orientation) (Trboglav, 2006). Vrlo je važno uključiti osobe starije životne dobi u planiranje i donošenje odluka o načinu igre i time omogućiti osobi da izrazi svoje mišljenje i stav te iznese eventualne prijedloge što i kako poboljšati.

## **4 Strategija za unapređenje razine tjelesne aktivnosti osoba starije životne dobi**

Osobe starije životne dobi heterogena su skupina, koja zahtijeva individualiziran gerontološki pristup u izradi strategija, zbog različitih zdravstvenih poteškoća te ovisno o funkcionalnom statusu. Prema primjerima dobre prakse javnozdravstvenih akcija i programa, kao što su Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine za razdoblje od 2010. do 2012. godine, voditelja projekta Ministarstva zdravlja i socijalne skrbi RH, potreba za zajedničkim radom i suradnjom svih zdravstvenih profesija, te pravnih i obrazovnih institucija, na nacionalnoj i na međunarodnoj razini, neophodna je kako bismo povećali uključivanje osoba starije životne dobi u različite oblike tjelesne aktivnosti.

Položaj osoba s starije životne dobi u kontekstu zajednice uz pravnu regulaciju potrebno je praktično primijeniti. Prema principima i načelima inkluzije, svatko može pridonijeti društvu, kao jedinka koja mu pripada. Stoga i osobe starije životne dobi jesu punopravne članice zajednice sa svim mogućnostima, interesima i sposobnostima koje imaju. Položaj osoba starije životne dobi je društveno uvjetovan, ali to nije razlog pravne regulacije, društvenih ograničenja, već različitosti ove populacije. Inkluzija svih dobnih skupina, u ovom slučaju osoba starije

životne dobi, u društvenu zajednicu, na svim nivoima je pravo, a ne poteškoća, i kao takva u društvu pouzdan je indikator postignutog stupnja njegove demokratizacije. Preuzimanjem odgovornosti pojedinca, a u ovom slučaju to su osobe starije životne dobi, kao i društva u cjelini, pravo na izbor kao i pravo na jednaku mogućnost izbora, za bavljenje tjelesnom aktivnosti, u skladu s njihovim sposobnostima i mogućnostima, temelj je demokratske zajednice koja uvažava i ima kulturu uvažavanja različitosti (Crnković, 2015).

**Slika 3: Strategija za unapređenje razine tjelesne aktivnosti osoba starije životne dobi**



Slika 3 prikazuje kako bi osoba starije životne dobi participirala u kineziološkim aktivnostima. Prije svega potrebno je senzibilizirati javnost, upoznati širu društvenu zajednicu o njihovim potrebama putem medija i različitih publikacija. Potrebno je osigurati da svi edukativni materijali budu dostupni osobama starije životne dobi i njihovim obiteljima, kako bi se lakše mogli uključiti u tjelesnu aktivnost, uz informaciju o lokacijama dostupnih sportskih objekata.

Često se pojam starosti, u javnim medijima, prikazuje na negativan način, čiji je pristup temeljen na ovisnosti osoba starije životne dobi o tuđoj pomoći, neaktivnosti i izoliranosti, a taj kontekst ističe da osoba starije životne dobi nema iste mogućnosti kao i ostale dobne skupine.

Vodeći se primjerima uspješnih javnozdravstvenih projekata, u strategiji unapređenja tjelesne aktivnosti osoba starije životne dobi navedena je potreba sudjelovanja i Ministarstva i tijela lokalne i regionalne samouprave, koja imaju ključnu ulogu u osiguravanju uvjeta i sredstava za provođenje planiranih aktivnosti na lokalnoj i državnoj razini (MZ, 2010).

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi ima edukativnu ulogu u promicanju bavljenja tjelesnom aktivnosti svih dobni skupina putem javnozdravstvenih akcija i programa zdravstvene zaštite za prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti. U javnozdravstvene programe važno je integrirati sve zdravstvene stručnjake koji se bave područjem tjelesne aktivnosti i rekreativnog vježbanja, kako bi se osigurala koordinacija i usklađenost na svim razinama (MZ, 2010).

Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa ima najvažniju ulogu u edukaciji i integraciji zdravog načina života, pa tako i tjelesne aktivnosti, kao jedne od sastavnica, na svim odgojno-obrazovnim razinama, te u omogućavanju cjeloživotne edukacije odgovarajućih profila stručnjaka koji se bave implementacijom kinezioloških aktivnosti svih dobni skupina (MZ, 2010).

Ministarstvo zaštite okoliša, prostornog uređenja i graditeljstva ima važnu ulogu u uključivanju osoba starije životne dobi u tjelesnu aktivnosti, budući da je odgovorno za prostorno planiranje i graditeljstvo. U zakonskim odredbama o prostornim planovima naselja i gradova trebalo bi predvidjeti odgovarajuće prostore za igrališta, parkove, bazene, područja namijenjena za sport i ostale rekreacijske aktivnosti (MZ, 2010).

---

Ministarstvo mora, prometa i infrastrukture ima važnu ulogu u oblikovanju i provođenju aktivnosti vezanih uz organizaciju prometa kojom se osiguravaju uvjeti za mogućnost povećanja tjelesne aktivnosti (pješačenje, vožnja biciklom). U tu svrhu važno je planiranje i izgradnja prometno sigurnih biciklističkih staza i šetnica (MZ, 2010).

Lokalna zajednica ima ključnu ulogu u osiguranju uvjeta za povećanje tjelesne aktivnosti, budući da je nadležna za planiranje i izgradnju infrastrukture – igrališta, parkova, biciklističkih i pješačkih staza, bazena i ostalih terena za sport i rekreaciju. Lokalna zajednica ima ključnu ulogu i u organiziranju različitih aktivnosti za promicanje tjelesne aktivnosti stanovništva svih dobnih skupina, pa tako i osoba starije životne dobi (MZ, 2010).

## 5 Zaključak

Cilj ovog rada bio je prikaz motivacijskih faktora za uključivanje osoba starije životne dobi u tjelesnu aktivnost, kao i faktora koji utječu na kontinuiranost bavljenja tjelesnom aktivnosti, putem strategija za unapređenje razine tjelesne aktivnosti osoba starije životne dobi na državnoj i lokalnoj razini. Osobe starije životne dobi susreću se s nizom prepreka koje ih sprečavaju da participiraju u kineziološkim aktivnostima. Te prepreke se mogu podijeliti u tri glavne kategorije: stav o ulozi i važnosti tjelesne aktivnosti, unutarnje barijere kod pojedinca i vanjske barijere za sudjelovanje u kineziološkim aktivnostima. Zdravstveni djelatnici trebaju senzibilizirati javnost za uključivanje osoba starije životne dobi u tjelesnu aktivnost, upoznati širu društvenu zajednicu o potrebama osoba starije životne dobi kroz znanstvene i stručne radove i time popularizirati kineziološke aktivnosti na svim razinama. Vrlo je važno uključiti osobe starije životne dobi u planiranje i donošenje odluka o načinu provedbe tjelesne aktivnosti i time omogućiti osobi da izrazi svoje mišljenje i stav te iznese eventualne prijedloge što i kako poboljšati. U javnozdravstvene projekte u promociji zdravlja osoba starije životne dobi potrebno je uključiti i lokalnu, regionalnu i državnu samoupravu kako bi se osigurali uvjeti i sredstava za provedbu planiranih aktivnosti. Inkluzija svih dobnih skupina, u ovom radu osoba starije životne dobi, u kineziološke aktivnosti, na svim nivoima je pravo svakog pojedinca.



## Literatura

- Andersen, S. (2007). Adding addiction to the transtheoretical model for smoking cessation. *Addict Behav*; 32: 1099-104.
- Barić, R. (2012). Motivation and obstacles to physical activity. *Arh Hig Rada Toksikol*; 63 (Supplement 3): 47-58.
- Beck, RC. (2003). *Motivacija: teorija i načela*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Crnković, I. (2015). Sport osoba s invaliditetom-indikator demokratizacije i kvalitete života pojedinca. 5. znanstveno konferenco z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved »vrednote posameznika - ogledalo družbe«, Slovenj Gradec.
- Jurakić, D. (2009). Taksonomske karakteristike zaposlenika srednje dobi kao osnova izrade sportsko-rekreacijskih programa. Sveučilište u Zagrebu, Kineziološki fakultet, Zagreb.
- Jurakić, D., Pedišić, Ž., Greblo, Z. (2010). Physical activity in different domains and health-related quality of life: a population-based study. *Qual Life Res*; 19: 1303-9.
- Kalebić Maglica, B. (2010). Teorijski pristupi u ispitivanju rizičnih zdravstvenih ponašanja. *Psihologijske teme*; 19: 71-102.
- Guillot, J., Kilpatrick, M., Herbert, E., Hollander, D. (2004). Applying the transtheoretical model to exercise adherence in clinical settings. *Am J Health Stud*; 19: 1-11.
- Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi RH. (2010). Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine za razdoblje od 2010. do 2012. godine. Zagreb.
- Pokrajac-Bulian, A., Tkalčić, M., Guina, T., Štimac, D. (2005). Primjena transteorijskog modela u ispitivanju procesa promjene u pretilih osoba. *Psihologijske teme*; 14: 29-40.
- Porter S. 2001. Sport and People with a Disability: Aiming at Social Inclusion. *Research Report*; (77): 2-31. URL: [www.sportni.net/.../Sport\\_and\\_people\\_with\\_a\\_d...](http://www.sportni.net/.../Sport_and_people_with_a_d...) (2011-11-02)
- Prochaska, JO., DiClemente, CC. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviours. U: Herson X, Eisler.
- Roberts, G.C. (2011). Understanding the Dynamics of Motivation in Physical Activity: the Influence of Achievement Goals on Motivational Processes. In: Roberts, G.C. (Ed.): *Advances in Motivation in Sport and Exercise*; 1-51.
- Trboglav, M. (2006). Ciljna orijentacija i motivacijska klima. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu. URL: [darhiv.ffzg.hr/473/1/TrboglavMartina.pdf](http://darhiv.ffzg.hr/473/1/TrboglavMartina.pdf) (2011-09-10).
- Young, DR., King, AC., Sheehan, M., Stefanick, ML. (2002). Stage of motivational readiness: predictive ability for exercise behavior. *Am J Health Behav*; 26: 331-41.

## NASILJE V DRUŽINI PACIENTOV S KRONIČNO BOLEČINO V HRBTENICI

### **Povzetek**

*Teoretična izhodišča: V današnjem tempu življenja se povečuje pojavnost telesnega, psihičnega in spolnega nasilja, ki pa največkrat ostaja skrito med štirimi zidovi, še posebej v primerih, ko se to nasilje izvaja v družini. Pri nasilju gre za uporabo fizične ali psihične sile na drugo osebo. Namen empirične raziskave je bil, proučiti pojavnost nasilja v družinah pacientov s kronično bolečino v hrbtenici, ki so vključeni v fizioterapevtsko obravnavo. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, s katero obliko nasilja so se najpogosteje srečali in na kakšen način je po njihovem mnenju nasilje v družini povezano s kronično bolečino v hrbtenici.*

*Metodologija: V empirični raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda dela. Pri zbiranju podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik s 14 vprašanji zaprtega tipa. Opis instrumenta: Vprašalnik smo sestavili sami, pri tem smo se osredotočili na podatke iz literature, ki smo jo uporabili v članku. Postopek zbiranja podatkov: Vprašalnike smo razdelili v mesecu januarju 30 pacientom, ki so bili fizioterapevtsko obravnavani v termah Partherme Kurzentrum Bad Radkersburg. Dobljene rezultate smo analizirali s testom hi kvadrat in Pearsonovim koeficientom korelacije.*

*Rezultati: Raziskava je pokazala, da so pacienti s kronično bolečino v hrbtenici pogosteje deležni škodljivih vedenjskih vzorcev, kot so žaljenje, kričanje in ljubosumje. V prispevku so predstavljeni rezultati, ki dokazujejo, na kakšen način je nasilje v družini pacientov povezano z njihovo kronično bolečino v hrbtenici. Bolečina v hrbtenici se poveča ob prisotnosti nasilja v družini.*

*Razprava: Dobljene ugotovitve raziskave kažejo, da je kronična bolečina v hrbtenici povezana s škodljivimi vedenjskimi vzorci v družini. Dobljeni rezultati pomenijo doprinos za fizioterapevtsko klinično prakso, saj pomagajo ugotoviti vzrok za kronično bolečino v hrbtenici, ki je pogosto psihičnega izvora.*

*Ključne besede: psihično nasilje, fizično nasilje, spolno nasilje, bolečina v hrbtenici.*

---

## **Abstract**

*Introduction: In today's pace of life is increasing incidence of physical, psychological and sexual violence, which often remains hidden between the four walls, especially in cases where such violence is carried out in the family. Violence is the intentional use of physical force or power, against another person. The purpose of the study was to examine the incidence of violence in families of patients with chronic pain in the spine, which are included in the physiotherapy treatment. With this study we wanted to determine which forms of violence are most frequently encountered and how they consider the domestic violence associated with chronic pain in the spine.*

*Methods: The empirical research was used the quantitative method of work. For data collection was used a questionnaire with 14 closed questions. Description of the instrument: The questionnaire was drawn up themselves, where we focus on the data from the literature, which was used in the article. The process of data collection: Questionnaires were distributed in January 30-th patients who were treated in the physiotherapy Parktherme Kurzentrum Bad Radkersburg. Results were analyzed by chi-square test and Pearson correlation.*

*Results: The study showed that patients with chronic pain in the spine often receive harmful behaviors such as insulting, yelling and jealousy. The study presents the results of which determine how the domestic violence patients associated with their chronic pain in the spine. Pain in the spine increases the presence of domestic violence.*

*Discussion: The resulting research findings show that chronic pain in the spine associated with adverse behavioral patterns within the family. The results represent a contribution to physiotherapy clinical practice by helping to determine the cause of chronic pain in the spine, which is often psychological origin.*

*Key words: psychological violence, physical violence, sexual violence, pain in the spine.*

## 1 Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje nasilje kot grožnjo ali dejansko namero uporabe fizične sile ali moči proti sebi, drugi osebi ali skupini/skupnosti, kar povzroči ali zelo verjetno lahko povzroči poškodbe, smrt, psihološko škodo, izkrivljen razvoj ali prikrajšanost (World Medical Association, 1996). V literaturi avtorji opredeljujejo, da gre pri nasilju za uporabo psihične ali fizične sile, ki je napad na človekovo telesno celovitost, svobodo gibanja in odločanja. Pri nasilju v partnerskem odnosu pa je nasilje vsako vedenje, ki povzroča telesno, duševno ali spolno trpljenje (Dillon et al., 2013; Selič, 2010; Selič et al., 2008). Takšno nasilje predstavlja družbeni problem v razvitih in razvijajočih se državah (Dillon et al., 2013). Nasilje v družini je povezano z osebnostnimi, socialnimi, družbenimi, kulturnimi in situacijskimi dejavniki. Nasilje je pogosto dolgotrajno z vmesnimi prekinitvami, pri čemer je večkrat povzročitelj nasilja moški (Selič et al., 2008). Vsaj enkrat v življenju je 29 % žensk in 23 % moških doživelo telesno, psihično ali spolno nasilje (British Medical Association, 1998).

Kronična bolečina v hrbtenici je bolečina, ki posega v kakovost pacientovega življenja in njegove funkcionalne sposobnosti (Ferreira, Pereira, 2016). Bolečina v hrbtenici je največji problem mišično-skeletnega sistema v svetu. Do 90 % pacientov z bolečino v hrbtenici nima pojasnenega vira in izvora njihove bolečine (Valenzuela-Pascual et al., 2015). Razširjenost bolečine v hrbtenici se giblje od 8 % do 37 % (Young et al., 2011).

Kronična bolečina je povezana z zgodovino partnerskega nasilja, kjer je moški večkrat vršilec nasilja nad žensko. V literaturi avtorji navajajo, da se je posledica partnerskega nasilja kazala kot povečanje kronične bolečine v hrbtenici, glavobol, kardiovaskularne težave, utrujenost, težave z dihanjem in kostno-mišične bolezni. Ta študija je pokazala tudi, da bodo ženske, ki so živele z nasilnim partnerjem, imele pogostejše psihične in fizične simptome bolezni, zlasti depresijo, tesnobo, kronične bolečine, kostno-mišična obolenja, samopoškodovanje in razmišljanje o samomoru, kot ženske, ki nasilja niso bile deležne (Dillon et al., 2013). Avtorji v študiji pišejo, da je nasilje med partnerjema povezano s kronično bolečino v hrbtenici (Young et al., 2011). Tudi deležnost nasilja v otroštvu ali v odrasli dobi je povezana s slabšim duševnim zdravjem (Hart-Johnson, Carmen, Green, 2012; Selič et al., 2008).

V študiji primera so avtorji ugotovili, da bolečina lahko pomembno vpliva na socialno-ekonomski vidik pacientovega življenja, ki je v veliki meri povezan s psihičnimi težavami. Avtorji opisujejo, da je pacientka živela v družini, kjer je bila v preteklosti izpostavljena psihičnemu in fizičnemu nasilju partnerja, in pozneje zbolela za kronično bolečino v hrbtenici (Furman et al., 2013). Zdravljenje bolečine je lahko manj učinkovito, če ni upoštevana tudi zgodovina nasilja. Zdravljenje kronične bolečine naj bi vključevalo ocenjevanje in obravnavo nasilja pri vseh pacientih, ki poročajo o zgodovini nasilja (Hart-Johnson, Carmen, Green, 2012). Psihološki dejavniki imajo velik vpliv na odzive pacientov na različne terapevtske postopke (Bertozzi et al., 2015).

Zdravljenje kronične bolečine bi moralo imeti multidisciplinarni pristop več strokovnjakov različnih strok z dobrim medsebojnim sodelovanjem (Furman et al., 2013). Na primarni zdravstveni ravni bi bilo treba zdravnike družinske medicine opremiti s poznavanjem o dinamiki in znakih nasilja v družini in pripraviti rešitve za ukrepanje v primeru nasilja v družini (Selič et al., 2008).

## 2 Namen in cilji

Namen raziskave je bil, ugotoviti, s katero obliko nasilja so se pacienti s fizioterapevtsko obravnavo najpogosteje srečali in na kakšen način je po njihovem mnenju nasilje v družini povezano z kronično bolečino v hrbtenici. Zanimalo nas je tudi, ali so pacienti kdaj tudi sami izvajali katero izmed oblik škodljivega vedenja v svoji družini.

## 3 Metode dela

Izvedli smo empirično raziskavo, pri tem je bila uporabljena kvantitativna metoda dela. Podatke smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika, ki smo ga razdelili 30 pacientom.

### 3.1 Opis instrumenta

Za raziskavo smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz 14 vprašanj zaprtega tipa. V vprašalniku nas je zanimalo, ali so pacienti kdaj bili deležni oz. so deležni nasilja v družini. Odgovarjali so tudi, kdo je nad njimi izvajal oz. izvaja nasilje in kakšna vrsta nasilja je oz. je bila izvajana ter na kakšen način je nasilje pustilo spremembe na njihovem počutju.

### 3.2 Opis vzorca

V raziskovalnem obdobju, ki je potekalo meseca januarja, je bilo anketiranih 30 anketirancev, ki so bili deležni fizioterapevtske obravnave v termah Kurzentrum Bad Radkersburg. Med anketiranci je bilo anketiranih 15 moških in 15 žensk.

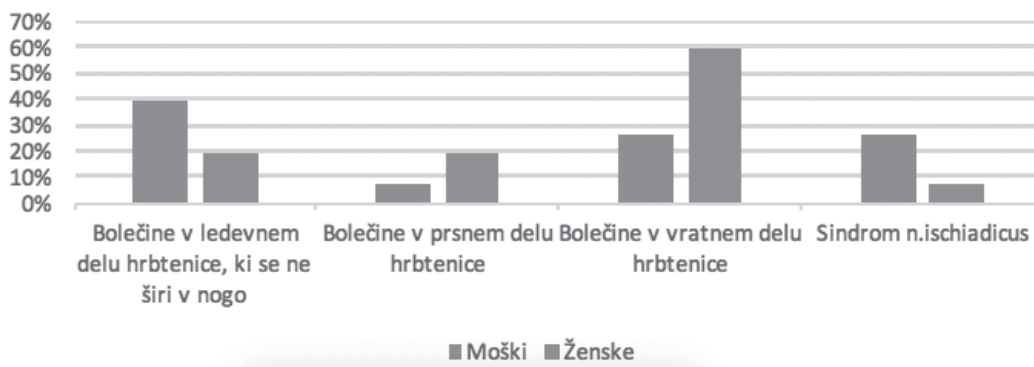
### 3.3 Opis obdelave podatkov

Dobljene rezultate smo analizirali s testom hi-kvadrat in Pearsonovim koeficientom korelacije.

## 4 Rezultati

Povprečna starost anketirancev je bila 41 let. Po podatkih iz ankete smo ugotovili, da je najpogostejša kronična bolečina v hrbtenici v vrtnem delu (43 %) in v ledvenem delu hrbtenice, ki se ne širi v nogo (30 %). Pri tem 60 % žensk trpi pogosteje za kroničnimi bolečinami v vrtnem delu hrbtenice, 40 % moških pa trpi za kroničnimi bolečinami v ledvenem delu, ki se ne širijo v noge (graf 1).

Graf 1: Pojavnost bolečine v hrbtenici pri moških in ženskah



Rezultati ankete kažejo tudi, da je bilo 54 % žensk in 46 % moških deležnih nasilja v družini. Najpogostejše telesno nasilje, ki so ga bili pacienti deležni, je bilo odtrganje (47 %) in klofutanje (37 %). Pri psihičnem nasilju je bilo najpogosteje izvajano žaljenje (77 %), kričanje (73 %) in ljubosumje (43 %). Pri spolnem nasilju so bili najpogosteje izpostavljeni otipavanju (20 %) in prisiljenemu spolnemu odnosu (13 %). Nasilje je bilo izvajano oz. je izvajano s prekinitvami, kar je odgovorilo kar 83 % anketirancev.

Rezultati ankete so pokazali, da so pacienti bili oz. so deležni nasilja najpogosteje s strani partnerja/partnerke (60 %) in staršev (47 %).

**Tabela 1: Povezava jakosti bolečine, ko je nasilje prisotno in kadar nasilje ni prisotno**

		Jakost bolečine, ko ni nasilja	Jakost bolečine ob prisotnosti nasilja
Jakost bolečine, ko ni nasilja	Pearsonov koeficient korelacije	1	0.453*
	p		0.045
	N	24	20
Jakost bolečine ob prisotnosti nasilja	Pearsonov koeficient korelacije	0.453*	1
	p	0.045	
	N	20	25

\* Korelacija je značilna pri 5-odstotnem tveganju.

Iz podatkov v tabeli 1, kjer so izračunani korelacijski koeficienti, smo ugotovili, da je p vrednost enaka 0,045, kar kaže, da sta jakost bolečine, ko ni nasilja in jakost bolečine ob prisotnosti nasilja povezani pri 5-odstotnem tveganju. Pearsonov koeficient korelacije je enak 0,453, kar nakazuje na srednjo pozitivno linearno povezanost med tema spremenljivkama. To pomeni, da je jakost bolečine večja, ko je nasilje v družini prisotno.

Na kakšen način je nasilje pustilo spremembe na pacientih in njihovem zdravju, se je pokazalo v pomanjkanju energije (60 %), zaskrbljenosti (53 %) in nemotiviranosti (50 %).

Pri ugotavljanju, ali so pacienti kdaj sami izvajali nasilje nad kom, smo ugotovili, da je nasilje izvajalo 52 % moških in 48 % žensk. Iz tega lahko ugotovimo, da so moški in ženske skoraj izenačeni glede izvajanja nasilja nad drugimi. Najpogosteje so nasilje izvajali nad partnerjem/partnerko (47 %) in nad brati/sestrami (43 %). Vrsta nasilja, ki so ga izvajali, je bilo v največji meri prisotno kot kričanje (73 %) in žaljenje (40 %).

## 5 Razprava

V raziskavi smo proučevali pojavnost nasilja pri pacientih s kronično bolečino v hrbtenici. Pri bivariatni analizi smo ugotovili, da obstaja povezanost med jakostjo bolečine v hrbtenici, ko ni nasilja in ko je nasilje prisotno.

V raziskavi, ki smo jo izvajali na pacientih v termah Parktherme Kurzentrum Bad Radkersburg, smo ugotovili, da je bilo večina pacientov deležnih oz. je deležnih nasilja v družini. Od tega manj kot polovica moških in več kot polovica žensk. V literaturi (British Medical Association, 1998) se omenja, da je v Veliki Britaniji vsaj enkrat v življenju bilo deležno nasilja 29 % žensk in 23 % moških.

Pri raziskovanju, s katero vrsto nasilja so se pacienti največkrat srečali, smo ugotovili, da se najpogosteje srečajo s psihičnim nasiljem in takoj za njim s telesnim nasiljem. Avtorji (Dillon et al., 2013; Selič, 2010; Selič et al., 2008) tudi sami največkrat omenjajo psihično in fizično nasilje. Selič et al. (2008) navajajo, da je nasilje pogosto dolgotrajno z vmesnimi prekinitvami, pri čemer je večkrat povzročitelj nasilja moški. To smo dokazali tudi pri naši raziskavi, kjer se je pokazalo, da je nasilje prisotno s prekinitvami pri več kot dveh tretjinah pacientov. Moški so tudi v naši raziskavi največkrat vršitelji nasilja, vendar so ženske dokaj izenačene z njimi.

Pri raziskavi nas je najbolj zanimalo, ali je prisotnost nasilja v družini tudi glavni pokazatelj povišanja kronične bolečine v hrbtenici. Ugotovili smo, da je povezava med jakostjo bolečine v hrbtenici, ko nasilje ni prisotno, in jakostjo bolečine v hrbtenici, ko je nasilje prisotno, statistično značilno. To pomeni, da je jakost kronične bolečine višja, ko je nasilje prisotno. Tudi avtorji (Dillon et al., 2013; Young et al., 2011; Hart-Johnson, Carmen, Green, 2012; Selič et al., 2008) opisujejo, da sta kronična bolečina v hrbtenici in duševno zdravje povezana z nasiljem v družini. Kot posledico nasilja navajajo povečanje kronične bolečine v hrbtenici, glavobol, kardiovaskularne težave, utrujenost, težave z dihanjem, kostno-mišične bolezni, depresijo, tesnobo, samopoškodovanje in razmišljanje o samomoru. V naši raziskavi se kažejo posledice nasilje v pomanjkanju energije, zaskrbljenosti, nemotiviranosti, depresiji in glavobolu.

Iz rezultatov naše raziskave lahko trdimo, da je problematika nasilja v družini velik problem, saj iz naših podatkov lahko razberemo, da je nasilje v družini pacientov prisotno v velikem številu. Vendar pa rezultatov raziskave ne moremo posploševati na celotno populacijo, kajti za resnično dober rezultat bi morali izbrati večji vzorec anketirancev in tudi vprašalnik bi morali sestaviti podrobneje. V vprašalnik bi morali dodati nekaj vprašanj, ki bi nam pomagala pri pravilni obravnavi pacientov s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, ki so deležni oz. so bili deležni nasilja v družini.

## 6 Zaključek

Ugotovili smo, da so pacienti deležni oz. so bili deležni nasilja v družini in da so tudi sami kdaj vršili nasilje nad drugimi ter da je kronična bolečina v hrbtenici večja ob prisotnosti nasilja. V prihodnje bi morali narediti še kakšno raziskavo, ki bi bila obširna in bi nam pokazala, na kakšen način naj obravnavamo paciente s kronično bolečino v hrbtenici ob prisotnosti nasilja v družini. Z raziskavo smo lahko le posredno dokazali, da moramo v praksi poskušati ugotoviti, ali je za kronično bolečino v hrbtenici odgovorno tudi nasilje v družini, in pri obravnavi uporabiti tudi kakšne psihološke pristope, ki bi se jih morali naučiti vsi zdravstveni delavci.

## Literatura

Balousek, S., Plane, M. B. in Fleming, M. (2007). Prevalence of Interpersonal Abuse in Primary Care Patient Prescribed Opioids for Chronic Pain. *J Gen Intern Med*; 22 (9): 1268–1273. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219781/>

Bertozzi, L., Rosso, A., Romeo, A., Villafane, J. H., Guccione, A. A., Pillastrini, P. in Vanti, C. (2015). The accuracy of pain drawing in identifying psychological distress in low back pain- system review and meta-analysis of diagnostic studies. *J Phys Ther Sci.*; 27 (10): 3319–3324. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668192/>.

British Medical Association. (1998). *Domestic Violence: V Health Care Issue?* The Chameleon Press, London.

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D. in Rahman, S. (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence Against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine*; 29 (15). Dostopno na: <http://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/313909/>.

Martins Ferreira, M. S. in Pereira, M. G. (2016). The moderator role of family type in the relationship between functional disability and quality of life in patients with chronic low back pain. *Cien Saude Colet*; 21 (1): 303–9. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26816187>.

Furman, B., Gerjevič, Š., Glažar, P., Golub, J., Metelko, M. in Kert, S. (2013). Bolniki s kronično bolečino v križu. V: *Strokovna revija. Zavod za razvoj*; 38–40. Dostopno na: [http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/DM\\_22-LR.pdf](http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/DM_22-LR.pdf).

Hart-Jonson, T., Carmen, R. in Green, M. D. (2012). The Impact of Sexual or Physical Abuse History on Pain-Related Outcomes Among Blacks and Whites with Chronic Pain. *Gender Influence. The American Academy of Pain Medicine*; 229–242. Dostopno na: <http://painmedicine.oxfordjournals.org/content/13/2/229>.

Selič, P. (2010). Dejavno odkrivanje in pogostost nasilja v družini: podatki in osnova za sodelovanje med strokami. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. *Fakulteta za varnostne vede, Pravna fakulteta*; 31–44. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/34f1e6e3da93331105afe9067a385458.pdf>.

Selič, P., Pesjak, K., Kopčavar Guček, N. in Kersnik, J. (2008). Dejavniki, ki povečujejo možnost nasilja v družini, in iskanje pomoči pri zdravniku družinske medicine. Pilotna študija o nasilju v družini. *Zdravniški vestnik*; 77: 505–10. Dostopno na: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-FGXNZSWQ/?query=%27rele%253dZdravni%25c5%25a1ki%2bvestnik%27&relation=Zdravni%C5%A1ki+vestnik&ftype=znanstveno+%C4%8Dasopisje&fyear=2008&pageSize=100>.

Vanezuela-Pascual, F., Molina, F., Corbi, F., Blanco-Blanco, J., Gil, R. M. in Soler-Gonzales, J. (2015). The influence of a biopsychosocial educational internet-based interventional on pain, dysfunction, quality of life, and pain cognition in chronic low back pain patients in primary care: a mixed methods approach. *BMC Med Inform Decis Mak*; 15: 97. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657202/>.

World Medical Association. (1996). *Declaration on Family Violence*. Adopted by the 48th General Assembly South Africa: October 1996.

Young, R. A., Benold, T., Witham, J. in Burge, S. (2011). Factors Influencing Work Interference in Patients With Chronic Low Back Pain: A Residency Research Network of Texas (RRNet) Study. *J Am Board Fam Med*; 24 (5): 503–510. Dostopno na: <http://www.jabfm.org/content/24/5/503.long>.



## **POMEN SKUPINSKE VADBE ZA DUŠEVNO POČUTJE: POGLED UDELEŽENK**

### **THE IMPORTANCE OF GROUP EXERCISE FOR MENTAL WELL-BEING: PARTICIPANTS' VIEW**

#### **Povzetek**

*Uvod: V času nenehnega hitenja veliko govorimo o zdravem življenjskem slogu, ki se najpogosteje povezuje s krepitvijo zdravja in ohranjanjem kakovosti življenja. Ena od zelo učinkovitih metod, s katero lahko učinkujemo na posameznikovo počutje, je gibalna aktivnost. V večini primerov ima skupinska vadba pozitivne učinke na posameznikovo duševno stanje, saj se človek sprosti, pozabi na vsakdanje skrbi in misli usmeri vase. Namen empirične raziskave je bil, ugotoviti mnenja udeleženk skupinskih vadb o pomenu skupinske vadbe za njihovo duševno počutje in razpoloženje.*

*Metode: Raziskava je temeljila na empirični kvalitativni metodologiji. Vključenih je bilo 5 udeleženk, ki redno obiskujejo skupinsko vadbo v Športnem društvu Bezena. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo polstrukturiranega intervjuja. Z metodo analize dobljenih odgovorov smo iz besedila strukturirali kvalitativne podatke. Določili smo kode, kategorije in osrednjo temo ter na podlagi ključnih besed analizirali doživljanje skupine.*

*Rezultati: Prispevek predstavlja rezultate raziskave na področju mnenja udeleženk o poteku ure skupinske vadbe, v nadaljevanju njihove razloge za udeležbo in posledično njihovo počutje ob druženju ter kako to vpliva na njihovo telesno in duševno zdravje. Rezultati analize odgovorov so podali štiri osrednje kategorije, ki kot osrednjo temo izpostavljajo pomen skupinske vadbe za duševno počutje. Pomembne so tudi ugotovitve, ki postavljajo v ospredje druženje pred glavnim razlogom za obisk, torej samo vadbo.*

*Razprava: Skupinska vadba kot oblika gibalne aktivnosti, posebej pri starejših, v veliki meri zapolnjuje potrebe žensk po gibalni aktivnosti. Vključevanje v skupnost je prirojena potreba, saj skupina omogoča druženje, razvedrilo, sprostitev in s tem možnost medsebojnega pogovora, ki zbuja občutek sprejetosti in notranjega zadovoljstva. Gibalna aktivnost udeleženkam izboljšuje tako telesno kot duševno zdravje.*

*Ključne besede: pristočasna gibalna aktivnost, skupinska vadba, ženske, duševno zdravje, kvalitativna raziskava.*

---

## **Abstract**

*Introduction: In times of constant rushing we often discuss about a healthy lifestyle and frequently relate this with the intention of promoting health and maintaining the quality of life. One very effective method that has an impact on our health is physical activity. In most cases, group exercise has a positive impact on mental health in individuals, because during such form of exercise people relax, forget about daily worries and focus on themselves. The purpose of this empirical study is to gather opinions of group exercise participants on the importance of group exercise for their mental well-being and mood.*

*Methods: The study was based on empirical qualitative methodology. It included 5 female participants regularly visiting a group exercise at the Sport Centre Bezena. The data was acquired by means of a half-structured interview. Qualitative data was structured from the text with a method of an analysis of obtained answers. Codes, categories and core theme were determined and the perception of the group was analysed on the keyword basis.*

*Results: The paper presents the study results regarding the participants' opinion on the course of the group exercise, their reasons for participation and consequently how socializing affects their physical and mental health. The results of the analysis of answers provided four main categories, which present the core theme importance of group exercise for mental well-being. The findings show that socializing is a more important reason for participation than the exercise itself.*

*Discussion: Group exercise as a form of physical activity, especially in elderly, largely meets the needs of women for physical activity. Integration is an inborn need since a group provides socializing, entertainment, relaxation and the possibility of a dialogue, which grows a sense of acceptance and inner satisfaction. Physical activity improves the participants' physical and mental health.*

*Key words: spare-time physical activity, group exercise, women, mental health, qualitative study.*

## 1 Uvod

V času nenehnega hitenja se veliko govori o zdravem življenjskem slogu, ki se najpogosteje povezuje s krepitvijo zdravja in ohranjanjem kakovosti življenja. Oblikovan aktivni življenjski slog in redna gibalna aktivnost sta pomembna varovalna dejavnika zdravja (Zupančič et al., 2009).

Osebe, ki so gibalno aktivne, znajo poskrbeti za harmonijo med obremenitvami in sproščanjem ter počitkom. Redno gibalno aktivne osebe se zavedajo, da lahko za svoje dobro počutje največ naredijo same. Te osebe živijo aktivno in odgovorno življenje (Mlinar, 2007).

Sodoben način življenja spodbuja pasiven življenjski slog, ki predstavlja veliko skrb svetovne javnosti (World Health Organization, 2010). Ravno zaradi tega pa tako gibalna aktivnost za zdravje in zdravje samo nista več interes posameznika, ampak dajeta pozitivne učinke za družbo v celoti in s tem povečujeta skrb za skupno zdravje človeštva.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) priporoča, da naj bi se odrasli v starostni skupini od 18 do 64 let ukvarjali z zmerno intenzivno gibalno aktivnostjo najmanj 150 minut na teden ali vsaj 75 minut na teden z intenzivno gibalno aktivnostjo ali pa z enakovredno kombinacijo obeh mogočih oblik (World Health Organization, 2010). Zmerno telesno aktivnost opredeljujemo kot tisto stopnjo intenzivnosti, ki jo posameznik doseže pri hitri hoji, ob kateri se vsaj malo prepoti ali zasope, a le toliko, da se še lahko pogovarja (Berčič, Sila, 2007; Ihan, 2005). Strokovnjaki pravijo, da je organizirana gibalna aktivnost bolj priporočljiva kot neorganizirana zaradi boljših učinkov na posameznikovo zdravje (Pori, Sila, 2010).

Gibalno aktivnost predstavljajo najrazličnejše oblike gibanja, ki pozitivno vplivajo na naše zdravje (Doupona Topič, 2010). Seznam gibalnih aktivnosti, s katerimi se ukvarjajo Slovenci, je dolg in raznolik. Že vrsto let so hoja (sprehodi), plavanje, kolesarjenje, alpsko smučanje in planinarjenje po priljubljenosti na vodilnih mestih. Gre pretežno za aktivnosti, ki potekajo v naravi (Pori, Sila, 2010).

Na izbiro posamezne gibalne aktivnosti poleg osebnega interesa vplivata tudi sodoben hiter tempo življenja in razpoložljivi denar. Sila (2010) navaja, da ljudje najraje izbirajo gibalne aktivnosti, s katerimi se lahko ukvarjamo v neposrednem bivalnem okolju, ki imajo značaj aerobnih aktivnosti, so cenovno dostopne, s katerimi se lahko ukvarjamo vse leto in tudi do pozne starosti.

V številnih raziskavah avtorji ugotavljajo, da so pokazatelji mentalnega zdravja v tesni pozitivni povezavi z gibalno aktivnostjo (Mlinar, 2007). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje duševno zdravje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, normalno obvladuje stres v vsakdanjem življenju, svoje delo opravlja produktivno in je sposoben prispevati k skupnosti, v kateri živi« (World Health Organization, 2010). Načinov, kako ohraniti zdravje in se izogniti tako akutnim kot kroničnim boleznim, je več.

Prav gibalna aktivnost je ena tistih področij, ki nudi in omogoča različnim kategorijam prebivalstva, da si v okviru svojih zmožnosti in z izbiro sebi primernih dejavnosti zagotovijo kakovostnejše preživljanje prostega časa (Sila, 2010). Redna gibalna aktivnost je povezana z izboljšanjem duševnega zdravja (Warburton et al., 2006; Abernethy, 2008).

## 2 Metode dela

Raziskava je temeljila na empirični kvalitativni metodologiji. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo polstrukturiranega intervjuja kot kombinacija vnaprej določenih vodilnih vprašanj in prostega pogovora. Sprotno smo dodali še podvprašanja, da smo dobili jasnejše in bolj poglobljene odgovore na glavna vprašanja.

## 2.1 Vzorec

V raziskavi je od 15 vpisanih članic sodelovalo 5 udeleženk, ki redno obiskujejo skupinsko vadbo v Športnem društvu Bezena. Vse so srednješolsko izobražene, starejše od 50 let in večinoma upokojene.

**Tabela 1: Značilnosti udeleženk**

oseba	A	B	C	D	E
izobrazba	srednješolska izobrazba	srednješolska izobrazba	srednješolska izobrazba	srednješolska izobrazba	srednješolska izobrazba
poklic	upokojenka	tajnica	upokojenka	upokojenka	upokojenka
starost	63	52	56	67	58
spol	ženski	ženski	ženski	ženski	ženski

## 2.2 Merski instrument

Pripravili smo 3 vprašanja, ki smo jih zastavili udeleženkam v obliki polstrukturiranega intervjuja, kar je kombinacija vnaprej določenih vodilnih vprašanj in prostega pogovora. Sprotno smo dodali še podvprašanja, da smo dobili jasnejše odgovore na glavna vprašanja. Pogovor je bil posnet, pozneje smo odgovore zapisali ter posnetek izbrisali.

Raziskovalna vprašanja:

- Zakaj se udeležujete skupinske vadbe?
- Kaj počnete na skupinski vadbi, kako poteka ura?
- Kako udeležba na skupinski vadbi vpliva na vaše duševno počutje?

## 2.3 Postopek zbiranja podatkov in metode analize podatkov

Z metodo analize dobljenih odgovorov smo iz besedila strukturirali kvalitativne podatke. Določili smo kode, kategorije in osrednjo temo ter na podlagi ključnih besed analizirali doživljanje skupine.

## 3 Rezultati

Z metodo analize dobljenih odgovorov lahko kot osrednjo temo izpostavimo pomen skupinske vadbe za počutje. Okvirno se odgovori delijo na štiri kategorije, in sicer: v prvi kategoriji so jasno opredeljeni razlogi za obisk skupinske vadbe, v drugo kategorijo so uvrščeni odgovori, ki so povezani z druženjem, tretja kategorija predstavlja gibalno aktivnost in četrta kategorija opisuje njihovo počutje. Spodnja tabela prikazuje dobljene rezultate.

**Tabela 2: Prikaz rezultatov**

KODE	KATEGORIJE	OSREDNJA TEMA
Narediti nekaj dobrega za svoje telo in dušo; pridružila skupini, v katero je že hodila sestra; umrl mi je mož, otroci so si ustvarili družine in ostala sem tako rekoč sama; ta dan v tednu je prava sprostitev in vsak teden z veseljem odhitim na vadbo; začele so se težave še s hrbtenico; udeležujem se predvsem zaradi zdravja in druženja; da narediš nekaj zelo dobrega hkrati tudi za svoje telo; k telovadbi sem začela hoditi iz enega samega razloga, da se malo razgibam; lastna odločitev; stres.	razlogi za vključitev	pomen skupinske vadbe za duševno počutje
Tudi če kar koli delamo doma, če imamo obiske, ob uri se odpravim brez pomislekov; udeležujem se že leta; nekatere skupaj telovadimo že 15 let; dobimo se vsako sredo pol ure pred začetkom telovadbe; kadar pa katera kaj praznuje, se tudi počastimo in poveselimo; izkoristimo za druženje ob prigrizku in pijači; organiziramo dvodnevni izlet; bile smo na različnih pohodih in tudi v kinu; vsaka izmenjana novica je dobrodošla za vse; prijetno, zabavno in koristno druženje; končni izlet, s čimer se nagradimo; ne gre samo za razgibavanje, temveč tudi za zelo prijetna druženja; pogovor.	druženje	
Skupina, v kateri poteka razgibalna vadba za vse telo; telovadba pomaga preprečevati izgubo kostne mase in mi pomaga pri ravnotežju; delamo vaje po navodilih vaditeljice, da se celostno razgibamo; ob glasbi in seveda klepetanju razgibamo vse dele telesa; priljubljene oblike vadbe.	gibalna aktivnost	
Skupina je zelo prijetna; da imamo nekaj časa za druženje, ki poteka v zelo prijetnem vzdušju; veselimo se dvodnevnega izleta, na katerem zelo, zelo uživamo; poglešamo vsako posebej, če izostane in ne more z nami; na izletih smo se še bolj spoznale in se med seboj povezale; celotna vadba mi zelo odgovarja in jo rada obiskujem; komaj čakam sredo, da se dobimo; potem je zame lepši teden; zavedam se, da sem nekaj naredila za svoje telo in dušo; takšno druženje je zelo dobrodošlo; z veseljem grem na telovadbo; pozitivni učinki vadbe na počutje.	počutje	

Vse udeleženske so se pridružile skupini sprva zaradi gibalne aktivnosti: bodisi zaradi potrebe po gibanju ali težav z zdravjem. Oseba A tako pojasnjuje: »Že pred leti sem se odločila, da je čas, da moram narediti nekaj dobrega za svoje telo in dušo. Tako sem se pridružila skupini, kamor je že hodila sestra.« Oseba C: »... ko sem z leti opazila, da so se začele težave še s hrbtenico zaradi sedečega dela, sem se vpisala v to skupino.« Skupino obiskujejo že več let zapored. Pomembno je ohranjati gibljivost, mišično moč in določeno mero kondicije za telesno zdravje. Vse to pa vpliva tudi na duševno stanje in skupina se je ujela na obeh ravneh. Tako telesni kot duševni.

Ugotavljamo, da je druženje pol ure pred telovadbo zelo pomembno za vse, saj ga največ omejnajo in so nad njim navdušene. Oseba A: »Pogovarjamo se o vsem mogočem, pripovedujemo si vice, jamramo o bolečinah, izmenjamo recepte.« Oseba B: »V tej urici in pol druženja je seveda prve pol ure namenjene klepetu, da predebatiramo vse aktualne zadeve, ki so se zgodile v minulem tednu.« Oseba C: »Najprej klepet in izmenjava vseh najrazličnejših informacij preteklega tedna. Obdelamo vse politične, ekskluzivne, športne in seveda zdravstvene teme. Še posebej če je katera obiskala zdravnika in vsaka izmenjana novica je dobrodošla za vse.« Oseba D: »Klepet, ki je koristen, zabaven in velikokrat obogaten s pogostitvijo.« Oseba E: »Rada pridem malo prej, če mi čas dopušča, ker je začetek namenjen klepetu. To mi zelo paše, ker se umiriš, sprostiš in potem lažje in boljše telovadiš.« Iz teh odgovorov lahko jasno razberem, da je druženje pomemben dejavnik, ki predstavlja glavni motiv za redne obiske skupine. Oseba B meni, da je druženje, ki ni namenjeno zgolj telesni vadbi, prav tako koristno za skupino: »Na teh izletih smo se še bolj spoznale in med seboj povezale in komaj čakamo letošnjega.«

Čeprav so se pridružile skupini iz različnih razlogov, sklepamo, da osebi C največ pomeni telesna aktivnost v primerjavi z ostalimi, saj podrobno opiše potek vadbe: »Pri telovadbi se predihamo. Pri vajah, ki jih izvajamo najprej stoje in nato leže, v različni položajih, pa pazimo na pravilne gibe, da varujemo hrbtenico in sklepe, s katerimi imamo težave vsaka posamezno. Izvajamo vaje za krepitev mišic zgornjih ter spodnjih okončin, krepimo mišice medeničnega dna (za preprečevanje urinske inkontinence), krepimo tudi trebušne in hrbtne mišice. Vmes imamo še aerobiko in na koncu sproščanje z masažo.« Tudi oseba E je dokaj natančna: »Ura vadbe je pestra, saj delamo vaje za razgibavanje celotnega telesa, najprej stoje in potem na blazini. Večkrat tudi z različnimi rekviziti, trakovi, za uteži imamo napolnjene plastenke, pa še kaj si najdemo. Vmes je vključen tudi ples in pa na koncu sprostitvene vaje.« Tudi v sami gibalni aktivnosti iščejo zabavnost, kar sklepamo iz pogovora z osebo D: »Najraje imamo ritmične vaje na glasbo, ker se pogosto nasmejimo našim zmotnim korakom.«

Glede počutja nam veliko pozitivnega pove že samo navdušenje nad obiskovanjem skupinske vadbe, redno obiskovanje več let zapored in veselje ob preživljanju skupnega časa z ostalimi udeleženkami. Počutijo se sprejete, skupina jim daje zadovoljstvo in posledično zdravje, telesno in duševno. Nazorno oseba C opiše svoje občutke: »Sama telovadba, ki vključuje na koncu tudi tehniko sproščanja, in ko se zmasiram, me pomiri in mi da občutek zadovoljstva. Naše dolge minute klepetanja tudi ugodno vplivajo na moje duševno stanje, ker občutno zmanjšujejo moja depresivna stanja, ki so povezana z invalidnostjo, službo in bolniško. Pri tej naši telovadbi oziroma druženju osebno odklopim vse, se sprostim in tako poskrbim za osebnostno rast in moje počutje je veliko boljše.« Skupina daje občutek pripadnosti in sprejetosti, kar je zelo pomembno za ženske v teh letih. Prav tako je tudi povezanost zelo močna, kar sklepamo iz stavka osebe A: »Pogrešamo vsako posebej, če izostane in ne more z nami.« Zaključimo lahko, da je iskrena beseda zelo pomembno za ohranjanje dobrih in odprtih odnosov vnaprej.

#### 4 Razprava

Glede na namen naše raziskave, ugotoviti mnenja udeleženk skupinskih vadb o pomenu skupinske vadbe za njihovo duševno počutje in razpoloženje, lahko pozitivno pritrđimo raziskavam, ki ugotavljajo pomen te oblike gibalne aktivnosti za telesno in duševno zdravje. Ob vseh najrazličnejših razlogih za obiskovanje gre izpostaviti lastno skrb in zavedanje, da je treba storiti nekaj za svoje zdravje in posledično poskrbeti za ohranitev določene kakovosti življenja.

Na podlagi rezultatov in izkušenj iz preteklosti, ki nam kažejo počasen, a vztrajen proces preobrazbe v razmišljanju o gibalni aktivnosti v sistemu vrednot in ne nazadnje v odločitvah prebivalstva o aktivnem gibalnem udejstvovanju, lahko sklepamo, da se bo vedno več tistih iz tretjine občasno gibalno dejavnih spremenilo v redno aktivne. Vedno več tistih gibalno neaktivnih se bo spremenilo v občasno, morda tudi redno gibalno aktivne. Na ta način bo delež gibalno aktivnih Slovencev v prostem času vse večji, s tem pa bodo postajale gibalne vsebine tudi vse bolj odločilen dejavnik kakovosti življenja (Sila, 2010).

Pri odgovorih na drugo raziskovalno vprašanje lahko v uro obiskovanja skupinske vadbe med seboj povežemo dve različni stvari. Na eni strani izstopa druženje, ki se pozneje izkaže kot dejanski in tudi najpomembnejši dejavnik obiskovanja, hkrati pa na drugi strani udeleženke pripisujejo prav tako velik pomen sami gibalni aktivnosti kot dejavniku za boljše telesno zdravje.

Človek je po naravi družbeno bitje. Prav zato mu je tudi prirojena potreba, da bi se vključeval v človeško skupnost, živel v skupnosti in da bi ga ta sprejela kot svojega polnovrednega člana. Občutek, da nas družba sprejema, nam zbuja neizmerno zadovoljstvo, ponos in umirjenost (Pavšič Bajc, 2007).

Veseli nas ugotovitev, da so udeleženke zadovoljne z udeležbo na skupinski vadbi in da jim sama skupina, pogovori in druženje prinašajo veliko zadovoljstvo, da so vesele in pripravljene pomagati druga drugi. Odgovori na tretje raziskovalno vprašanje nam dajejo potrditev, da je skupinska vadba izrednega pomena za duševno zdravje žensk.

Številne raziskave potrjujejo, da ima rekreativna vadba izrazito sproščujoče delovanje in ugodne učinke na duševno zdravje. Simptome depresivnosti zmanjšuje prav tako učinkovito kot psihoterapija. Če je človek v stresnih okoliščinah pripravljen na boj ali beg, med telesnim naporom izživi te telesne in duševne spremembe; organizem se spet fizično in psihično umiri (Zagorc, Zaletel in Ižanc, 1998). Prav tako je proučevala vpliv gibalne aktivnosti na duševno zdravje oz. na depresijo randomizirana kontrolirana raziskava (Elavsky in McAuley, 2007). Pregled raziskav je potrdil pozitiven vpliv gibalne aktivnosti na zmanjšanje simptomov depresije pri ženskah po menopavzi in njen pozitiven vpliv na razpoloženje in kakovost življenja (Elavsky in McAuley, 2007).

Glede na ugotovitev, da je skupinska vadba ena izmed oblik gibalne aktivnosti, ki lahko veliko pripomore k boljšemu duševnemu zdravju žensk, in je naša raziskava temeljila na ženskah starejše populacije in v primestnem družbenem okolju, bi bilo smiselno primerjati in raziskovati podobne dejavnike pri različnih starostnih skupinah in morda v različnih družbenih okoljih.

## 5 Zaključek

Skupinska vadba v veliki meri zapolnjuje potrebe žensk po gibalni aktivnosti. Prvotna zamisel udeležbe v skupini je gibalna aktivnost, v smislu ohranjanja gibljivosti, mišične moči in kondicije, vse ostalo prijetno druženje je prišlo nenačrtovano. Iz teh pogovorov ugotavljamo, da je druženje najpomembnejša vrlina, ki vrednoti skupino. Udeleženke so zblížale različne življenjske izkušnje, čut za poslušanje, odkritost, prijaznost in smisel za humor. Vključevanje je prirojena potreba, saj skupina omogoča druženje, razvedrilo, sprostitev in s tem možnost medsebojnega pogovora, ki zbujajo občutek sprejetosti in notranjega zadovoljstva. Motivacija je druženje, ki daje pomen skupini, zaradi druženja udeleženke obiskujejo skupna srečanja in so aktivne. Tisto, kar ni obvezno in nujno, tisto, kar daje ljudem prosto izbiro, je prava terapija in daje ljudem zdravje.

## Literatura

- Abernethy, K. (2008). How the menopause affects the cardiovascular health of women. *Primary Health Care*; 18 (6), str. 42–47. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.7748/phc2008.07.18.6.41.c6624> [2. 3. 2016].
- Berčič, H., Sila, B. (2007). Ukvarjanje prebivalstva Slovenije s posameznimi športnimi zvrstmi. *Šport*; 55 (3): 17–26.
- Doupona Topič, M. (2010). Vpliv socialne stratifikacije na značilnosti športno rekreativne dejavnosti v Sloveniji. *Šport*; 58 (1/2): 100–4.
- Elavsky, S., McAuley, E. (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: a randomised controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*; 33 (2), 132–42. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02879894> [2. 3. 2016].
- Mlinar, S. (2007). Športna dejavnost in življenjski slog medicinskih sester, zaposlenih v intenzivnih enotah Kliničnega centra v Ljubljani [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- Pavšič Bajc, K. (2007). Samopodoba inštruktoric aerobike in plesalk v primerjavi s športnicami individualnih športov [magistrska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- Pori, M., Sila, B. (2010). S katerimi športnorekreativnimi dejavnostmi se Slovenci najraje ukvarjamo?. *Šport*; 58 (1/2): 105–7.
- Sila, B. (2010). Delež športno dejavnih Slovencev in pogostost njihove športne dejavnosti. *Šport*; 58 (1/2): 94–9.
- Warburton, DER., Nicol, CW., Bredin, SSD. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*; 174 (6), str. 801–809. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.051351> [2. 3. 2016].
- World Health Organization. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Ženeva: World Health Organization.
- Zagorc, M., Zaletel, P., Ižanc, N. (1998). *Aerobika*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Zupančič, FŽ., Meško, M., Podgoršek, B., Videmšek, M., Karpljuk, D. (2009). Gibalna dejavnost in subjektivna ocena zdravstvenega stanja oseb, zaposlenih na področju odnosov z javnostmi, glede na pogostost doživljanja stresa. *Šport*; 57 (3/4): 76–82.



# DEMOKRATIZACIJA SLOVENSKE DRUŽBE BREZ NASILJA NAD STARIMI V DOMAČEM IN INSTITUCIONALNEM OKOLJU

## DEMOCRATISATION OF SLOVENIAN SOCIETY WITHOUT VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY IN DOMESTIC AND INSTITUTIONAL ENVIRONMENT

### **Povzetek**

*Teoretična izhodišča: Številne aktualne strokovne in znanstvene raziskave opozarjajo na prisotnost nasilja nad starimi v domačem in institucionalnem okolju v Sloveniji. Nasilje je v našem kulturnem okolju še vedno tabuizirano. Družbene spremembe ob prehodu v post-moderno družbo so okrepile demokratizacijo družbe, ki je še posebej senzibilna na temeljne človekove pravice in strokovno korektno obravnavo ranljivih in marginaliziranih družbenih skupin, med katere uvrščamo tudi stare, deležne nasilja tako v domačem kot tudi institucionalnem okolju.*

*Metodologija: Raziskava temelji na kvalitativnem metodološkem pristopu. Kot metoda je bila uporabljena študija primera. Pri zbiranju podatkov smo uporabili polstrukturirani usmerjeni intervju. Za analiziranje kvalitativnega gradiva smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo. V raziskavo smo vključili štiri stare, deležne nasilja v domačem okolju, in štiri stare, deležne nasilja v institucionalnem okolju.*

*Rezultati: Različne oblike nasilja so še danes prisotne pojavne oblike med starimi tako v domačem kot tudi institucionalnem okolju Slovenije. Stari so še vedno neosveščeni o svojih pravicah glede varovanja in zaščite pred nasiljem. Na osnovi študije primera smo izdelali konceptualni model z identificiranimi vplivnimi dejavniki za odpravo nasilja nad starimi, tako v domačem kot tudi institucionalnem okolju.*

*Razprava: Problematika nasilja nad starimi zahteva več politične, družbene in strokovne pozornosti ter odločen premik od zgolj teoretiziranja h konkretnim strateškim rešitvam v neposrednem okolju. Čas je za nove družbene in socialne inovacije, ki bodo generirale okolje in družbo brez nasilja.*

*Ključne besede: nasilje, stari, domače okolje, institucionalno okolje, družbene spremembe.*

## Abstract

*Theoretical framework: Many current professional and scientific studies draw attention to presence of violence against the elderly in domestic and institutional environment in Slovenia. Violence is in our cultural milieu still taboo. Social changes at the transition to the post-modern society have reinforced the democratization of society, which is especially a sensitive to fundamental human rights and appropriate treatment of vulnerable and marginalized social groups. Older people are also in this groups because they experiencing violence in domestic environment as well as institutional environment.*

*Methodology: Survey is based on a qualitative approach. For the method, we used a case study. In collecting data, we used focused semi-structured interview. For the analysis of qualitative materials, we used substantive analysis. The study included four elder people who experienced domestic violence, and four elder people who experienced violence in institutional environments.*

*Results: Based on the case study we developed a conceptual model of identified influential factors for elimination of violence against the elderly al well in domestic and in institutional environment.*

*Discussion: The issue of violence against the elderly demands more political, social and professional attention and determined move from purely theorizing to specific strategic solutions in the immediate environment. It is time for new social innovations for society, which will generate environment and society without violence.*

*Key words: violence, elder people, local environment, institutional environment, social changes.*

## 1 Uvod

Nasilje nad starimi je v slovenski družbi še vedno prisotna razvojna in pojavna oblika, ki se je zajedla v vse pore družbenega življenja. Družbene spremembe v zadnjih desetletjih so močno zaznamovale življenje posameznika, ki je moral včasih morda celo prehitro stopiti iz enega družbenega sistema v drugega. Ob tem je posebno njegovo življenje zaznamovala demokratizacija družbenih sprememb, ki so v luči zahodnoevropskih družbenih in etičnih norm pomenile tudi skrb za temeljne človekove pravice in svoboščine. Mednje zagotovo lahko umestimo tudi vprašanje soočanja, reagiranja in razumevanja nasilja kot fenomena, ki človeštvo spremlja že vse od njegovega nastanka.

Današnji čas zahteva ustrezen odziv strok, znanosti, politike in družbe, saj je nasilje še vedno pogosto marsikje prikrito in zamolčano. Vsako nasilje v demokratični družbi je nedopustno in od strokovne javnosti in političnih odločevalcev je odvisno, kako vzvode moči usmeriti v pristope in akcije zoper nasilje. Izhodišče je vsekakor ničelna toleranca do nasilja. Raziskovanje nasilja nam odstira spoznanje, da nasilja ne moremo povezovati s spolom, izobrazbo, družbenim statusom ali starostjo.

Vsak človek potrebuje za zdrav razvoj in kakovostno življenje toleranten, prijazen in spoštljiv odnos v vseh življenjskih okoljih, družini in širšem socialnem okolju. Pri tem pa se moramo vprašati, ali so družinski člani, strokovnjaki in razni izvajalci programov za starejše ali tisti, ki so v vsakodnevem stiku s starejšimi, osveščeni, informirani, poučeni, kako komunicirati s starejšimi ljudmi (Žiberna, 2007, str. 8). Dodali bi lahko, da je za kakovostno življenje v starosti treba preseči in odpraviti tudi vse pojavne oblike nasilja.

Nedvomno so za okrepitev demokratizacije družbe na področju odprave nasilja potrebni večja podpora in angažma politike, politične systemske spremembe, treba je omejiti krčenje državne blaginje ter okrepiti vlogo in pomen strokovne javnosti – še posebej tudi socialnogerontološke in -varstvene – na področju dela za stare in z njimi.

Ali je slovenska družba dovolj humana, da zmore nasilje nad starimi tako v domačem kot tudi v institucionalnem okolju popolnoma odpraviti? To je naše osnovno raziskovalno vprašanje, na katerega želimo z našo raziskavo odgovoriti. Zato bomo z identifikacijo stanja na področju pojavnosti nasilja v našo raziskavo vključili štiri stare, ki so deležni nasilja v domačem okolju, in štiri stare, ki so deležni nasilja v institucionalnem okolju.

## 2 Teoretična izhodišča

strokovna pozornost na področju dela in skrbi za stare se v zadnjem času še posebej usmerja v obravnavo nasilja nad starimi. Žiberna (2007, str. 8) ugotavlja, da so starejši ljudje v Sloveniji od vseh prebivalstvenih skupin najmanj informirani o človekovih pravicah, kar jim onemogoča, da bi poznali tudi svoje dolžnosti do odgovornega življenja, nemalokrat pa se soočajo z nemočjo, nedostopnostjo do potrebnih informacij, storitev, programov, nedostopnostjo do prevoznih sredstev, omalovaževanjem, podcenjevanjem, nasiljem, zanemarjanjem in večplastno diskriminacijo v družinskem okolju in javnosti.

Različni avtorji definirajo, kaj je nasilje in katere pojavne oblike poznamo. Grebenc (2007) opisuje nasilje kot pojav, ki ima mnogo oblik in pomenov, in sicer nasilje je vsako omejevanje, prikrivanje, ustvarjanje škode, bolečin, trpljenja. Železnik (2012) govori o nasilju med stenami, nasilju nad starejšimi, nasilju nad osebami z demenco. Opozarja, da ne smemo pozabiti, da nasilje ni samo že izvršeno dejanje, temveč je to tudi grožnja s samim dejanjem (Grebenc, 2007, str. 25).

Habjančič in Lahe (2012, str. 38) povzemata definicijo Svetovne zdravstvene organizacije, ki pravi, da »je nasilje nad starejšimi definirala kot enkratno ali ponavljajoče se dejanje ali pomanjkanje ustreznih ukrepov v okviru katerega koli odnosa, v katerem se pričakuje zaupanje, in ki povzroči poškodbo ali stisko starejše osebe«.

Železnik (2012, str. 31) nasilje nad starejšimi razdeli v štiri kategorije: zanemarjanje oziroma odtegotvanje življenjsko ključnih dobrin, kot so na primer hrana, pijača, nega, zdravljenje in zdravila, telesno ali fizično zlorabo, ko na primer otroci pretepajo svoje starše, psihično ali čustveno nasilje, ko na primer otroci staršem pokažejo, da jih zaničujejo in o njih grdo govorijo, ko jim ne dovolijo druženja s sosedi, jih morda celo podijo od doma in celo skrajno želijo, da umrejo, ter finančno maltretiranje, ko na primer otroci staršem vzamejo vse njihovo premoženje, denar oziroma pokojnino.

Ugotovljeno je, da je nasilja nad starejšimi ženskami več kot nasilja nad starejšimi moškimi (Železnik, 2012, str. 32). Vzroke lahko iščemo v tem, da ženske dlje živijo, starejši človek se manj upira, ker postaja telesno šibkejši, nasilnež izbere šibkejšo in manj močno žrtev, neničelni toleranci slovenske družbe do nasilja nad ženskami in večji vpetosti starejših žensk v vsakdanje življenje njihovih otrok (Železnik, 2012).

Rezultate raziskave kažejo, da je ženska – predvsem stara ženska – zelo pogosto ujeta v mreže nasilnega odnosa. Zato je nesrečna, zanikana. Skozi stoletja se paradigma odnosov spreminja na formalni, ne tudi na življenjski ravni. Pretres družbenih konstruktov o vlogi ženske je zato temeljna naloga družbe, ki želi biti humana in ki se postavlja kot moralno etična socialna država (Ovsenik, Lipič, 2013, str. 301).

Tako v strokovni kot v laični javnosti v ospredje vstopajo strokovni pristopi informiranja in osveščanja družbe o pojavnosti nasilja. Velik problem nasilja nad starejšimi predstavlja tudi družbeni molk o nasilju in s tem prikrivanja realnih razsežnosti pojavnih oblik nasilja v družbi (Aronovitz, 2002; McCarthy, 2002).

Nasilje se prikriva, ker se starejši v domačem okolju bojijo maščevanja (Oh et al., 2006) oziroma se sramujejo družbeno izpostaviti svoje družinske člane kot nasilneže (Voelker, 2002).

Železnik (2012, str. 35) govori, da nasilje pogosto sidra v kulturi, v kulturi medsebojnih odnosov v družini, v dolgoletnih zamerah, v zamerah otrok do staršev, če le-ti v življenju niso dosegli tistega, kar so načrtovali, v prevelikih pričakovanjih staršev, v preveliki navezanosti mater na svoje otroke in s težavami s snahami, v zahtevnosti razvjenih otrok in zahtevnosti razvjenih staršev, v finančni ali prostorski stiski enih in drugih, v spremembah duševnega stanja starejših (demenci), ki jih otroci dolgo ne prepoznajo in menijo, da so starši hudobni, čeprav so morda le bolni.

Tudi glede prijave nasilja v domovih starejših občanov kot institucionalnem okolju se raziskovalno domneva, da se stanovalci in njihove družine bojijo maščevanja negovalnega osebja (Hertzberg, Ekman, 1996). Moralno etično in pravno formalno bi morali domovi starejših občanov sami prijaviti sume nasilja, vendar so vzroki nereagiranja pogosto ekonomski. V javnosti pogosto prevladuje prepričanje, da domovi starejših občanov, ki naznanjajo oblike nasilja, ne izvajajo kakovostnih socialnovarstvenih storitev – oskrbe, z doslednejšim prijavljanjem sumov nasilja bi lahko postali manj zanimivi za nove potencialne nastanitve stanovalcev (Grieffore et al., 2009).

Habjančič in Lahe (2008) v svoji raziskavi o nasilju ugotavljata, da bi moralo vse strokovno osebje pri delu in skrbi za stare – od patronažne medicinske sestre in socialnih delavcev – več pozornosti usmeriti v preventivo vseh pojavnih oblik nasilja, kar bi nedvomno prispevalo k izboljšanju odnosov med družinskimi člani do starejše osebe in ostalih deležnikov skrbi za stare.

Križman Vezočnik, Mihevc Ponikvar in Renar (2008, str. 337) definirajo nasilje nad starejšimi kot družbeni, socialni in javnozdravstveni pojav. Starejše osebe so ranljiva skupina in skrb zanje je odvisna od zrelosti družbe in sposobnosti prepoznavanja dejavnikov tveganja za nasilje. Vsako nasilno fizično ali psihično poseganje v osebnost starejšega človeka pomembno vpliva na razvoj bolezni, pojav poškodb, zmanjšuje človekovo produktivnost in samostojnost in slabša njegovo samopodobo, kar vodi v osamljenost in obup. Za preprečevanje nasilja nad starejšimi je zelo pomembno, da vso družbo ozaveščamo o tej problematiki in tako pripomoremo k zgodnjemu prepoznavanju prvih znakov tega pojava. Starejše osebe je treba zaščititi pred nasiljem in zlorabami ter v ta namen razviti ustrezne preventivne programe za usposabljanje in izobraževanje ljudi, ki skrbijo za starejše osebe, bodisi na njihovih domovih ali v institucijah, namenjenih starejšim. Zaradi stresa na delovnem mestu se povečuje tudi tveganje za nasilje strokovnih delavcev v institucijah za zdravljenje, nego in oskrbo starejših oseb. Zato je izobraževanje zaposlenih v strokovnih institucijah, ki delajo s starimi, entiteta kakovosti njihovega dela.

Grebenc (2007, str. 34) opozarja, izhajajoč iz opredelitev različnih vrst nasilja nad starejšimi v medsebojnih odnosih, domačem okolju, institucijah, diskriminatornem delovanju družbenih sistemov na ulici, na potrebo po uvajanju različnih sodobnih preventivnih pristopov v preprečevanje nasilja, ki so lahko tehnični (npr. varnostne naprave, fizična zaščita žrtve ...), socialni (npr. učenje novih spretnosti, spremstva, delo s povzročitelji nasilja ...), okoljski (npr. osvetlitev temnih prehodov ...), izobraževalni (npr. informiranje, ozaveščanje ...), sistemski (npr. usklajeno delovanje služb, hitrejši postopki pred sodišči ...).

Izhodišča pri načrtovanju preventivnih ukrepov za preprečevanje in zmanjšanje nasilja so: ustrezna zakonska podlaga, promocijske aktivnosti v zvezi s preprečevanjem nasilja nad starejšimi in ozaveščanje družbe o problematiki nasilja nad starejšimi, izobraževanje širših množic, ustrezni programi za izboljšanje organizacije dela v institucionalnih okoljih, ki skrbijo za stare, ustrezna javna medijska podpora, demarginalizacija starejših in preseganje stereotipov o njih, izboljšanje ravni komunikacije s starejšimi in preseganje vseh oblik kulturnih, jezikovnih in socialnih ovir, ki morda pogojujejo nasilje v okoljih, v katerih živijo starejši (Križman Vezočnik, Mihevc Ponikvar, Renar, 2008, str. 338).

### 3 Metodologija

v raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop. Uporabljena je bila metoda študija primera. Kot tehniko zbiranja podatkov smo uporabili polstrukturirani usmerjeni intervju. Za analiziranje gradiva smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo. Vzorec raziskave predstavlja osem intervjuvancev, od tega štiri stare osebe, deležne nasilja v domačem okolju, in štiri stare osebe, deležne nasilja v institucionalnem okolju. Intervjuje smo izvedli v mesecu decembru 2015 v pomurski statistični regiji.

Intervjuvancem smo zastavili naslednja tri raziskovalna vprašanja polstrukturiranega intervjuja:

1. Ali ste se kdaj soočili s katero koli vrsto nasilja v starosti?
2. Ali menite, da je nasilje nad starejšimi v slovenskem okolju prisotno, in kje vidite rešitve?
3. Katere oblike pomoči so deležni starejši, ki so žrtve nasilja?

### 4 Rezultati

Pri zbiranju podatkov vseh osmih vključenih starejših oseb smo uporabili polstrukturirani usmerjeni intervju. V postopku analize vsebine smo zbrano gradivo kodirali, zbrali in določili relevantne pojme ter na koncu tudi kategorije (Mesec, 1998). Rezultate kvalitativne vsebinske analize smo povezali s kodami in oblikovali ustrezne kategorije, ki jih predstavljamo v nadaljevanju.

1. kategorija: Individualni vidik – starostnik:

- zdravje in počutje: »... od nasilja doma sem kar zbolel ...«; »... veste, ampak res sem se grozno počutil ...«; »... moral sem k zdravniku po pomoč, saj je bilo moje zdravje porušeno ...«;
- kakovost življenja v starosti: »... ko je medicinska sestra nehala kričati, sem se končno pomiril ...«; »... moj mož je bil nasilen in po njegovi smrti sem končno začela boljše živeti ...«; »... težko je biti star, še posebej, če te ves čas nekdo maltretira ...«; »... šele ko je posredovala policija in so sina vinjenega odpeljali, sva se z ženo pomirila ...«; »... odkar so se sosedje odselili in me nehali jeziti, je moje življenje postalo veselo in srečno ...«;
- izobraževanje: »... ja, le kje bi se lahko naučila, kako se zavarovati pred nasiljem ... tega pri nas ni ...«; »... sem gledal oddajo na televiziji in šele takrat sem spoznal, da so bili moji starši nasilni ...«; »... v domu za starejše občane je enkrat predavala neka strokovnjakinja ...«;
- samopomoč: »... le kako naj si pomagam, če mi tega nihče na pove ...«; »... v našem domu imamo skupino za samopomoč in jaz redno hodim tja ... joj, to pa je res nekaj za samopodobo človeka ...«; »... potrebujem pomoč in svetovanje, kako izboljšati svoje samospoštovanje po vseh teh letih nasilja ...«.

2. kategorija: Psihosocialna in socialnogerontološka pomoč:

- opolnomočenje : »... socialna delavka me je pomirila in čutila sem olajšanje ...«; »... v naši skupini za samopomoč nas strokovnjakinja razume in nam pomaga ...«; »... potrebujem redno pomoč psihiatra ...«; »... ko pride hčerka domov na obisk, me objame, skupaj zajočeva ... to mi toliko pomeni in pomaga ...«;
- svetovanje: »... oh, le koga naj prosim za nasvet ...«; »... ko sem v stiski, grem na pogovor k naši socialni delavki v domu ...«; »... gospod župnik me obišče in svetuje, kako naj uredim odnose s sinom in njegovo ženo ...«;
- informiranje: »... saj o nasilju govorimo šele v zadnjem času ...«; »... več informacij bi potreboval ...«; »... mene so poklicali s telefona Samarijan ...«; »... ničesar nisem vedel o nasilju, še danes vem malo ...«.

### 3. kategorija: Odziv družbe:

- varnost in zaščita: »... koga naj pokličem, da me zaščiti, ko sin ponori ...«; »... tukaj, v domu, se počutim varnega ...«; »... veste, v starosti sta varnost in mir najpomembnejša zame ...«;
- etika in morala: »... le sram naj jih bo, kako nesramni so bili do mene ...«; »... zadnjič smo v skupini za samopomoč govorili o etiki ...«;
- družbena sprejetost: »... šele tukaj, v domu, se počutim sprejeto ...«; »... kljub temu da je bil moj mož grobijan, me kolegice niso izločile iz družbe, ko sem jokala ...«; »... srečna sem, ko pridejo sorodniki na obisk ...«;
- stereotipi: »... ko me je mož pretepel in sem bila vsa modra, sem imela občutek, da me vsi gledajo in se mi smejiijo ...«; »... res ne vem, koga bolj čudno gledajo, povzročitelja nasilja ali žrtev ...«; »... a res lahko vse palice zlomijo na hrbtih nas, starih ...«; »... stari smo res namenjeni poteptanju in za na pokopališče ...«.

**Tabela 1: Identificirane kode in kategorije**

Kategorije	Kode	Število kod
Individualni vidik – starostnik	- zdravje in počutje	3
	- kakovost življenja v starosti	5
	- izobraževanje	3
	- samopomoč	3
Psihosocialna in socialnogerontološka pomoč	- opolnomočenje	4
	- svetovanje	3
	- informiranje	4
Odziv družbe	- varnost in zaščita	3
	- etika in morala	2
	- družbena sprejetost	3
	- stereotipi	3

Vir: Lastna raziskava, 2016.

**Slika 1: Konceptualni model vplivnih dejavnikov za preprečevanje nasilja v domačem in institucionalnem okolju**



Vir: Lastna raziskava, 2016.

Pri oblikovanju konceptualnega modela vplivnih dejavnikov preprečevanja nasilja nad starimi smo identificirali tri temeljne gradnike, ki so: individualni vidik starostnika, ki pomeni mikronivo posameznikovega družbenega in bivanjskega okolja, psihosocialna in socialnogerontološka pomoč, ki sta obliki podpore strokovnih institucionalnih oblik preprečevanja nasilja, ter tretji gradnik kot odziv družbe, ko gre za obravnavo problematike v makro družbenem okolju. Ugotavljamo, da je strokovno kompetentno in celostno soočenje s problematiko nasilja nad starimi preseglo zgolj stanje identifikacije razmer, poleg tega zahteva globalni in koherentni tako strokovni kot tudi znanstveno poglobljen pristop obravnave problematike.

Čas je za družbeni premik od zgolj identifikacije na individualni ravni k intenziviranju družbene javnosti skupaj s podporo strokovnjakov, da se nasilje nad starimi definira kot deviantnost, ki mu v slovenski družbi in tudi širše ni prostora.

## 5 Razprava

slovenska družba je na področju identifikacije nasilja nad starejšimi in odzivanja nanj še vedno preveč toga. Nasilje je v našem družbenem in kulturnem okolju še vedno tabuizirano, zato se mu pogosteje posvetimo zgolj na teoretično diskutabilni ravni, manj pa na izvedbeno praktičnem nivoju. Slovenija je v retrospektivnem pogledu stopila skozi različne družbene sisteme, ki so različno obravnavali nasilje nad starejšimi in različno ukrepali v tovrstnih primerih. Vsekakor resnih angažmajev politične in strokovne javnosti ni bilo zaznati.

Na prehodu slovenske družbe v postmoderno družbo v zadnjih dveh desetletjih so se okrepile težnje po demokratizaciji družbe, ki je postala še posebej senzibilna in pozorna na spoštovanje temeljnih človekovih pravic – tudi starih – in v času globalizacijske dostopnosti in primerljivosti s tujimi primeri dobrih praks posebno pozornost namenila obravnavi ranljivih, marginaliziranih in diskriminiranih družbenih skupin. To so med drugim skupine starih, bolnih, invalidnih, nemočnih, zasvojenih, migrantov, azilantov ... Gre za skupine, ki so potrebne socialnogerontološke in -varstvene podpore in pomoči.

Ugotavljamo pozitivne premike na področju preprečevanja nasilja nad starimi, vendar je ta pot skoraj pot s »polževo« hitrostjo.

Odzivanje na nasilje nad starimi zahteva holistični pristop strokovnjakov z različnih področij, kajti le multidisciplinarni timski pristop in v uporabnikove pravice usmerjena storitev ter obravnava bodo opolnomočili tako žrtve kot tudi povzročitelje nasilja v smislu iskanja optimalnih rešitev na vseh ravneh družbenega življenja.

Čas je za spremembe. Čas je za odziv na problematiko nasilja nad starimi. Čas je za družbo z ničelno toleranco do nasilja. Čas je za humano družbo. Čas je za okrepitev socialnogerontološkega modela skrbi in pomoči starejšim.

Problematika nasilja nad starimi zahteva več politične, družbene in strokovne pozornosti ter odločen premik od zgolj teoretiziranja h konkretnim strateškim rešitvam v neposrednem okolju. Čas je za nove družbene in socialne inovacije, ki bodo generirale okolje in družbo brez nasilja.

## Literatura

- Aronovitz, LG. (2002). *Nursing Homes: Many Shortcomings Exist in Efforts to Protect Residents from Abuse*. Washington: United States General Accounting Office; 5.
- Grebenc, V. (2007). *Tveganja, povezana s starostjo, in nasilje – nekaj misli in poudarkov v zamolčane zgodbe. Odnos do starejših v slovenski javnosti*. Ljubljana: Zveza društev upokojencev Slovenije. Slovenska filantropija. Društvo za promocijo prostovoljstva; 25–36.
- Griffore, RJ., Barboza, GE., Mastin, T., Oehmke, J., Schiamburg, LB., Post, LA. (2009). Family members' reports of abuse in Michigan nursing homes. *J Elder Abuse Negl*; 21(2): 105–14. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1080/08946560902779910> (10. 1. 2016).
- Habjanič, A., Lahe, D. (2012). Nasilje nad starejšimi slabega zdravja v domačem okolju in domovih starejših občanov. *Obzornik zdravstvene nege*. 46(1): 37–45.
- Hertzberg, A., Ekman, SL. (1996). How the relatives of elderly patients in institutional care perceive the staff. *Scand J Caring Sci*; 10(4): 205–211.
- Križman Vežočanik, T., Mihevc Ponikvar, B., Renar, I. (2008). Izobraževanje za preprečevanje nasilja nad starejšimi. *Socialno delo*; 47(3/6): 337–340.
- Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- McCarthy, M. (2002). Report Finds Abuse in US Nursing Homes Goes Unreported and Unpunished. *Lancet*; 359 (9309): 860. Dostopno na: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07984-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07984-9) (10. 1. 2016).
- Oh, J., Kim, HS., Martins, D., Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *Int. J Nurs Stud*; 43(2): 203–14. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.005>. (10. 1. 2016).
- Ovsenik, M., Lipič, N. (2013). Nasilje nad ženskami v zrelih letih. V: *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec; 293–302.
- Voelker, R. (2002). Elder Abuse and Neglect a New Research Topic. *JAMA*; 288(18): 2254–6. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.18.2254> (10. 1. 2016).
- Železnik, N. (2012). *Adijo, grem domov ... temne sence demence*. Ljubljana: Forma 7.
- Žiberna, A. (2007). *Uvodna misel v zamolčane zgodbe. Odnos do starejših v slovenski javnosti*. Ljubljana: Zveza društev upokojencev Slovenije. Slovenska filantropija. Društvo za promocijo prostovoljstva; 8–11.



---

Marko Korenjak, dipl. ekon., trener NLP, coach NLP

Ksenija Korenjak, mag. posl. in ekon. ved, univ. dipl. prav., mediatorica

Inštitut za management in svetovanje Maribor

## **STRES IN PROMOCIJA ZDRAVJA NA DELOVNEM MESTU** **STRESS AND HEALTH PROMOTION IN THE WORKPLACE**

### **Povzetek**

*Uvod: Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje boj proti stresu na delovnem mestu kot del strategije promocije zdravja na delovnem mestu. Promocija zdravja na delovnem mestu mora biti premišljena, dobro načrtovana in izpeljana s pomočjo zaposlenih. V 48 slovenskih občinah smo izvedli raziskavo, s katero smo želeli spoznati delovanje občine kot delodajalca na področju izvajanja strategije promocije zdravja na delovnem mestu ter pogled s strani zaposlenih na izvajanje aktivnosti.*

*Metodologija: Raziskava je makroekonomska, izvedena s pomočjo analize in interpretacije primarnih virov ter metode sinteze. Uporabljena sta bila vprašalnika na ravni delodajalca in zaposlenih v slovenskih občinah.*

*Rezultati: Na področju spopadanja s stresom je 71 % sodelujočih v raziskavi zagotovilo, da ima občina povečan nadzor zaposlenega nad njegovim delom. Zgolj 6 % sodelujočih občin je v raziskavi navedlo, da ima občina oblikovan akcijski načrt za obvladovanje stresa na delovnem mestu. 29 % občin, ki so sodelovale v raziskavi, je navedlo, da še obstaja prostor za izvajanje aktivnosti na tem področju, saj imajo na voljo tako finančna kot tudi materialna sredstva. Med zaposlenimi je 41,81 % sodelujočih navedlo, da je njihovo delo psihično naporno.*

*Razprava: Izvedena raziskava je pokazala, da primanjkuje strateško premišljenih rešitev za spopadanje s stresom na delovnem mestu, čeprav smo na ravni zaposlenih lahko ugotovili, da je njihovo delo psihično zelo naporno, obstajajo medsebojni spori na delovnem mestu in tudi slabe komunikacijske strategije z nadrejenimi.*

*Ključne besede: stres, promocija zdravja, občine, Slovenija.*

## Abstract

*Introduction: The World Health Organization defines combat stress in the workplace as part of strategies of health promotion in the workplace. Health promotion in the workplace must be thought out, well planned and carried out with the help of employees. We conducted a survey in 48 Slovenian municipalities in which we wanted to learn the operations of the municipalities as an employer in implementing strategies in health promotion in the workplace and also the view of employees in the implementation of activities.*

*Methodology: The study was macroeconomic carried out through the analysis and interpretation of primary sources and methods of synthesis. We used a questionnaire at the level of the employer and employees in Slovenian municipalities.*

*Results: In the area of dealing with stress 71% of the respondents in the survey ensured that the municipality has increased employee control over his work. Only 6% of the participating municipalities in the survey stated that the municipality has drawn up an action plan to deal with stress in the workplace. 29% of the municipalities that participated in the survey indicated that there is still space for the implementation of activities in this area, as they have available financial and material resources. Among the employees 41.81% stated that their work is mentally strenuous.*

*Discussion: Carried survey showed that we lack strategic and creative solutions to deal with stress in the workplace in Slovenian municipalities, even though that the employees stated that their work is mentally very tiring, there exist mutual disputes in the workplace, as well as poor communication strategy with superiors.*

*Key words: stress, health promotion, municipalities, Slovenia.*

## 1 Uvod

Naša percepcija zdravja se je ob družbenih in gospodarskih vplivih močno spremenila, zajema telesno in duševno zdravje ter se povezuje s kakovostjo življenja. Zdravje ni več samo stanje, je proces, ki ga v delovnem okolju soustvarjajo delodajalec, delavec in okolje. Spremembam v zaznavanju zdravja in aktivnosti v korist zdravja je botrovala Ottawska listina (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986), pred njo pa je vloga primarnega zdravstvenega varstva izhajala iz deklaracije WHO, sprejete na skupščini v Alma-Ati leta 1978 (Declaration of Alma Alta, 1978). Deklaracija izpostavlja zdravje kot temeljno človekovo pravico in zagotavljanje visoke ravni zdravja kot pomemben javni cilj. Za njegovo uresničitev pa je potrebno sodelovanje različnih družbenih in ekonomskih deležnikov. Bangkoška listina je nadgradila vrednote, načela, strategije in akcije promocije zdravja, uvedene z Ottawsko listino, z namenom izboljšanja zdravja in zdravstvene enakosti v času globalizacije ter splošnega družbenega in ekonomskega razvoja.

Promocija zdravja na delovnem mestu je celovit pristop k doseganju zdravja in pomeni ljudi poučiti ter jim omogočiti, da se bodo zavestno in kontinuirano odločali v prid svojega zdravja (Hoyer, 2005).

Obsega kombinacijo aktivnosti zaposlenih, delodajalcev in celotne družbe z namenom izboljšanja zdravja in počutja zaposlenih na delovnem mestu. Njene cilje je mogoče doseči s kombinacijo izboljševanja organizacije dela in delovnega okolja, spodbujanjem aktivnega sodelovanja in osebnostnega razvoja (Luksemburška deklaracija, 2007).

Stres je v sodobni družbi zelo pogost pojav, ki se mu ne moremo izogniti, saj se z njim prilagajamo na okolje in spremembe v njem. Stres ljudi spodbuja in motivira, manjše stresne dogodke dojemamo kot nekaj vsakdanjega. Tako je tudi stres na delovnem mestu nemogoče povsem odstraniti ali ga preprečiti. Vendar pa nenehen stres lahko postane škodljiv za zdravje zaposlenih, saj smo, ko smo pod stresom, bolj dovzetni za bolezni in potrebujemo tudi dalj časa, da bolezni prebolimo. Stres povzročajo neskladnost med nami in našim delom, naspro-

tujoče zahteve med našimi vlogami na delovnem mestu in zunaj njega ter neustrezna stopnja nadzora nad delom in življenjem. Upravljanje s stresom danes postaja pomembna naloga skrbi za zdravje posameznika in za uspešnost podjetja ali organizacije, v kateri ta deluje.

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje boj proti stresu na delovnem mestu kot del strategije promocije zdravja na delovnem mestu. Promocija zdravja na delovnem mestu mora biti premišljena, dobro načrtovana in izvedena s pomočjo zaposlenih. Pri promociji zdravja na delovnem mestu gre za aktivno podporo delodajalcev pri izboljšanju splošnega zdravja in dobrega počutja zaposlenih, kar je skupni interes delodajalcev in zaposlenih. Pri tem procesu je bistvenega pomena, da so vsi zaposleni pod enakimi pogoji vključeni v ta proces in da se upoštevajo njihove potrebe in stališča glede izboljšav organizacije dela in delovnega okolja. Promocija zdravja se tako usmerja na več ravni, in sicer na posameznika, zaposlenega, na organizacijo in okolje, v katerem deluje, ter na interakcijo med njimi.

Zdravje ni vse, vendar je brez zdravja vse drugo nič, je o neprecenljivi vrednosti zdravja dejal nemški filozof Schopenhauer (1788–1860).

Zaposleni so pomemben člen delovanja vsake organizacije ter pomembno prispevajo k njeni učinkovitosti in uspešnosti. Pomembnosti koncepta promocije zdravja na delovnem mestu se zaveda vse več organizacij tako v javnem kot zasebnem sektorju, saj sta prihodnja gospodarska uspešnost na globalnem trgu in konkurenčna prednost odvisni od motiviranih in zdravih zaposlenih. Fizično in psihično zdravi zaposleni so največji kapital podjetja ali organizacije. Le takšni so lahko zadovoljni, motivirani in bolj produktivni, s čimer lahko ustvarjajo boljše rezultate, kar je za uspešno delovanje podjetij in organizacij ključnega pomena.

## 2 Metodologija

Raziskava je makroekonomska, obravnava skrb za zdravje zaposlenih v slovenskih občinah, ožje področje raziskave je spopadanje s stresom. V članku je uporabljen deskriptivni pristop, in sicer analiza in interpretacija primarnih virov, analiza in interpretacija sekundarnih virov, opisna metoda, komparativna metoda in metoda sinteze. Temelj raziskovanja na empiričnem področju sta vprašalnika, ki smo ju oblikovali glede na metodologijo promocije zdravja na delovnem mestu (s poudarkom stresa na delovnem mestu) in spadata pod interno gradivo javnega zavoda, ki se ukvarja s proučevanjem promocije zdravja na delovnem mestu in nam je dovolil uporabo pripravljenih vprašalnikov. Vprašalnika sta bila prilagojena raziskovanju v javnem sektorju oziroma v občinah.

## 3 Rezultati

Vprašalnik za delodajalce je bil poslan vsem 211 občinam, vprašalnik za zaposlene pa preko 4000 zaposlenim na slovenskih občinah. Na vprašalnik se je odzvalo 48 občin, kar predstavlja 22,75 %, na vprašalnik za zaposlene pa se je odzvalo 519 zaposlenih, kar predstavlja 12,95 odstotni odziv (pri 4000 zaposlenih na slovenskih občinah). Nekateri zaposleni so poslali izpolnjen vprašalnik tudi iz občin, kjer občina kot delodajalec ni izpolnila vprašalnika.

Na področju spopadanja s stresom so le 3 občine (6 % vzorca) navedle, da v občini obstaja akcijski načrt za obvladovanje stresa, čeprav je 14 občin (29 % vzorca) navedlo, da v občini obstajajo tako finančni kot tudi materialni viri za razvijanje dejavnosti/ukrepov za obvladovanje stresa. V 9 občinah (19 % vzorca) so navedli, da zaposleni sodelujejo pri razvijanju dejavnosti/ukrepov za obvladovanje stresa. Ukrepe za prilagajanje delovnih obremenitev, kot so npr. roki, hitrost dela, količina dela ..., izvajajo v 17 občinah (35 % vzorca). V 34 občinah (29 % vzorca) že izvajajo ukrepe za povečanje nadzora zaposlenih nad lastnim delom, kot so npr. gibljiv delovni čas, gibljivi odmori ... V 9 občinah (19 % vzorca) organizacija nudi zaupno svetovanje ali pomoč zaposlenim, ki trpijo zaradi stresa. Organizacija posreduje informacije o stresu zaposlenim v 19 občinah (40 % vzorca).

Vprašalnik za zaposlene je izpolnilo 519 zaposlenih na slovenskih občinah, od tega je bilo 108 moških (21 % vzorca) in 411 žensk (79 % vzorca). Največ zaposlenih, ki so izpolnili vprašalnik, je bilo starih med 36 in 40 let, kar 117 (22,54 % vzorca), na drugem mestu so bili zaposleni stari med 41 in 45 let, kar 92 (17,73 % vzorca), na tretjem mestu po starosti so bili zaposleni, stari med 51 in 55 let, ki jih je bilo 83 (15,99 % vzorca). Pri podatkih o delovnem mestu jih je bilo največ, ki so izpolnili vprašalnik, zaposlenih na uradniškem delovnem mestu, teh je bilo 311 (59,92 % vzorca), na strokovno-tehničnem delovnem mestu jih je bilo 173 (33,33 % vzorca) in samo 35 (6,74 %), ki zasedajo vodstvena delovna mesta. Po izobrazbeni strukturi je bilo največ zaposlenih z univerzitetno izobrazbo, kar 218 (17,26 % vzorca), s končano višjo ali visoko šolo jih je bilo 215 (17,02 %).

Pri delu vprašalnika, ki se je nanašal na zaposlene in stres, se je prvo vprašanje osredotočalo na občutenje stresa na delovnem mestu ali doma. Kar 185 zaposlenih (35,65 % vzorca) občuti stres do neke mere, ko pa seštejemo odgovore prvega in drugega ranga, dobimo zaskrbljujoč podatek, da kar 248 zaposlenih (47,78 % vzorca) zelo ali precej občuti stres doma in na delovnem mestu (tabela 1).

Tabela 1: Ali ste doma in/ali na delovnem mestu v zadnjem času občutili stres?

Občutenje stresa	<i>f</i>	<i>f</i> %	Rang
zelo	80	15.41	3
precej	168	32.37	2
do neke mere	185	35.65	1
malo	68	13.10	4
sploh ne	18	3.47	5
SKUPAJ		100,00	

VIR: Anketni vprašalnik, 2016.

Prav tako na doživljanje stresa na delovnem mestu pomembno vpliva tudi zadovoljstvo z delom. Kar 345 zaposlenih (66,47 % vzorca) je s svojim delom zadovoljnih, moteče je dejstvo, da je 22 zaposlenih (4,24 % vzorca) navedlo, da so z delom nezadovoljni, in 6 zaposlenih (1,16 % vzorca) je odgovorilo, da so z delom zelo nezadovoljni (tabela 2).

Tabela 2: S svojim zdajšnjim delom sem zadovoljen.

Zadovoljstvo z delom	<i>f</i>	<i>f</i> %	Rang
zelo zadovoljen	49	9.44	3
zadovoljen	345	66.47	1
niti zadovoljen niti nezadovoljen	97	18.69	2
nezadovoljen	22	4.24	4
zelo nezadovoljen	6	1.16	5
SKUPAJ		100,00	

VIR: Anketni vprašalnik, 2016.

Medsebojno razumevanje zaposlenih na občinah je malo boljše od povprečnega, saj je 229 zaposlenih (44,21 % vzorca) odgovorilo, da se na delovnem mestu razumejo dobro. Na drugem mestu so zaposleni, ki so odgovorili, da je razumevanje na delovnem mestu povprečno, torej ne dobro, ne slabo, takšnih je bilo 116 (22,35 % vzorca). Zaskrbljujoče je, da se 18 osebam (3,47 % vzorca), ki so izpolnile vprašalnik, zdi medsebojno razumevanje zaposlenih na delovnem mestu slabo in s pogosto napetimi odnosi. Spori med različnimi skupinami zaposlenih na občini so prisotni včasih, kar je označilo 277 zaposlenih (53 % vzorca), na drugem mestu je 161 zaposlenih (31 % vzorca), ki so označili, da nimajo sporov med različnimi skupinami zaposlenih na občini, kar 81 zaposlenih (16 % vzorca) pa je označilo, da obstajajo spori med različnimi skupinami zaposlenih na občini. Pri vprašanju »Ali nadrejeni rešujejo vprašanja in težave na delovnem mestu skupaj z zaposlenimi ali ti ostajajo nerešeni?« je 308 zaposlenih (59,34 % vzorca) odgovorilo, da včasih ostajajo vprašanja in težave nerešene, takoj na drugem mestu je 121 zaposlenih (23,31 % vzorca), ki so označili, da vprašanja in težave ne ostajajo nerešene, na tretjem mestu pa je 82 zaposlenih (15,80 % vzorca), ki so odgovorili, da se to pogosto dogaja. Prav tako je zaskrbljujoče, da je 8 zaposlenih (1,54 % vzorca) odgovorilo, da se to nenehno dogaja. Pri 323 zaposlenih (62,24 % vzorca) na občinah se na delovnem mestu ne pojavljajo ustrahovanja in nadlegovanja, takoj na drugem mestu je 159 zaposlenih (30,64 % vzorca), ki so odgovorili, da se ustrahovanja in nadlegovanja pojavljajo včasih, in na tretjem mestu je 33 zaposlenih (6,36 % vzorca), ki so odgovorili, da se to dogaja pogosto. Pri tem vprašanju je zaskrbljujoče, da so 4 zaposleni (0,77 % vzorca) odgovorili, da se ustrahovanja in nadlegovanja na delovnem mestu pojavljajo nenehno. Zaposleni na občinah so včasih izpostavljeni tudi nasilju s strani javnosti. 188 zaposlenih (36,22 % vzorca) je odgovorilo, da se to dogaja včasih, 154 zaposlenih (29,67 % vzorca) je odgovorilo, da se to dogaja pogosteje kot samo včasih, in na tretjem mestu je 114 zaposlenih (21,97 % vzorca), ki so odgovorili, da se to sploh ne dogaja. Zaskrbljujoče je, da je kar 15 zaposlenih (2,89 % vzorca) odgovorilo, da se nasilje s strani javnosti v obliki ustnih žaljivk, groženj in fizičnih napadov dogaja nenehno. Podpore pri delu s strani drugih zaposlenih ima kar 265 zaposlenih (51,06 % vzorca), na drugem mestu je 161 zaposlenih (31,02 % vzorca), ki imajo večinoma takšno podporo, in na tretjem 84 zaposlenih (16,18 % vzorca), ki imajo takšno podporo včasih. Le 9 zaposlenih (1,73 % vzorca) je odgovorilo, da nimajo podpore pri delu s strani drugih zaposlenih. Psihična in fizična obremenitev na delovnem mestu je bila izmerjena s petstopenjsko lestvico in kar 217 zaposlenih (41,81 % vzorca) je odgovorilo, da je njihovo delo psihično naporno. Na drugem mestu je 178 zaposlenih (34,40 % vzorca) odgovorilo, da je delo precej psihično naporno, in samo 9 zaposlenih (1,73 % vzorca) je odgovorilo, da delo ni psihično naporno (tabela 13). Pri fizično napornem delu je stanje popolnoma obratna, saj je kar 270 zaposlenih (52,02 % vzorca) odgovorilo, da njihovo delo sploh ni fizično naporno. Na drugem mestu glede na fizično naporno delo je bilo 213 zaposlenih (41,04 % vzorca), ki so odgovorili, je delo manj fizično naporno. Nihče od zaposlenih pa ni označil, da bi bilo delo fizično zelo naporno.

## 4 Zaključek

Izvedena raziskava je pokazala, da v slovenskih občinah obstajajo potrebni viri za oblikovanje in izvajanje strateških rešitev na področju promocije zdravja na delovnem mestu, ki se nanaša na spopadanje s stresom, vendar se te aktivnosti še vedno ne izvajajo. Način dela na občinah na vseh ravneh je povezan z velikim psihičnim naporom, medsebojnimi spori in slabo komunikacijo z nadrejenimi. Vsekakor predlagamo, da se tako finančna kot tudi materialna sredstva, ki so na voljo v občinah za promocijo zdravja na delovnem mestu, ki se nanaša na stres na delovnem mestu, smotrno porabijo za oblikovanje strateških rešitev na področju spopadanja s stresom. Oblikovanje dokumenta, ki bo podlaga za delovanje na omenjenem področju, mora biti usklajeno oziroma oblikovano skupaj z zaposlenimi, saj bodo samo tako predlagane rešitve zaposleni resnično lahko implementirali v svoje delo in tako povečali kakovost dela z vidika promocije zdravja na delovnem mestu, ki se nanaša na področje stresa na delovnem mestu. Vsekakor bi bilo smiselno izvesti za vsako občino poglobljeno raziskavo vseh virov, ki so v posamezni občini na voljo, vseh dokumentov, ki jih občina že ima, ter vseh aktivnosti, ki se v občini že izvajajo. Naslednji korak mora biti oblikovanje strateškega načrta spopadanja s stresom na delovnem mestu.

### Viri in literatura

- Hoyer, S. (2005). Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). Dostopno na: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/1/4/405.2.abstract> (28. 2. 2016).
- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata: report of the international conference on primary health care. Alma-Ata, USSR.

# MOBING KOT ENA OD NAJPOMEMBNEJŠIH OBLIK PSIHIČNEGA NASILJA NAD DELAVCEM NA DELOVNEM MESTU

## MOBBING AS ONE OF THE MOST IMPORTANT FORMS OF EMOTIONAL VIOLENCE AGAINST WORKERS IN THE WORKPLACE

### Povzetek

Mobing pomeni načrtno psihično nasilje, trpinčenje in šikaniranje, ki žrtev privede do socialne izolacije. Proces mobinga poteka v štirih fazah. Začne se s sporom in nadaljuje z uveljavitvijo mobinga v obliki rednih napadov. Sledijo destruktivni ukrepi kadrovske službe in delodajalca, vse skupaj pa se lahko konča z izključitvijo iz delovnega življenja. Vzroki so zelo različni. Največkrat se kot vzrok omenja slaba organizacija dela, slabo vodenje ljudi in nejasne pristojnosti. Ker je to za žrtev zelo travmatična izkušnja, ji lahko povzroči hude mentalne in psihosomatske posledice, ki jih občuti tudi njena družina. Mobing povzroča tudi stroške za podjetje zaradi fluktuacije in manjše učinkovitosti. Ker gre za tako resen problem, je preventiva izrednega pomena. Treba je vzpostaviti javno zavest o škodljivih posledicah mobinga in razviti družbeno občutljivost za ta problem.

*Ključne besede: mobing, psihično nasilje, delovno mesto, spor, psihične posledice.*

### Abstract

Mobbing can be defined as intentional emotional abuse, bullying and intimidation, which drives the victim into social isolation. The process of mobbing develops through four phases. It starts with a conflict that escalates into constant attacks on the victim. Followed by erroneous actions of Personnel Department and the employer, this situation could end with expulsion of the victim from his working life. The factors which contribute to mobbing are of various nature. The most common factors noted by many authors are work organisation, poor management skills and unclear responsibilities. For a victim mobbing is a very traumatic experience, which can lead to serious mental damage and psychosomatic disorders that are felt also by victim's family. Mobbing increases the costs of the company due to high fluctuation and lower productivity.

*Key words: mobbing, emotional violence, workplace, conflict, mental damage.*

## 1 Psihično nasilje na delovnem mestu

S psihičnim nasiljem na delovnem mestu (v nadaljevanju mobing) se srečujemo povsod: že v vrtcu, šolah, na delovnem mestu in celo v družini. Medtem ko se v svetu vedno bolj zavedajo posledic mobinga, se pri nas o njem pogovarjamo le bolj za zaprtimi vrati. Posebej pereč problem je mobing v šolah, zato različne institucije ustanavljajo svetovalne službe za pomoč mladim, ki so v šolah žrtve mobinga.

Mobing je vedno bolj prisoten v našem vsakdanjem življenju, saj konzumni način življenja, globalizacija in vse večja konkurenčnost ustvarjajo pogoje zanj. Z osveščenostjo zaposlenih postaja v delovnem okolju vse bolj prepoznaven. Nekateri avtorji so se opredelili za izraz šikaniranje, ker menijo, da je bolj slovenski. A je tudi to tujka, prevzeta iz nemškega jezika in je francoskega izvora. Tudi izraz psihični teror ali psihično trpinčenje ne opisuje pojava, ki ga je prof. Leymann opredelil kot mobing v 45 točkah in ga zelo natančno definiral, saj mora trajati najmanj 6 mesecev in se mora dogajati vsaj dvakrat tedensko. Zato je izraz težko nadomestiti s primernim slovenskim. V Evropi se je udomačil izraz mobbing oziroma mobing, medtem ko je v Ameriki bolj poznan izraz bullying. Beseda »trpinčenje«, za katero se je navdušila skupina neznanih strokovnjakov, pa nikakor ne zajema pojava, ki je definiran kot mobing.

Mobing je motena komunikacija na delovnem mestu, ki je izrazito obremenjena s spori med sodelavci ali med podrejenimi in nadrejenimi, pri tem pa je napadena oseba v podrejenem položaju in izpostavljena sistematičnim in dlje časa trajajočim napadom ene ali več oseb z namenom, da je napadena oseba izrinjena iz delovne sredine. Beseda mobbing izhaja iz glagola to mob, ki v slovenskem prevodu pomeni planiti na, napasti, lotiti se koga, pa tudi sodrga, drhal. Izraz je skoval etnolog Konrad Lorenz, ki je pri opazovanju živali prišel do zanimivih izsledkov, na kakšne načine skupina živali prežene ali izloči vsiljivca ali konkurenta in kako pri tem posamezne živali sodelujejo.

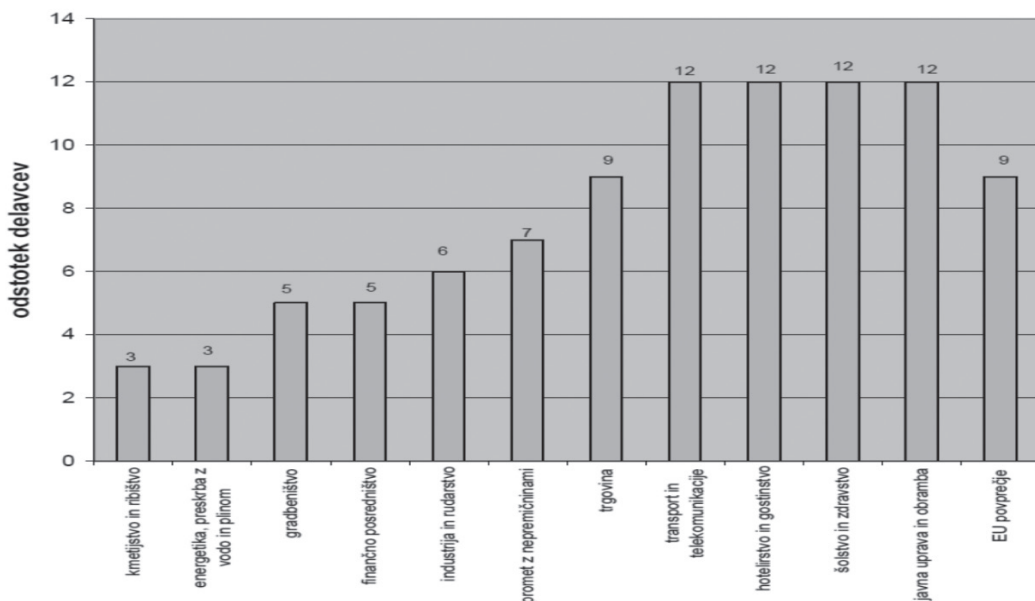
Mobing je mogoč predvsem zato, ker ga omogoča tudi okolje – sodelavci namreč ne želijo posegati v dogajanje in ostajajo zgolj pasivni gledalci, največkrat zaradi pomanjkanja civilnega poguma in seveda strahu pred posledicami, da ne bi sami postali žrtve mobinga. Zatiskanje oči pred mobingom je izredno škodljiv pojav, saj povzroča delodajalcu veliko materialno škodo. Delavci niso motivirani za delo, s strahom in odporom prihajajo na delo, med njimi vlada nezaupanje, zato so njihovi delovni stiki omejeni na pisanje dopisov, s katerimi se zavarujejo, kar povzroča veliko nepotrebno izgubo delovnega časa.

Pri mobingu gre torej za premišljeno, žaljivo in neprijazno ter ponavljajoče se ravnanje, posledica tega pa je zmanjšanje storilnosti, bolniška odsotnost, invalidnost in podobno, v končni konsekvenci pa celo samomor. To so posledice za delodajalca, težje pa so posledice pri žrtvah mobinga, ki se kažejo v obliki fizičnih, psihičnih in psihosomatskih obolenj. Nasilje na delovnem mestu je pogosto povezano z ravnanjem in odnosom vodilnih do podrejenih, z organizacijo procesov, sistemizacijo, s preveč tesnimi odnosi med zaposlenimi, lahko pa tudi drugačnostjo.

Mobing se pojavlja tudi znotraj družinskih krogov, poznan je že, odkar obstaja človeštvo. Toda doma se to ne imenuje mobing temveč običajno postane neki družinski član izobčenec – tako imenovana »črna ovca«. Tudi v zasebnem življenju se srečujemo z zlorabami, žalitvami, fizičnim nasiljem in mobingom.



**Graf 1: Odstotek delavcev, ki so podvrženi mobingu, glede na dejavnost**



Mobing na delovnem mestu je pogosto povezan z zlorabo moči, pri čemer se žrtve zelo težko branijo. Posebej se je težko braniti pred prefinjenimi oblikami mobinga, kot sta degradacija dela in socialna izključenost. Žrtev mobinga je lahko vsakdo v takšni ali drugačni obliki.

## 2 Vzroki za mobing

Pogosto spore, ki se pozneje razvijejo v mobing, sprožijo slabosti v organizaciji delovnega procesa. Konstantna časovna stiska, premalo zaposlenih v oddelku, zunanji pritiski, nejasna ali nasprotujoča si navodila povzročajo stres in spore, ki se lahko razvijejo v mobing. Mobing je največkrat izraz nesposobnosti vodilnega uslužbenca, ki se boji sporov, saj jih ni sposoben razreševati. Za vse, ki delajo pod takimi pogoji, je spor ventil za frustracije, ki jih čutijo zaradi preobremenjenosti. Posebej verjetno je, da bodo žrtve mobinga postali tisti zaposleni, ki svojega dela ne opravijo dovolj dobro ali pa ga opravljajo preveč. Najpogostejši vzroki za nastanek mobinga:

- nezasedena delovna mesta,
- časovna stiska,
- toga hierarhija z nezadostnimi možnostmi komunikacije (enosmerna komunikacija),
- visoka odgovornost, a nizka možnost odločanja,
- podcenjevanje sposobnosti zaposlenih,
- podcenjevanje dela zaposlenih.

Nadrejeni naj bi bil sposoben opaziti, da je kdo od zaposlenih mobiran, in njegove dolžnosti naj bi obsegale tudi posredovanje. Prej ko posreduje, boljše so možnosti za zaustavitev procesa. Z jasnimi navodili, pravilnim upravljanjem s človeškimi viri ter (po potrebi) jasno ločitvijo mobiranega in moberja bi lahko tudi sam preprečil ali prekinil mobiranje. Vzroki za nastanek mobinga so nesposobnost reševanja sporov, slaba organizacija dela, slabo vodenje, osebni motivi, zmanjševanje števila zaposlenih in podobno.

Seveda se v vsaki sredini pojavi nekdo, ki mu ni mar za delovno produktivnost, temveč ga zanima zgolj plačilo (tudi za nedelo) in ustvarja negativno vzdušje v delovni sredini. Če predpostavljeni ali sodelavci takega delavca opozorijo na njegove obveznosti, bi se lahko predstavljal kot žrtev mobinga.

Kljub temu se da kaj hitro ugotoviti, ali gre za žrtev mobinga ali zgolj za lenuha. Pomembno je, da vodstvo prepozna mobing, saj ne povzroča škode zgolj posameznim delavcem, temveč predvsem podjetju.

Izvajalci mobinga se čutijo s strani žrtve ogrožene, posebej še, ko gre za zelo sposobne delavce. Storilci imajo sami sebe za vsemogočne in nezmotljive, zato so arogantni in agresivni, pri tem pa se bojijo odkritih pogovorov in soočenj, zaradi tega prikrivajo prave motive mobinga in žrtev prikazujejo kot nesposobno in nepriljubljeno, poleg tega nikoli ne analizirajo problemov, temveč vsako pripombo ali opozorilo žrtve vzamejo kot osebno žalitev, namesto da bi se s problemom spoprijeli in ga poskusili rešiti. Takšno vzdušje v delovnem okolju dokazuje, da je organizacija dela neprimerna, ter zavira uspešno in konstruktivno delo.

Tudi osebne značilnosti lahko sprožijo proces mobinga (kar pa ne pomeni, da je mobirani sam kriv za razvoj mobinga). Pozornost moberja lahko pritegnejo kulturna ali nacionalna pripadnost, spol, barva kože ali katera osebna lastnost. Ista oseba bi lahko v kateri drugi skupini ali oddelku bila popolnoma sprejeta in celo priljubljena. To postane najbolj očitno tam, kjer je neka oseba izključena zaradi dejavnikov, na katere sama nima vpliva. Tako so, na primer, na Švedskem ugotovili, da so ženske v »moških« poklicih in moški v »ženskih« poklicih pogosto med mobiranimi. Mobing pogosto prizadene socialno šibkejše, na primer matere samohranilke ali invalide.

### 3 Dinamika mobinga

Pri mobingu gre torej za premišljeno, žaljivo in neprijazno ter ponavljajoče se ravnanje, posledica tega pa je zmanjšanje storilnosti, bolniška odsotnost, invalidnost in podobno, v končni konsekvenci pa celo samomor. To so posledice za delodajalca, težje pa so posledice pri žrtvah mobinga, ki se kažejo v obliki fizičnih, psihičnih in psihosomatskih obolenj. Nasilje na delovnem mestu je pogosto povezano z ravnanjem in odnosom vodilnih do podrejenih, organizacijo procesov, sistemizacijo, preveč tesnimi odnosi med zaposlenimi, lahko pa tudi drugačnostjo. Dinamika mobinga posega v pet faz.

Na začetku procesa se odnosi v delovni sredini komaj vidno spreminjajo. Niso več pristni in prijateljsko odkriti. Zaposleni se začnejo razvrščati v skupine, začnejo se širiti govorice. Zaposleni postanejo razdražljivi, kažejo se prvi znaki agresivnosti.

Pikre pripombe in hudobno nagajanje nasproti osebi, ki je »določena« za grešnega kozla. Odnosi postanejo neuravnoteženi. Sovraštvo je uperjeno proti določeni osebi ali skupini. Osnovni spor je pozabljen. Vzpostavi se odnos storilec – žrtev. Pojavijo se opazke o značaju žrtve, ki se nenehno ponavljajo (na primer: če gospa XY ne bi delala v naši sredini, bi lahko delali veliko uspešneje, gospa XY nas s svojimi težavami nadleguje in odvrča od produktivnega dela).

Mobirane osebe se sodelavci izogibajo in ji ne izkazujejo več spoštovanja, saj se bojijo celo z njo družiti, da ne bi postali tudi sami žrtve. Zaradi tega mobirana oseba vse bolj izgublja zupanje vase in začne delati napake, na kar povzročitelji mobinga samo čakajo. Napake, ki so nastale kot posledica nenehnega mobinga, pa opravičujejo ukrepe proti mobirani osebi, saj se zaradi tega, ker se skupina zaposlenih ukvarja z mobingom in ostali, ki ga zgolj opazujejo, zmanjšuje delovna produktivnost. Situacija, v kateri je žrtev, in socialna izolacija poslabšata stanje žrtve, kar običajno vodi vse do težkih obolenj.

Večina zdravnikov in psihologov nima dovolj znanja s področja delovne medicine oz. problemov, ki se pojavljajo v delovni sredini in povzročajo različna obolenja. Na vsak način pa ima večina zdravstvenih strokovnih delavcev premalo znanja o teh težavah. Zato pogosto tudi ne razumejo, da lahko nekdo zboli zaradi nevzdržnih odnosov na delovnem mestu. Največkrat se ne ukvarjajo s težavami mobiranih oseb, temveč jih odpravijo s pojasnilom, da gre za travme iz otroštva, pri ženskah pa celo velikokrat omenjajo težave menopavze. Žrtve torej ugotovijo, da tudi s te strani ne morejo pričakovati pomoči.

Na koncu procesa mobinga je v vsakem primeru izločitev iz delovne sredine, bodisi zaradi dolgotrajne bolniške odsotnosti, invalidske upokojitve, upokojitve ali prekinitve delovnega razmerja. V ekstremnih primerih se zgodijo tudi fizični napadi na povzročitelje mobinga (umori) ali samomori.

## 4 Posledice mobinga

Vsaka nesramnost ali hudobija še ni mobing. Večina žrtev se znajde v pasti mobinga, ne da bi se tega zavedali. Napadi so dolgotrajni, žrtev poskušajo sistematično izločiti iz delovne sredine, jo ponižati in zlomiti. Pogosto poskušajo odgovorne osebe iz žrtve mobinga narediti grešnega kozla za vse probleme, ki jih sami niso sposobni rešiti. Mobing je torej pojav, zaradi katerega trpi vse več ljudi. Mobing je povezan z usodo posameznikov, pa vendar ni usoda posameznika, temveč se zrcali v vsakodnevem življenjem. Posledice mobinga lahko delimo na tri dele, in sicer posledice za posameznika, za sodelavce in za organizacijo.

Posledice mobinga za posameznika so lahko:

- motnje koncentracije in spomina,
- nastop miselnih avtomatizmov,
- strah pred neuspehom,
- upadanje delovne samozavesti,
- motnje socialnih odnosov,
- težnja po neopaznem vedenju,
- psihične krizne situacije,
- nevroze,
- depresije,
- oslabelost imunskega sistema,
- tvorba tumorjev,
- samomorilsko vedenje.

Posledice, ki jih lahko čutijo sodelavci v primeru mobinga nad posameznikom, so lahko:

- občutek krivde,
- strah pred posledicami, če bi žrtvi pomagali,
- strah pred tem, da bi tudi sami postali žrtve mobinga,
- razpadanje delovnih struktur (teamwork).

Prav tako lahko nastanejo posledice za organizacijo v kateri mobiranec dele. Le te so lahko:

- slabšanje delovne klime,
- zmanjševanje produktivnosti,
- težave z motivacijo zaposlenih,
- zmanjševanje inovativnosti,
- zmanjševanje poslovnega ugleda,
- višanje stopnje fluktuacije,
- pravde in stroški povezani s pravdami,
- povečano število dni odsotnih delavcev zaradi bolezenskih dopustov.

## 5 Delodajalčevi ukrepi za preprečevanje mobinga

Delodajalec mora biti na pojave mobinga zelo pozoren, saj podjetja zaradi pojava mobinga utrpijo veliko materialno škodo. Večina podjetij iz držav članic EU je opravila analize posledic, na podlagi katerih je bilo ugotovljeno, da nastaja za delodajalca velika finančna škoda. Zato mora delodajalec ali vodja za razrešitev sporov ubrati več korakov.

Spor je treba najprej zaznati. To običajno ni tako enostavno, kot je videti na prvi pogled. Spori velikokrat niso odkrito pokazani ali pride do glasnih preprirov. Da bi simptome sporov prepoznali, mora vodja sodelavce dobro poznati in jih na raznih sestankih, kolegijih ali praznovanjih dobro opazovati. Dober opazovalec lahko na malih simptomih zazna, da odnosi niso takšni, kot bi morali biti. Poskušajte si vzpostaviti čim natančnejši pregled, kje nastaja spor, zakaj nastaja in kako daleč je razvit ter kdo vse v njem sodeluje.

Raziščite, kje so točke za prepriro, v čem je problem, kako se kaže spor. Priti morate do jedra spora, ki pa navzven ni vedno razvidno. Velikokrat se navzven kaže nekaj povsem drugega, kot je dejanski problem. Nevoščljivost je lahko zamenjati za ljubosumje, nesposobnež prikriva svoje lastne sporne situacije ter pomanjkanje idej in strokovnosti s tem, da napade osebo, ki vse te lastnosti ima. Navzven kaže absolutno samozavest, v resnici pa je izredno nesamozavesten in negotov v svoje sposobnosti. Zato potrebuje nekoga, na katerega prevali pozornost. Na tak način se resnični spor zamegli. Zato je treba biti zelo pozoren, ko se ugotavlja, za kaj gre.

Ugotoviti morate, ali spor obstaja že dalj časa ali je šele na začetku razvoja. Prav tako je treba ugotoviti, ali sta sprti strani še pripravljene na pogovor in kompromis, da se pobotata. Ugotovite, ali je katera stran že povzela kakšne korake, da bi se spor odpravil. Opazujete sodelavce in njihove medsebojne odnose. Gre za dve osebi ali se je že oblikovala skupina? Deluje ena oseba, ki najverjetneje zastopa ostale? Katere interese zasleduje?

Pri sporih je potrebno takojšnje ukrepanje. Če spor traja dalj časa, se samo zaostreje, nerazrešeni spori povzročajo naslednje spore in se je zato toliko težje odločiti, ali je poseganje v spor v tistem trenutku primerno ali potrebno. Osebe, ki so v sporu, morajo biti pripravljene za razrešitev spora in delati na tem. Če obe strani trdita, da ne gre za spor in da ni ničesar za razreševati, čeprav je jasno, da spor obstaja, to kaže na nepripravljenost soočiti se s sporom. V pogovoru z vsakim posameznikom to jasno povejte in se zavedajte, da zatiskanje oči pred sporom tega ne bo razrešilo. Poskušajte odkriti, ali sta sprti strani sposobni z odkritim pogovorom sami razrešiti spor, racionalno, brez napadov. Če to ni tako, je potreben posrednik. Moderatorja morata sprti strani akceptirati. Posredovalec ne sme potegniti z eno ali drugo stranjo, temveč mora biti nevtralen.

Na pogovor se morajo vse strani skrbno pripraviti. Posameznik naj ne išče vzrokov pri drugem, temveč naj se poglobi vase in v svoj status v sporu. Kako doživljam spor? Kaj natančno me moti? Treba se je poglobiti tudi v nasprotnika – kako se počuti, kako bi se počutili, če bi bili na njegovem mestu? Že vnaprej se je treba dogovoriti, kako dolgo bo pogovor trajal. Svoje videnje spora je treba korektno in brez pretiravanja pojasniti. Namigovanja, podtikanja, obdolževanja so absolutno tabu. Vsaka stran naj se trudi razumeti nasprotno stran. Najvažnejše pravilo: poslušati, spraševati, rezimirati.

Zberite skupne predloge za rešitev spora, kritično presodite prednosti in pomanjkljivosti ter predvidene rešitve. Za doseg sporazuma morata biti obe strani pripravljene na kompromis. Dogovoriti se morata tudi, na kakšen način se bo rešitev spora realizirala.

V poznejšem pogovoru z vsemi sodelujočimi je treba poizvedeti, ali vsi spoštujejo dogovor. So potrebne izboljšave? Smo s pogovorom dosegli cilj? So potrebni še dodatni pogovori? Potem ko je preteklo nekaj časa, je potreben ocenjevalni pogovor. V tem pogovoru je treba vsebinsko razčistiti tudi emocionalno stran spora.

Žrtev mobinga se namreč skoraj polovico delovnega časa ukvarja s problematiko mobinga, pazi, kaj se bo zgodilo, in pripravlja strategijo za obrambo. Povzročitelj mobinga se prav tako ne osredotoča na delovne naloge, temveč nastavlja žrtvi vedno nove zanke in v ta dejanja vključuje še svoje sodelavce, ki pri tem prav tako izgubljajo dragoceni delovni čas.

Tudi opazovalci se posvečajo pojavu mobinga, saj nenehno pazijo, da še sami ne bi postali žrtve mobinga. S kvalitativno analizo lahko ugotovimo prisotnost mobinga v delovni sredini, in sicer tako:

- da opazujemo, ali se oblikujejo skupine, ki se držijo zase in dajejo zlobne pripombe na račun posameznih sodelavcev;
- da smo pozorni na to, ali je na račun nekaterih posameznikov naenkrat več kritike, kot je to bilo običajno;
- če opazite, da se skupina zaposlenih krivično obnaša do nekaterih posameznikov;
- če je za vse nerodnosti, ki se zgodijo v delovni sredini, vedno en posameznik »grešni kozel«;
- če je eden od sodelavcev dalj časa potr, prestrašen ali introvertiran;
- če opazite, da je eden od vodij s svojim delom preobremenjen in nenehno razdražen.

Delodajalec lahko s kratko in natančno analizo oceni, kolikšna je prisotnost mobinga v delovni sredini. Če je nezadovoljstvo zaposlenih veliko, je treba sprejeti določene ukrepe in stanje sanirati.

## 6 Dnevnik mobinga

Dnevnik mobinga naj bi pisala vsaka žrtev mobinga. Seveda je v stanju, v katerem je žrtev, zelo težko disciplinirano zapisovati vse dogodke mobinga. Toda dnevnik ima zelo pomembno vlogo:

- je dokazni material,
- vsi dogodki so zabeleženi in opisani,
- iz zapisanega je mogoče razbrati povezave dogodkov,
- sodniki, odvetniki in zdravniki lahko razberejo, kaj se je dejansko dogajalo.

V dnevnik mobinga je treba vpisovati vsak dan, tudi v dneh, ko se ni nič zgodilo (slika 1). Zabeležiti je treba tudi dneve, ko žrtev ni v službi zaradi dopusta, bolezni, prostega dneva. Zapisati je treba čim več, predvsem kako je prišlo do napada, kdo je povzročitelj ter kakšni so občutki in posledice. Velikokrat ima žrtev že fizične težave, če se ji le približa oseba, ki nad njo izvaja teror. Bolečine v želodcu, razbijanje srca, hiter skok krvnega tlaka je le nekaj od številnih značilnosti reakcija telesa.

Slika 1: Dnevnik mobinga

MOBING - DNEVNIK							
Datum	Ura	Kaj se je zgodilo	Povzročitelj	Občutki	Posledice	Koga sem informiral/a	Priče dogodka
1	2	3	4	5	6	7	8
04.05.2005	8.15	Na sestanku mi šef ni dovolil pojasniti svojega predloga	Šef	Bil sem besen, postal sem rdeč v obraz, občutek sramu	Bolela me je glava in razbijalo mi je srce	Sindikalnega poverjenika	Jože, Andrej, Alenka, Stanka, Mojca
	11.24	Tajnica šefa mi je prinesla gradivo, ki sem ga pripravil, na katerem je bilo zapisano: ZANIČ	Namestnik šefa	Sram, bes, jezo, ponorel sem, ker je bilo gradivo zelo dobro pripravljeno	Padec koncentracije, glavobol, slabost		Sodelavci: Andreja, Katja, Martin
	14.00	S šefom sem hotel govoriti, ni mi dovolil vstopa v njegovo pisarno. Zadržal se je VEN.	Šef	Popenil sem, bil sem besen in ponižan	Za nadaljnje delo sem bil popolnoma nesposoben		Tajnica šefa

Opisati je treba tudi, zakaj ste obiskali zdravnika in zaradi katerih zdravstvenih težav. Zdravniku je treba zaupati svoje težave, ne samo simptomatiko slabega počutja, temveč tudi vzrok, zakaj so težave nastale. Zdravnik je lahko pomembna priča v sodnem procesu. Za pisanje dnevnika naj se odloči vsaka žrtev mobinga. Res je, da zahteva pisanje dnevnika samodisciplino in vztrajnost, vendar je velikokrat lahko edini dokaz, da je zaposleni žrtev mobinga. Posebno pomembno je pisanje dnevnika, kadar mobing izvaja nadrejena oseba. Žrtvi mobinga je onemogočeno, da bi se s komer koli pogovorila o problematiki, saj nadrejeni nadzira vsako njeno potezo, pri tem pa seveda nadzira tudi ostale zaposlene.

## 7 Zaključek

Mobing se lahko zgodi vsakomur, skoraj neopazno. Pa vendar vsakdo ni žrtev mobinga, ampak se v vsaki sredini pojavi kdo, ki mu ni mar za delovno produktivnost, temveč ga zanima zgolj plačilo (tudi za nedelo) in ustvarja negativno vzdušje v delovni sredini. Če predpostavljene ali sodelavci takega delavca opozorijo na njegove obveznosti, bi se lahko počutil kot žrtev mobinga. Zato je pomembno, da vodstvo prepozna mobing, saj ne povzroča škode zgolj posameznim delavcem, temveč predvsem podjetju. Žrtvam mobinga je treba pomagati, povzročitelje pa kaznovati.

## Viri

Bilban, M. (2008). Nasilje na delovnem mestu (mobing) – pregledni članek, Razvoj in znanost. Delo in varnost; 53(1): 23–36.

Brečko, D. (2006). Mobbing – psihoteror tekmovalne družbe. Industrijska demokracija, 12/X: 12–18.

Cvetko, A. (2006). Mobbing – psihično nasilje. Sanitas et labor: Nasilje na delovnem mestu; 5/1: 25–39.

Drobnič, A. (2006). Od šikaniranja, onemogočanja do mobbinga. Mobbing v Sloveniji. Dostopno na: <http://www.bilten/net.univerza/mobbing>.

Erjavec, K. Sodna praksa delovnih sodišč na področju trpinčenja. Dostopno na: [file:///C:/Users/Matja%C5%BEK/Downloads/Erjavec\\_-\\_prispevek.pdf%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Matja%C5%BEK/Downloads/Erjavec_-_prispevek.pdf%20(3).pdf).

Leymann, H. How Serious are Psychological Problems after Mobbing. Dostopno na: <http://leymann.se/english/frame.html>.

Leymann, H. (1980). Mobbing and Psychological Terror at Workplace. Violence and Victims; 5(2): 119–126.

Leymann, H. (1980). The Mobbing Encyclopedia. Bullying: Whistleblowing. Information about psychological terror.

Mlinarič, P. (2005). Mobbing – pojav, ki povzroča škodo delodajalcu in delavcu. Kadrovske informacije; 15: 31–34.

## POMEN PREPOZNAVANJA NASILJA RECOGNITION OF VIOLENCE

### Povzetek

V današnjem času se soočamo z različnimi oblikami nasilnega vedenja, zato je nujno preprečevanje tovrstnega obnašanja tudi v šoli. S posebnimi ukrepi in metodami je treba vzroke prepoznati in nasilje preprečiti. V šolskem prostoru je nasilje pogosto opredeljeno kot dejanje, ki je izvedeno za doseganje nekega cilja, ko posameznik ali skupina s takim dejanjem povzroča neprijetne občutke in situacije. Bodisi tako, da nekoga ustrahuje, bodisi da tako ali drugače v negativnem smislu izrablja svojo moč za doseganje cilja. Čeprav je to zelo splošna opredelitev, raziskave kažejo, da je treba širše pogledati na definicijo nasilja: na posameznike, ki ga izvajajo, in od kod nasilje izvira. Nasilje pomeni neuspešno reševanje sporov znotraj skupine ali posameznikov, ki so sami prestrašeni ali kakor koli ustrahovani od doma ali okolja, v katerem živijo. Pomanjkanje strpnosti in nerazumevanje samega sebe vodita do različnih oblik izvajanja nasilja. Nasilje se v šoli pojavlja pri medvrstniških odnosih zaradi različnih dejavnikov, kot so: negativna razredna klima, slab šolski uspeh, nestimulativno domače okolje (brezposelnost staršev), socialne razlike in ne nazadnje tudi mediji in družbena omrežja. Mnogokrat prav slednja staršem in učiteljem ostajajo prikrita in nepoznana okolja, medtem ko učencem predstavljajo metodo brezplačnega in hitrega sporazumevanja. Ker je današnja družba veliko bolj osveščena, kaj nasilje prinaša in kakšne so posledice, je treba vzroke nasilja odpravljati že v zgodnji otroški dobi. To se lahko začne že pred vstopom v šolo, prav gotovo pa je treba sistematično in strokovno izvajati oblike dela, ki pripomorejo k večji strpnosti med posamezniki in h kakovostnejšemu sporazumevanju.

Ključne besede: šolski prostor, prepoznavanje nasilja, medvrstniški odnosi, družbena omrežja.

### Abstract

Nowadays we are faced with various forms of violent behavior, so it is essential to prevent it in school. Specific measures and methods are needed to identify causes and prevent violence. In school environment violence is often defined as an action that is carried out to achieve an objective or where an individual or a group causes unpleasant feelings and situations. That may be by bully or by abusing its power to achieve the objective in a negative sense. Although this is a very general definition, researches show that is necessary to look broader on the definition of violence at home and in school of the individuals. We have to find out where are the reasons of such violence and from where is it originated. Violence is caused by unsuccessful resolving of conflicts within the social groups or by individuals themselves. Many times they are scared and intimidated by the environment in which they live. Lack of tolerance and understanding of oneself leads to various forms of violence. When violence occurs at school, it appears among children themselves due to various factors such as negative classroom climate, poor individual school success, unstimulating home environment (unemployment of parents), social differences and last but not least the media and social networks. In many cases the last one, the social network, remain hidden and unknown environment for teachers and parents, while students represent a method of a free and rapid communication. Today, the modern society is much more aware about what violence brings and what the consequences of violence are and it's necessary to eliminate causes of violence in early childhood. It can start even before entering school, but certainly it is necessary to implement systematically and professionally forms of work, which will contribute a higher tolerance among individuals and a better quality of communication.

Key words: school environment, prevent violence, tolerance, social networks.

## 1 Uvod

Nasilje v družbi in med učenci narašča. Opravljene raziskave (Cvek, Pšunder, 2013) kažejo, da nasilje med mladimi predstavlja velik in resen problem. Postaja vedno bolj zlonamerno in se namenoma uporablja za doseg nekaterih ciljev (prav tam). Raziskavo sem izvedla med učenci prvih, drugih, šestih in osmih razredov Osnovne šole Lucija.

Namen raziskave je ugotoviti, v kolikšni meri učenci prepoznavajo nasilje oziroma kako ga razlikujejo. V intervjujih z učenci ugotavljam njihovo poznavanje in prepoznavanje nasilja ter kako kot posamezniki nasilje doživljajo. Zanima me, kakšen pomen pripisujejo prepoznavanju nasilja. Raziskava dokazuje, da otroci poznajo pojem nasilja. V prvem obdobju (od 1. do 3. razreda) opisujejo le fizično nasilje, v drugem (od 4. do 6. razreda) opredelijo poleg fizičnega tudi besedno, v tretjem (od 7. do 9. razreda) pa poleg fizičnega in psihičnega tudi spletno in spolno nasilje.

V teoretičnem delu se osredotočam na poznavanje nasilja, v empiričnem delu pa na podlagi intervjujev in osebnih zapiskov ugotavljam, kako učenci razumejo druge pojme, povezane z nasiljem: žrtev, medvrstniško nasilje, vrednote, spletno nadlegovanje in ustrahovanje, spletni bonton.

Večina mlajših otrok razlikuje med realnostjo in fikcijo (Kurbos, 2015). V risankah in računalniških igrinah znajo postaviti ločnico med resničnim in izmišljenim nasiljem. Velika večina otrok se zaveda pomena nasilja in ga ne odobrava. Kritični so, ko ocenjujejo nasilno vedenje nad pozitivnim junakom iz risanke, in se z žrtvijo identificirajo, po drugi strani pa opravičujejo nasilno dejanje do hudobnih junakov (prav tam).

## 2 Teoretična izhodišča

### 2.1 Opredelitev nasilja

V šoli kot vzgojno-izobraževalni instituciji se zavedamo, kako pomembno je prepoznavati nasilje, ki se mu nikoli ne moremo popolnoma izogniti. Zavedanje nasilja in informiranost o njem se s starostjo otrok spreminjata. Ker je nasilje družbeni problem, in ne problem posameznika, je šola kot vzgojno-izobraževalna institucija pomemben prostor, ki učence opozarja na nasilno vedenje. Učence informira in izobražuje o vseh oblikah nasilja.

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ, 1998, 624) opredeljuje nasilje kot dejaven odnos do koga, značilen po uporabi sile, pritiska. Iz besede so tvorjene izpeljanke, kot so: nasiljevanje, nasilnež, nasilništvo itd. V slovenščini je torej beseda nasilje nedvoumno povezana s silo oziroma močjo. Sila (moč) je ena od ključnih kategorij dinamike nasilja in analize oziroma refleksije nasilnega dogodka (Nasilje v šoli, 2009).

### 2.2 Prepoznavanje nasilja

Ključno je razumevanje dejstva, da smo vsi odgovorni za preprečevanje nasilja ter za ukrepanje, ko ga zaznamo. Če se dogaja v šoli, vrtcu, na cesti ali v družini. Skratka, celostno razumevanje nasilja in naša skupna odgovornost zanj (Nasilje v šoli, 2009).

V starosti od 6 do 14 let si otroci pojem, pomen nasilja in definicijo, kaj je nasilje, različno razlagajo. Čeprav mlajši otroci pravilno definirajo pojem nasilja, ne ločijo teže nasilja, ko gre za nasilje ali zlorabo. Besedo nasilje pogosto zamenjujejo z besedno zvezo siliti v nekaj. Na primer, ko jim starši nečesa ne dovolijo in prepovejo. Otroci, stari od 10 do 11 let, so v intervjujih razložili, kaj je nasilje in kaj bi morali narediti, da bi ga bilo manj. Otroci, stari 14 do 15 let, pa besedo nasilje opredeljujejo širše, prepoznavajo vrste nasilja in si želijo dobiti o njem več informacij ter se o njem več pogovarjati z odraslimi. Največ zanimanja in poznavanja po- kažejo pri spletnem nadlegovanju.



### 3 Metoda

Pri raziskavi o prepoznavanju nasilja v šoli, zakaj se nasilje dogaja in kako ga učenci doživljajo, sem uporabila kvalitativno metodo fokusne skupine učencev šole, na kateri poučujem. Na podlagi kvalitativne raziskave sem oblikovala okvirna raziskovalna vprašanja, ki so mi omogočala proučevanje situacije. Specifična vprašanja sem oblikovala med procesom zbiranja podatkov. Prizadevala sem si, da bi razumela razmišljanje učencev s perspektive proučevalca. V procesu raziskave je bil poudarek na spoznanju, da mora učitelj, torej šola kot vzgojno izobraževalna institucija, otroka naučiti odločnosti, da se bo znal postaviti zase in se obraniti pred napadi (Vogrinc, 2008).

Pogovarjala sem se s skupino 10 učencev, starih 6 in 7 let (4 dečki in 6 deklic), skupino 18 učencev, starih 12 let (8 dečkov in 10 deklic), in skupino 20 učencev, starih 14 let (10 dečkov in 10 deklic). Intervju oziroma akcijsko raziskovanje (Vogrinc, 2008) je potekalo v matičnih učilnicah v naravnih situacijah in v neposrednem stiku s proučevanimi osebami. Pogovori so trajali eno šolsko uro (45 minut). V osmih razredih dve šolski uri.

### 4 Rezultati

Kvalitativna raziskava je pokazala, da se otroci zavedajo, kako pomembno je prepoznavanje, kdaj se nasilja dogaja, in da je o tem treba govoriti. Tema in način pogovora sta učence zelo pritegnila. Pokazali so zanimanje in pripravljenost za sodelovanja. Opredelila sem raziskovalne ideje: kaj nasilje pomeni in kako ga prepoznavajo. Začela sem z okvirnimi vprašanji.

Prvo skupino otrok sem vprašala, ali poznajo besedo nasilje. Spoznala sem njihovo prepoznavanje fizičnega nasilja, ko nekdo nekoga udari. Večina otrok je odgovorila, da je nasilje, ko komu nekaj narediš in ga v to siliš. Neka deklica je menila, da je nasilje, ko mora obleči tisto, kar ji pripravi mama, in ko mora peš iz šole, ne pa z avtomobilom. Na vprašanje »Zakaj se je junak iz zgodbe grdo in nasilno obnašal?« je deklica odgovorila, da ko je bil majhen, so z njim grdo govorili, sedaj pa, ko je on velik, enako grdo in nasilno počne z mlajšimi. Prvo- in drugošolci so se poenotili, ko so na vprašanje »Kaj bi lahko naredili, da bi bil junak iz zgodbe prijazen?« odgovorili, da ga je treba kaznovati, se z njim pogovarjati, da mora v poboljševalnico in da ga je treba ignorirati.

V drugi skupini so učenci nasilje opredelili kot nekaj negativnega in nedopustnega. Velika večina je poleg fizičnega nasilja omenjala tudi psihično. Nekaj otrok je omenilo spletno nasilje. Menili so, da bi za zmanjšanje nasilja morali veliko več govoriti o tem z odraslimi, ki jih razumejo.

V tretji skupini so nasilje prepoznavali v vedenju, ko prihaja do pretepanja, izsiljevanja in spletnega nadlegovanja. Povedali so, da se spletno nasilje pojavlja v šoli, doma ali na igrišču, kjer je nadzor odraslih pomanjkljiv ali ga sploh ni. Tudi učenci osmih razredov so izrazili mnenje, da bi se pri pouku morali o tem veliko več pogovarjati. Želijo si več takšnih pogovorov z odraslimi, ki jih znajo poslušati. V pogovoru so izrazili, da jih učitelji ne poslušajo dovolj. Prav tako se bojijo, da jih odrasli ne bodo jemali resno in da se ne bodo znali spopasti z nasiljem.

### 5 Razprava

Z raziskovalnimi vprašanji sem spoznala, da učenci v vseh starostnih obdobjih šolanja vedo, kaj nasilje pomeni za družbo. Vsi razlikujejo med namernim in nenamernim negativnim dejanjem. Nekoliko manj je jasno razlikovanje med namernim in nenamernim dejanjem v prvem in drugem razredu. V šestih razredih je poznavanje in pristop do obravnavane teme nekoliko zadržan in učenci veliko bolj poslušajo, kot odgovarjajo na zastavljena vprašanja. Pogovor oživi, ko se vprašanja nanašajo na temo družbenih omrežij in njihove izkušnje s spletnim nadlegovanjem. Nekaj učencev ima ustvarjen profil Facebook, ki ga nadzirajo starši. Sporočila si pošiljajo prek SMS-ov (kratkih tekstovnih sporočil) in MMS-ov (kratkih multimedijskih sporočil) prek mobilnega telefona, klepetalnic in drugih informacijsko-komunikacijskih tehnologij. Učenci vedo, da tisti, ki izvaja-jo nasilje prek spleta, ostanejo anonimni in da je tovrstni način nasilja prikrit, a hkrati nedopusten.

Učenci v tretjem vzgojno-izobraževalnem obdobju poznajo pojem medvrstniškega nasilja, znajo razložiti razliko med spletnim nadlegovanjem in ustrahovanjem. Nekaj otrok pozna spletne strani, ki poučujejo varno uporabo spleta in družbenih omrežij. Vsi imajo profil Facebook in druga družbena omrežja. Vsi uporabljajo pametni telefon. Menijo, da je ukrep, ki ga imamo v šoli glede prepovedi uporabe telefona v šolskih prostorih, prestrog. Povedo, da se odrasli ne držijo pravil o uporabi telefona na javnih mestih. Povedo, da nekateri učitelji ne spoštujejo pravila in med poukom uporabljajo telefon. Velika večina otrok se v šoli počuti varno in skoraj nikoli niso bili priča nasilnemu dejanju v šoli. Menijo, da se v šoli ne naredi dovolj, da bi bilo medvrstniškega nasilja manj. Pri vprašanju glede pomembnosti vrednot na prvo mesto postavijo spoštovanje drug drugega, sledijo zaupanje, sočutje, potrpežljivost oziroma strpnost in poštenost. Pri vprašanju glede spodbujanja nasilja z igrice se pojavljajo zelo različna mnenja. Večina jih meni, da igrice, pri katerih je prisotno nasilje (streljanje in uničevanje), sproščajo in pomirjajo, da ne spodbujajo nasilja, drugi menijo, da je odvisno od igre.

Utemeljitev, da bi se morali o tem več pogovarjati, izhaja iz dejstva, da moramo v vrtcih in šolah zaznavati nasilje in se nanj pravilno odzvati. V šoli je nujno izvajanje ustreznih izobraževanj in usposabljanj za vse pedagoške delavce. Vsi zaposleni morajo razumeti, da je toleranca do nasilja ničelna.

Cilji učnega načrta spoznavanja okolja za prvi, drugi in tretji razred osnovne šole so, da mora otrok ob koncu prvega izobraževalnega obdobja prepoznati različne vrste nasilja in vedeti, kako in koga prositi za pomoč, ko jo potrebuje (Kolar, 2011).

Učni načrt za 4. razred pri predmetu družba določa cilje, ki so povezani z vsebino ljudje in družba. Učenec mora poznati nekatere razlike med ljudmi, načine usklajevanja različnih interesov in reševanja sporov, utemeljiti, zakaj sta strpnost in odgovornost (do sebe in drugih, do učenja, obveznosti) pomembni, vedeti, katere strategije mu pomagajo pri učenju, sodelovanju in reševanju sporov, znati uporabiti različne strategije v različnih družbenih situacijah (pri učenju, sodelovanju, reševanju sporov idr.) in jih vrednotiti (Budnar, 2011).

V 7. razredu osnovne šole učni načrt pri predmetu državljanstva in domovinska vzgoja ter etika določa, da mora učenec na primeru pojasniti, zakaj je za skupnost pomembno, da so njeni člani strpni drug do drugega, ob opisu konkretnega spora prepoznati njegove vzroke in posledice, navesti temeljna načela, na katerih temelji uspešno reševanje sporov, opisati primer zlorabe moči in pojasniti, katere pravice in etična načela so bila v tem primeru kršena (Učni načrt – državljanstva in domovinska vzgoja ter etika, 2011). V 8. in 9. razredu se o problematiki nasilja pogovarjajo pri izbirnih predmetih in na tematskih razrednih urah.

V Osnovni šoli Lucija poleg uresničevanja učnih ciljev iz učnega načrta procesno izvajamo nekatere oblike preventive, ki pripomore k večjemu zavedanju prepoznavanja nasilja in kako ga zmanjševati. V ta namen smo v šoli izvajali projekt »Povej!«.

Pomembno je dosledno spoštovanje učnega načrta, šolskih pravil, internih razrednih pravil, sodelovanje s starši, sodelovanje z zunanjimi strokovnimi delavci in povezovanje z okoljem. Ugotavljam, da smo kot šola na pravi poti pri uresničevanju prepoznavanja in zmanjševanja nasilja. Glede na vse, kar so povedali učenci, ugotavljam, da preventive pri preprečevanju nasilja na šoli nikoli ni preveč in da je nujna in obvezujoča.

## Literatura

Budnar, M. (2011). Učni načrt. Program: osnovna šola. Družba. Elektronski vir. Predmetna komisija: Metoda Budnar, Mihaela Kerin, Maja Umek, Marjeta Rztresen, Gusta Mirt. El. knjiga. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Zavod RS za šolstvo. Dostopno na: [http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/os/prenovljeni\\_UN/UN\\_druzba\\_OS.pdf](http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/os/prenovljeni_UN/UN_druzba_OS.pdf) (18. 2. 2016).

Cvek, M., Pšunder, M. Učenci, žrtve medvrstniškega nasilja. Dostopno na: [http://www.pef.um.si/content/Zalozba/clanki\\_2013\\_st\\_4/REI\\_letnik\\_6\\_st\\_4\\_cl\\_7.pdf](http://www.pef.um.si/content/Zalozba/clanki_2013_st_4/REI_letnik_6_st_4_cl_7.pdf) (10. 2. 2016).

Kolar, M. (2011). Učni načrt. Program: osnovna šola. Spoznavanje okolja. Elektronski vir. Predmetna komisija: Metoda Kolar, Dušan Krnel, Alenka Velkavrh. El. knjiga. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Zavod RS za šolstvo. Dostopno na: [http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/os/prenovljeni\\_UN/UN\\_spoznavanje\\_okolja\\_pop.pdf](http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/os/prenovljeni_UN/UN_spoznavanje_okolja_pop.pdf) (18. 2. 2016).

Kurbos, A. Kako predšolski otroci razumejo nasilje na zaslonu? Dostopno na: [http://www.ringaraja.net/sn/kako-predsolski-otroci-razumejo-nasilje-na-zaslonu\\_907.html#](http://www.ringaraja.net/sn/kako-predsolski-otroci-razumejo-nasilje-na-zaslonu_907.html#) (10. 2. 2016).

Nasilje v šoli. Opredelitev, prepoznavanje, preprečevanje in obvladovanje. Dostopno na: <http://www.solazaravnatelj.si/ISBN/978-961-6637-24-4.pdf> (8. 2. 2016).

Povej! Spregovorimo o nasilju med otroki. Dostopno na: <http://www.unicef.si/vsebina/118/Povej!%20Spregovorimo%20o%20nasilju%20med%20otroki> (18. 2. 2016).

Slovar slovenskega knjižnega jezika. (1998). Ljubljana: DZS.

Učni načrt. Program: osnovna šola. Državljska in domovinska vzgoja ter etika. Elektronski vir. Predmetna komisija: Pavla Karba et al. El. knjiga. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Zavod RS za šolstvo. (2011). Dostopno na: [http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/os/prenovljeni\\_UN/UN\\_DDE\\_\\_OS.pdf](http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/os/prenovljeni_UN/UN_DDE__OS.pdf) (18. 2. 2016).

Vogrinc, J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Dostopno na: <http://pefprints.pef.uni-lj.si/179/1/Vogrinc1.pdf> (8. 2. 2106).

Znanje o čustvih za manj nasilja v šoli. Dostopno na: [http://www.zrss.si/pdf/230911120005\\_ssd\\_znanje20o20custvih20za20manj20nasilja20v20soli-20not20\(2\).pdf](http://www.zrss.si/pdf/230911120005_ssd_znanje20o20custvih20za20manj20nasilja20v20soli-20not20(2).pdf) (10. 2. 2016).

## GIBALNA AKTIVNOST ŽENSK V RURALNEM OKOLJU PHYSICAL ACTIVITY OF WOMEN IN RURAL AREAS

### **Povzetek**

*Teoretična izhodišča:* Pomen gibanja je v znanosti izredno obširno dokumentiran, saj je redna gibalna aktivnost povezana z zdravjem, tako telesnim kot duševnim. Med najpomembnejše preventivne dejavnike pri ohranjanju in krepitvi zdravja spada kontinuirana gibalna aktivnost. Namen prispevka je, proučiti gibalno aktivnost žensk v ruralnem okolju v Prekmurju. Cilj raziskave je, ugotoviti pogostost, obliko in motive za ukvarjanje z gibalno aktivnostjo pri izbrani populaciji.

*Metodologija:* Raziskava temelji na kvantitativni anketni metodologiji. V vzorec je bilo zajetih 20 žensk iz vaškega okolja v Prekmurju. V raziskavi je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je vseboval demografska vprašanja o starosti in izobrazbi, vprašanje o pogostosti ukvarjanja z gibalno aktivnostjo in oblikah ter vrstah gibalne aktivnosti. Pridobljeni podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS, uporabljeni so bili osnovni statistični parametri, kot so povprečna vrednost, frekvence in odstotkovni deleži ter t-test za neodvisne vzorce.

*Rezultati:* Slaba polovica žensk na vasi je gibalno aktivnih 2- do 3-krat na teden. Z redno organizirano gibalno aktivnostjo se redno in občasno skupaj ukvarjata dobri dve tretjini žensk. Najpogosteje se ženske v ruralnem okolju ukvarjajo s hojo, kolesarjenjem, aerobiko in fitnessom.

*Razprava:* Ženske v ruralnem okolju se zavedajo pomena gibalne aktivnosti pri ohranjanju zdravja, prav slednje je glavni motiv za ukvarjanje z gibalno aktivnostjo. Samo ruralno okolje pogosto ne omogoča velike izbire organiziranih oblik gibalne aktivnosti, ki so strokovno vodene, za kar pa je potrebno sodelovanje tudi s strani lokalne skupnosti in njihove politike. V prihodnje raziskave bi bilo smiselno vključiti tudi intenzivnost gibalne aktivnosti.

*Ključne besede:* zdravje, gibanje, ženske, Prekmurje.

## Abstract

*Theoretical background: The importance of movement in science is very extensively documented, as regular physical activity affects health, both physically and mentally. Among the most important preventive factors in the preservation and strengthening of health belongs to continuous physical activity. The purpose of this paper is to examine physical activity of women in rural areas in Prekmurje. The aim of the research was to determine frequency, form and motivation to deal with physical activity.*

*Methodology: The research is based on a quantitative survey methodology. The sample included women from the rural environment in Prekmurje. The study used a questionnaire containing demographic questions about age and education, a question on the frequency of physical activity, forms and types of physical activity. The data obtained were analysed using the statistical programme SPSS. Elementary statistical parameters such as average values, frequencies, percentiles and t-test for independent samples were used.*

*Results: Less than 50 % of women that live in villages are physically active 2-3 times per week. More than two thirds of women surveyed are regularly or occasionally participating in organised physical activities. The most popular activities for women coming from rural areas are walking, biking, aerobics and fitness.*

*Discussion: Women in rural areas are aware of the importance of physical activity in maintaining health, and the latter is the main motive for involvement in physical activity. The rural environment most often does not offer a wide range of organised physical activities that are conducted by professionals. In this aspect, cooperation of local community and local politics plays an important role. In future research also the intensity of physical activity could be added.*

*Key words: health, exercise, women, Prekmurje.*

## 1 Uvod

Gibalno aktivnost kot pomemben segment vse bolj promoviranega zdravega življenjskega sloga in kakovosti življenja upravičeno ter v pozitivnem smislu povezujemo s celovitim zdravjem. Temeljni cilj gibalne aktivnosti je ohranjanje in krepitev zdravja oziroma zdravstvenega stanja. Zdravje, tako telesno kot duševno, postaja v vseh družbah vse bolj cenjena vrednota in dobrina. Zdravstvena vrednost redne in sistematične gibalne aktivnosti je vidna tako v preventivnem kot terapevtskem smislu in je dokazana v številnih raziskavah (Vidmar, 1997). Obstajata dve prevladujoči skupini raziskav, in sicer: raziskave, ki preučujejo gibalno aktivnost v povezavi s telesnim zdravjem, in raziskave, ki preučujejo gibalno aktivnost v povezavi z duševnim zdravjem (Slabe Erker, Ličen, 2014). Več kot 50 % prebivalcev sveta ni dovolj gibalno aktivnih, kot bi bilo potrebno za ohranjanje njihovega zdravja. Podobno je tudi v Sloveniji, kar prikazuje longitudinalna študija o športnorekreativni dejavnosti v Sloveniji (Petrović et al., 1996, povz. po Zorc, 2012, 209). Stopnja oziroma pogostost gibalne aktivnosti je eden izmed kazalcev razvitosti gibalne aktivnosti med prebivalstvom. Gibalna aktivnost poteka v vseh letnih časih, v vseh vremenskih pogojih in ne le v pokritih objektih, ampak tudi v naravnem okolju (Berčič, 2005).

## 2 Gibalna aktivnost: opredelitev pojma in pogostost ukvarjanja

Gibalna aktivnost je tisto mišično gibanje, pri katerem se porablja energija (Strniša, Planinšec, 2014; Strniša, Čagran, 2015). Razlikovati je treba besedni zvezi gibalna aktivnost in športna aktivnost. Gibalna/športna aktivnost je splošen izraz, ki pomeni vsakršno gibanje lastnega telesa s pomočjo skeletnih mišic, ki se odraža v večji energetski porabi, kot je značilno za mirovanje. Gibalna aktivnost zajema aktivnosti pri delu, doma in v prostem času in je pomembna za izboljšanje ravni aktivnosti celotne populacije ter s tem prispeva k izboljšanju zdravstvenega stanja in splošnega počutja. Šport oziroma športna aktivnost predstavlja le tisti del gibalne aktivnosti, katere cilj je doseganje športnega rezultata. Športna aktivnost je načrtovana,

strukturirana in namenjena ohranjanju ali razvijanju motorične učinkovitosti (Škrbina, 2013, povzeto po Mutrie, 2005; Zurc, 2014). Gibalna aktivnost vpliva na zdravje pozitivno le takrat, ko je izbrana in prilagojena individuumu ter jo ta izvaja načrtovano in kontinuirano skozi vse življenje (Škrbina, 2013, povzeto po Karpljuk et al., 2003). Prostočasna gibalna aktivnost je lahko neorganizirana ali pa organizirana. Slednja je aktivnejša (Zurc, 2008).

Leta 1978 je bil izdan prvi uradni dokument ameriškega kolidža, ki je zajemal podatke o količini in pomenu gibalne aktivnosti na posameznikovo telo. Vsak odrasel naj bi za ohranjanje telesne kondicije vsaj 3-krat in maksimalno 5-krat na teden izvajal aerobno dejavnost, ki naj bi trajala od 15 do 60 minut, z intenzivnostjo 50–85 %  $V_{O_2}$  max. Dve desetletji pozneje so k temu dodali še priporočilo srčne frekvence, ki naj bi znašala med 55 % in 90 % maksimalne srčne frekvence, za ljudi s slabo kondicijo pa nižje vrednosti (Starc in Sila, 2007, 35). Fras (2002) meni, da je glede zadostnosti in primernosti gibalne aktivnosti, koristne za zdravje, treba upoštevati vsebino in obliko aktivnosti, intenzivnost, pogostost in trajanje aktivnosti.

Podatki o gibalni aktivnosti odraslih Slovencev so zelo raznovrstni in opazovani z različnih zornih kotov. V 70. letih se je pri nas pojavilo trimsko gibanje in to je pomemben mejnik v razvoju gibalne aktivnosti v Sloveniji (Berčič, 1997). Prva študija o športnorekreativnih navadah Slovencev je bila opravljena v letu 1974 na osnovi podatkov raziskave Slovensko javno mnenje iz leta 1973 (Zurc, 2008, Petrović, 1996). Zadnji podatki iz leta 2008 kažejo, da se 59 % odraslih Slovencev občasno ali redno ukvarja z gibalno aktivnostjo, 41 % jih je gibalno neaktivnih. Razmerje med neaktivnimi, občasno aktivnimi in redno aktivnimi je bilo leta 1973 6 : 3 : 1, danes pa je približno 4 : 3 : 3, torej se je zmanjšal odstotek neaktivnih in povečal odstotek redno aktivnih. Delež Slovencev, ki se občasno ali redno ukvarjajo z gibalno aktivnostjo, je nižji od deleža aktivnih v razvitih severnih evropskih državah. V 15 državah Evropske unije je več kot 50 % prebivalcev gibalno neaktivnih (Pori et al., 2013).

Raziskava »Z zdravjem povezan življenjski slog« (2001), v kateri so ocenjevali vso gibalno aktivnost v prostem času, dejavnost v gospodinjstvu in na delovnem mestu, je med odraslimi Slovenci v starostnem obdobju od 25 do 64 let odkrila vsaj 20 % ljudi, ki so nezadostno aktivni za osnovno zaščito svojega zdravja. Presečne raziskave, ki so bile v okviru programa Svetovne zdravstvene organizacije CINDI v letih 1991/91, 1996/97 in 2002/03 izvedene v Ljubljani, zadnja pa tudi v Pomurju in Severni Primorski, so za gibalno aktivnost pokazale, da je le okoli tretjina odraslih zadovoljivo gibalno aktivnih za zaščito svojega zdravja. Zadnja raziskava CINDI Slovenija 2002/03, opravljena za starostno skupino od 25 do 65, let je pokazala, da je za zaščito zdravja zadosti gibalno aktivnih 32,4 % prebivalcev. 16 % jih je gibalno neaktivnih (Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012).

Študija »Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije« (Zaletel - Kragelj, Fras, Maučec - Zakotnik, 2004) kaže 16,4-odstotno prevalenco nezadostne telesne dejavnosti med odraslimi prebivalci Slovenije. V skupino najbolj ogroženih spadajo ženske v starosti od 30 do 39 in od 40 do 49 let, ki so aktivno zaposlene, z dokončano 4-letno srednjo šolo, ki se uvrščajo v srednji družbeni sloj in izhajajo iz mestnega okolja. V tej študiji je bila preučevana le gibalna aktivnost s hojo (Berčič, 2005). Odstotek gibalno aktivnih, redno in občasno skupaj za pomursko regijo znaša 63 % (Pori, M., Pori, P., Sila, 2013).

Pred 30 leti je bilo razmerje med gibalno aktivnimi ženskami in gibalno aktivnimi moškimi 3 : 1. Danes je to razmerje praktično 1 : 1. V 90. letih so se namreč začele pojavljati in hkrati razvijati gibalne aktivnosti, ki so bile bolj vabljive za žensko populacijo. Začetek je pomenila aerobika, pozneje so se razvile različne oblike plesnih aktivnosti in skupinskih vadb, pri katerih so v ospredju lepota gibanja, estetika, motivacijska glasba. Pri današnjem načinu življenja in dela si je odgovorna, zaposlena ženska pripravljena vzeti čas in ga porabiti za prijetno in koristno dejavnost. Gibalno aktivna ženska je vitalna, z lepo postavo in boljšo samopodobo (Pori, M., Pori, P., Sila, 2013).

Hoja, plavanje in kolesarjenje veljajo za najpogostejše oblike gibalne aktivnosti tako moških kot žensk. Moški se v večji meri ukvarjajo z moštvenimi igrami (nogometom, košarko), ženske dajejo večji poudarek aerobiki in vadbi doma. Najpriljubljenejše gibalne aktivnosti žensk v letu 2008 so: hoja, sprehodi, plavanje, kolesarstvo, planinstvo in gornišstvo, aerobika, smučanje, ples, jutranja gimnastika, tek v naravi, badminton, fitnes (Pori, M., Pori, P., Sila, 2013).

### 3 Metode dela

Raziskava temelji na empirični kvantitativni anketni metodologiji. Prvi, vsebinski del raziskave temelji na pregledu literature. Iskalni bazi podatkov sta bili COBISS in Digitalna knjižnica Slovenije. Kot ključne besede so bile v različnih kombinacijah pri iskanju uporabljene: zdravje, gibanje, ženske, Prekmurje oziroma v angleškem jeziku: health, exercise, women, Prekmurje. Čas objave prispevkov, ki so bili upoštevani, je bil od leta 1996 do 2015.

Za izvedbo empirične kvantitativne raziskave je bila uporabljena metoda anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika.

V vzorec je bilo zajetih 20 žensk iz vaškega okolja v Prekmurju. Povprečna starost anketirank je bila 40 let. Najmlajša anketiranka je bila stara 16 let, najstarejša pa 71 let. Pri sestavljanju anketnega vprašalnika sem izhajala iz raziskave »Športnorekreativne navade Slovencev« (Sila, 2013). Vprašalnik, uporabljen v raziskavi, je vseboval dve demografski vprašanji, in sicer: starost in izobrazbo. Vsebinski del vprašalnika je vseboval vprašanja o pogostosti ukvarjanja z gibalno aktivnostjo, načinu in obliki gibalne aktivnosti ter vadbenih ciljih, pri slednjem je bila uporabljena Likertova merska lestvica v območju od 1 (sploh ne) do 5 (popolnoma). Pri vrsti gibalne aktivnosti so bile navedene najpriljubljenejše gibalne aktivnosti žensk v letu 2008.

Anketni vprašalniki so bili razdeljeni ženskam na vasi, le-te so se za sodelovanje odločile prostovoljno. Zbiranje podatkov je bilo izvedeno v skladu z zahtevami Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 59/99).

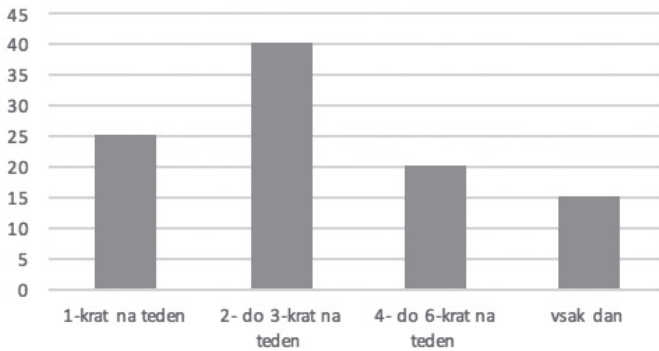
Pridobljeni podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 23.0. Za posamezne spremenljivke so bili izračunani osnovni statistični parametri, kot so povprečna vrednost, frekvenca in odstotkovni delež. S t-testom za neodvisne vzorce smo preverjali, ali obstajajo statistično značilne razlike med pogostostjo ukvarjanja z gibalno aktivnostjo in izobrazbo.

### 4 Rezultati

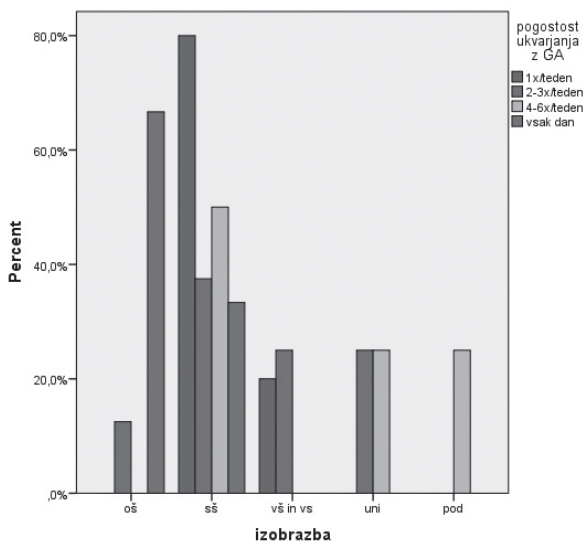
Pogostost ukvarjanja z gibalno aktivnostjo

Ugotovili smo, da je 40 % žensk na vasi gibalno aktivnih 2- do 3-krat na teden, 25 % je gibalno aktivnih 1-krat na teden, 20 % žensk 4- do 6-krat na teden, vsak dan se z gibalno aktivnostjo ukvarja 15 % žensk na vasi (slika 1).

**Slika 1: Pogostost ukvarjanja z gibalno aktivnostjo**



**Slika 2: Pogostost ukvarjanja z gibalno aktivnostjo glede na izobrazbo**



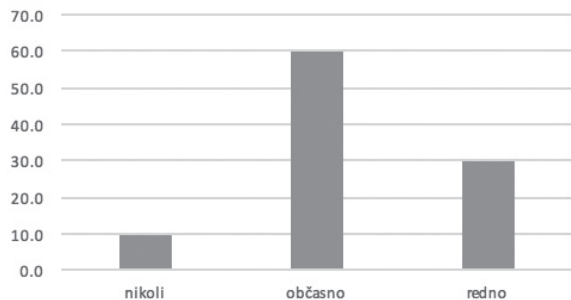
Slika 2 prikazuje pogostost ukvarjanja z gibalno aktivnostjo glede na izobrazbo. Raziskava ni pokazala statističnih razlik med pogostostjo ukvarjanja z gibalno aktivnostjo in višjo izobrazbo.

**Način in oblika ukvarjanja z gibalno aktivnostjo**

Z redno organizirano gibalno aktivnostjo se redno ukvarja 40 % žensk, občasno pa 30 %, kar skupaj znaša 70 %. Z redno neorganizirano gibalno aktivnostjo se občasno ukvarja 60 % žensk, redno pa 30 % žensk na vasi (slika 3).

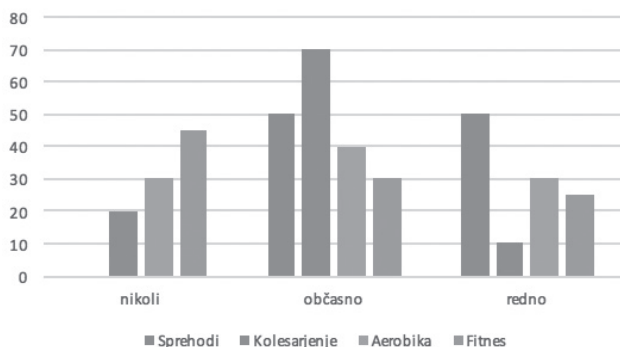


**Slika 3: Redna neorganizirana gibalna aktivnost in pogostost ukvarjanja (v %)**



### Vrste gibalne aktivnosti

**Slika 4: Odstotki najpogostejših vrst gibalnih aktivnosti na vasi in pogostost ukvarjanja**

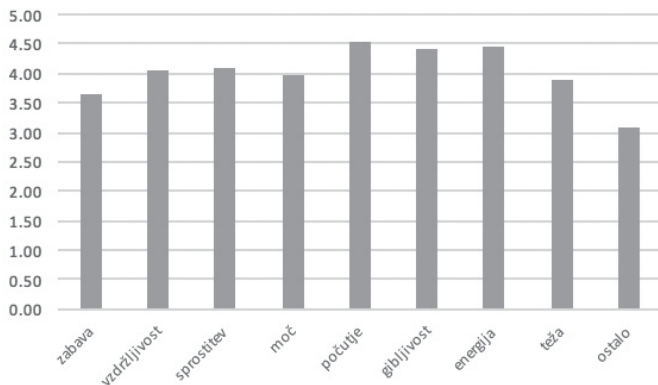


S hojo oz. sprehodi se redno in občasno skupaj ukvarja 100 % žensk in to je najpogostejša vrsta gibalne aktivnosti v ruralnem okolju. Občasno in redno skupaj kolesari 80 % anketirank, s 70 % sledi aerobika in nekaj več kot polovica anketirank je izbrala fitness (slika 4).

### Vadbeni cilji

Največkrat so kot najpomembnejši vadbeni cilj ženske na vasi izbrale boljše počutje, sledijo: več energije, izboljšana gibljivost, sprostitiv, izboljšana vzdržljivost, izboljšana mišična moč, izguba telesne teže in zabava ter ostalo (slika 5).

**Slika 5: Vadbeni cilji pri ukvarjanju z gibalno aktivnostjo**



## 5 Razprava

Namen raziskave je bil, preučiti, kakšna je pogostost ukvarjanja z gibalno aktivnostjo pri ženskah na vasi, opredeliti način in obliko gibalne aktivnosti, ugotoviti, s katerimi vrstami gibalne aktivnosti se ženske na vasi največ ukvarjajo ter kateri vadbeni cilji prevladujejo pri njih. Raziskava je pokazala, da je slaba polovica žensk na vasi gibalno aktivnih 2- do 3-krat na teden. Leta 1992 se je le slabih 15 % žensk redno ukvarjalo z gibalno aktivnostjo, leta 2008 že dobra tretjina (Doupona, 2010). Rezultati kažejo nekoliko večje redno in občasno ukvarjanje z gibalno aktivnostjo v primerjavi z raziskavo: »Športnorekreativne navade Slovencev« v letu 2008 (Pori et al., 2005), kjer je za pomursko regijo odstotek skupaj redno in občasno gibalno aktivnih 63 %. Doupona (2010) ugotavlja, da so ljudje, ki živijo v vaškem okolju, najmanj gibalno aktivni, tisti, ki so gibalno aktivni, pa se z gibalno aktivnostjo ukvarjajo pretežno neorganizirano in tudi le občasno (17,2 %). Kar 90 % žensk na vasi je redno in občasno neorganizirano aktivnih, kar velja pripisati načinu življenja na vasi. Le-to okolje pogosto ne omogoča velike izbire organiziranih oblik gibalne aktivnosti v primerjavi z urbanim okoljem. Ruralno okolje pa omogoča veliko možnosti in raznolikosti za ukvarjanje z gibalno aktivnostjo v naravnem okolju. Podatki 17. študije o športnorekreativni dejavnosti Slovencev kažejo, da je hoja najbolj priljubljena oblika gibalne aktivnosti (Pori, Sila, 2010), s slednjo se večinoma ukvarjajo ženske, kar potrjuje tudi raziskava, opravljena v vaškem okolju. S hojo se ukvarjajo na vasi vse ženske, polovica žensk redno, polovica pa občasno. Sledijo kolesarjenje in aerobika ter fitnes. Presenetljiv je rezultat, da plavanje ženske na vasi izbirajo le kot občasno gibalno aktivnost. V zadnji raziskavi o športnorekreativni dejavnosti v Sloveniji se je s plavanjem ukvarjala dobra tretjina žensk (Pori, Sila, 2010). Najpomembnejši vadbeni cilj žensk na vasi je boljše počutje. Izboljšana vzdržljivost je najpomembnejši vadbeni cilj pri višje izobraženih. V 40-letnem obdobju študij o športnorekreativni dejavnosti v Sloveniji je bila ugotovljena velika povezanost med stopnjo izobrazbe in pogostostjo ukvarjanja z gibalno aktivnostjo (Sila, 2010). Tega raziskava o gibalni aktivnosti žensk v ruralnem okolju ni potrdila. Sila (2010) opaža, da je odvisnost gibalne aktivnosti od izobrazbe veliko manjša kot je bila v preteklosti, ko so bili bolj izobraženi tudi bolj ozaveščeni ter tako gibalno aktivnejši.

## 6 Zaključek

Še nedolgo nazaj so ljudje, ki so se ukvarjali z gibalno aktivnostjo, sploh v ruralnem okolju veljali za »čudake« in brezdelneže. Tovrstnega mišljenja je sicer vse manj, kajti ljudje prepoznajo prednosti, ki jih ima gibalna aktivnost pri ohranjanju in krepitvi zdravja, torej posledično prispeva k boljši kakovosti življenja.

Rezultati raziskave so primerljivi z drugimi podobnimi v Sloveniji in potrjujejo, da se ženske v ruralnem okolju zavedajo pomena gibalne aktivnosti pri ohranjanju in krepitvi zdravja. Okolje pogosto ne omogoča velike izbire organiziranih oblik gibalne aktivnosti, kot je to urejeno v urbanem okolju. Spodbudno je, da poleg vseh ostalih aktivnosti, ki jih ženske v vaškem okolju opravljajo, najdejo čas še za gibalno aktivnost. V prihodnja raziskovanja bi bilo treba umestiti še intenzivnost gibalne aktivnosti in povečati vzorec anketirank. V ruralnem okolju so organizirane oblike gibalne aktivnosti redke, je pa izredno pomembno, da so le-te strokovno vodene, kajti šele takrat ima gibalna aktivnost pozitiven učinek na zdravje in pri tem ima pomembno vlogo politika lokalne skupnosti.

## Literatura

- Berčič, H. (2005). Povezanost športne rekreacije in celovitega zdravja ter športna rekreacija v posameznih starostnih obdobjih človeka. V: Barborič, K. (ur.). Psihologija športne rekreacije. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.
- Berčič, H. (1997). Povezanost različnih načinov športnorekreativnega udejstvovanja odraslih občanov s socialno-demografskimi značilnostmi in drugimi dejavniki. V: Sila, B. (ur.). Gibalna aktivnost odraslih prebivalcev Republike Slovenije. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo, 51–84.
- Doupona Topič, M. (2013). Vpliv socialne stratifikacije na značilnosti športno rekreativne dejavnosti v Sloveniji. *Revija Šport*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport. št. 1–2.
- Fras, Z. (2002). Predpisovanje telesne aktivnosti za preprečevanje bolezni srca in ožilja. *Zdravstveno varstvo*; 41(1/2): 27–34.
- Hlastan - Ribič, C., Djomba, JK., Zaletel - Kragelj, L., Maučec - Zakotnik, J., Fras, Z. (2010). Tvegana vedenja, povezana z zdravjem, in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije 2008 (Z zdravjem povezan vedenjski slog). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Petrović, K. (1996). Športnorekreativna dejavnost v Sloveniji 1996. Ljubljana: Inštitut za kineziologijo, Fakultete za šport.
- Pori, M., Sila, B. (2013). S katerimi športnorekreativnimi dejavnostmi se Slovenci najraje ukvarjamo? *Revija Šport*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport; št. 1–2.
- Pori, M., Sila, B. (2013). Priljubljenost športnorekreativnih dejavnosti v povezavi s spolom in izobrazbo. *Revija Šport*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport; št. 1–2.
- Pori, M., Pori, P., Sila, B. (2013). Športnorekreativne navade Slovencev. V: Jakovljevič, M. (ur.). Osnove športne rekreacije. Ljubljana: Športna unija Slovenije; 18–37.
- Sila, B. (2013). Športnorekreativna dejavnost Slovencev 2008. *Revija Šport*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport; št. 1–2.
- Sila, B. (2013). Delež športno dejavnih Slovencev in pogostost njihove športne dejavnosti. *Revija Šport*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport; št. 1–2.
- Slabe Erker, R., Ličen, S. (2014). Dejavniki gibalne aktivnosti in z zdravjem povezane kakovosti življenja. *Obzornik zdravstvene nege*; 48(2): 113–126. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.18>.
- Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/javno\\_zdravje/strategija\\_vlade\\_RS\\_podrocje\\_telesne\\_dejavnosti.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/javno_zdravje/strategija_vlade_RS_podrocje_telesne_dejavnosti.pdf) (20. 1. 2016).
- Strniša, K., Čagran, B. (2015). Analiza raziskav gibalne dejavnosti slovenskih osnovnošolskih otrok v zadnjih letih. *Revija za elementarno izobraževanje*; 3: 111–128. Dostopno na: [http://www.pef.um.si/content/Zalozba/clanki\\_2015\\_letnik8\\_stev3/REI%208%203%2007.pdf](http://www.pef.um.si/content/Zalozba/clanki_2015_letnik8_stev3/REI%208%203%2007.pdf) (20. 1. 2016).
- Strniša, K., Planinšec, J. (2014). Gibalna dejavnost otrok z vidika socialno-ekonomskih razsežnosti. *Revija za elementarno izobraževanje*; 7(1): 99–107. Dostopno na: [http://www.pef.um.si/content/Zalozba/clanki\\_2015\\_letnik8\\_stev3/REI%208%203%2007.pdf](http://www.pef.um.si/content/Zalozba/clanki_2015_letnik8_stev3/REI%208%203%2007.pdf) (20. 1. 2016).
- Škrbina, V. (2013). Gibalna aktivnost pri medicinskih sestrah, ki opravljajo enoizmensko in večizmensko delo. Magistrsko delo.

---

Vidmar, J. (1997). Športnorekreativna dejavnost odraslih prebivalcev Slovenije in nekateri kazalci zdravstvenega stanja. V: Sila, B. (ur.). Gibalna aktivnost odraslih prebivalcev Republike Slovenije. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo; 193–208.

Volmut, T., Pišot, R., Šimunič, B. (2013). Objectively Measured Physical Activity in Children Aged from 5 to 8 Years. Objektivno izmerjena gibalna aktivnost od pet- do osemletnih otrok. Zdravstveno varstvo. 52(1): 9–18. Dostopno na:

<http://www.degruyter.com/view/j/sjph.2013.52.issue-1/sjph-2013-0002/sjph-2013-0002.xml> (20. 1. 2016).

Zurc, J. (2012). Promocija gibanja pri zmanjševanju tveganj za pojav kroničnih bolezni: sistematična pregledna študija. V: Grmek - Košnik, I., Hvalič Touzery, S., Skela - Savič, B. (ur.). Kronične bolezni sodobne družbe: od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo; 54–65.

Zurc, J. (2012). Povezave med gibalno aktivnostjo in pojavnostjo bolečine v križu pri zdravstvenem osebju. Zdravstveno varstvo; 51(3): 207–222.

Zurc, J. (2008). Umeščenost gibalnih oz. športnih aktivnosti v strukturo prostega časa mladih. Socialno delo; 47(1/2): 37–51. Dostopno na: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-U-C3VD84Z> (21. 1. 2016).

viš. pred. mag. Cecilija Lebar  
pred. Vitoslava Marušič, dipl. del. ter., spec.  
Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani

# PRIMERJAVA ZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA DIJAKOV SPLOŠNE GIMNAZIJE IN SREDNJE ZDRAVSTVENE ŠOLE

## COMPARISON OF THE HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE OF THE SECONDARY HIGH SCHOOL AND NURSING PUPILS

### Povzetek

*Izhodišča:* Mladi imajo v sodobni družbi veliko priložnosti, da se vedejo ali delujejo v nasprotju z načeli zdravega življenjskega sloga.

*Metode:* Na Oddelku za delovno terapijo Zdravstvene fakultete smo s študenti raziskali življenjski slog srednješolcev (od 16 do 18 let). Za ugotavljanje življenjskega sloga mladostnikov smo uporabili vprašalnik »Adolescent Lifestyle Profile R-2«, ki vključuje področje odgovornosti za zdravje, fizičnih aktivnosti, prehrane, pogleda na življenje, medosebnih odnosov, obvladovanja stresa in duhovnosti. Vzorec predstavlja 280 srednješolcev (170 gimnazijcev in 110 zdravstvenikov). Zanimalo nas je, ali se navedeni skupini pomembno razlikujeta.

*Rezultati:* Povprečna ocena življenjskega sloga pri gimnazijcih je 2,56, pri zdravstvenikih pa 2,64 (višje povprečje pomeni bolj zdrav poročan življenjski slog). T-test je pokazal statistično pomembne razlike med skupinama ( $p = 0,03$ ).

*Diskusija:* Mladostnik z zdravim življenjskim slogom bo s precejšnjo verjetnostjo tak slog ohranil tudi v odrasli dobi in obratno, zato sta promocija zdravja in izobraževanje za zdravje vse pomembnejša. Zdravstveni delavci smo poklicani, da ljudi izobražujemo o zdravju.

*Ključne besede:* mladostnik, življenjski slog, promocija zdravja, delovna terapija.

### Abstract

*Introduction:* Young people in modern society have many opportunities to behave and act in a way that is not in line with a healthy lifestyle.

*Methods:* The lifestyle of students of secondary school (ages 16 to 18) was studied by the members of Faculty of Health Sciences, Department of Occupational Therapy and our students. To determine the lifestyle of adolescents, we used the questionnaire »Adolescent Lifestyle Profile R-2«, which includes the areas of responsibility for health, physical activity, nutrition, outlook on life, interpersonal relationships, stress management and spirituality. Our sample consists of 280 secondary school pupils; (170 high schoolers and 110 nursing pupils). We wanted to know whether there is a significant difference between these two groups.

*Results:* The average score of lifestyle for high schoolers was 2.56 and for nursing pupils 2.64 (higher average shows healthier reported lifestyle). T-test showed statistically significant differences between these two groups ( $p = 0.03$ ).

*Discussion:* Youngsters with healthy lifestyle will probably preserve this lifestyle in adulthood, and the same can be said for those with unhealthy lifestyles. This is why health promotion and health education are gaining in importance. Health professionals are on a mission to educate people about health.

*Key words:* adolescent, lifestyle, health promotion, occupational therapy.

## 1 Izhodišča

Večina mladostnikov v Sloveniji je zadovoljna z življenjem in dobro ocenjuje svoje zdravje (Koprivnikar in sod., 2012). Skrb za zdravje mladostnikov je pomemben kazalec družbene, pravne, zdravstvene in ekonomske urejenosti, kulturne zrelosti, humanosti in pravičnosti posamezne države (Kostanjevec in sod., 2005). V obdobju mladostništva se povečajo zahteve iz okolja (Khan, 2000), ki so pogojene z družbenimi, kulturnimi in ekonomskimi dejavniki, od katerih je odvisno tudi oblikovanje posameznikovega življenjskega sloga. Za mladostništvo je značilen intenziven bio-psiho-socio-duhovni razvoj, mladi postopno prevzemajo odgovornost za način življenja in lastno zdravje. Ena takih kritičnih tranzicij, ki deluje kot most med otroštvom in odraslostjo, so zadnji letniki srednje šole in prehod na fakulteto (Lee, Loke, 2005; Rozmus et al., 2005), ko se odgovornost in avtonomnost še povečujeta. V prehodnem obdobju pred vstopom na fakulteto je še čas za vzpostavitev zdravega življenjskega sloga (Dinger, Wai, 1997). Musek in Pečjak (1995) sta zapisala, da se človek v mladostništvu izoblikuje za vlogo odrasle osebe, ki bo morala skrbeti sama zase in za druge.

Posameznikov življenjski slog se razvija skozi celotno življenje. Vedenje, povezano z življenjskim slogom, se začne oblikovati v otroštvu. Pri razvoju vedenjskega sloga so ključni ožje okolje – družina in učitelji ter otrokova lastna raven aktivnosti in samodejavnosti (Videmšek, Pišot, 2007).

Zdrav življenjski slog je definiran kot vedenje, ki vpliva na zdravstveno stanje in vključuje: skrb za zdravje, fizične aktivnosti, prehrano, duhovno rast, medosebne odnose in ravnanje s stresom (Hendricks, Murdaugh, Pender, 2006). V mladostništvu pridobljeni vzorci vedenja vplivajo na zdravje in kakovost življenja v odrasli dobi (Khan, 2000). Wang (2009) trdi, da bi se številnim dejavnikom tveganja lahko izognili, če bi destruktivne načine vedenja prepoznali in spreminjali že v mladostništvu. Po ugotovitvah Kostanjevca in sod. (2005) je v Sloveniji kar nekaj zdravstvenovzgojnih programov, vendar le-ti med mladostniki niso najbolj razumljeni in sprejeti, zato ne zaživijo v vsakdanjem življenju. Tukaj se pojavi vloga zdravstvenih delavcev in učiteljev (promotorjev zdravega načina življenja), ki bi morali oblikovati take programe, ki bodo mlade pritegnili, ozaveščali in prepričali o smislu zdravega načina življenja. Promotorji in mladostniki morajo skupaj iskati nasprotno argumente in alternativne rešitve za ovire zdravega življenjskega sloga.

Med promotorje zdravega življenjskega sloga se uvrščajo tudi delovni terapevti. Thibeault in Hebert (1997) sta raziskovala združljivost promocije zdravja s temelji delovne terapije in ugotovila, da se filozofska osnova promocije zdravja konceptualno ujema z delovno terapijo. Pozneje so se znotraj delovne terapije pojavili posebni programi (Clark et al., 2015) in modeli (Velde, Fidler, 2002) za promocijo zdravega življenjskega sloga.

V srednješolskem obdobju je mladostnikova osveščenost lahko odvisna tudi od šole, ki jo obiskuje. Na primer: splošna gimnazija je usmerjena v zagotavljanje široke splošne izobrazbe, ki mladostnike pripravi za nadaljnji študij (MIZŠ, 2016), programi srednje zdravstvene šole pa so usmerjeni v pridobivanje kompetenc skrbi za lastno zdravje in zdravje drugih (SZŠ LJ, 2016). Da bi preverili, ali med dijaki splošne gimnazije in dijaki srednje zdravstvene šole obstaja pomembna razlika glede življenjskega sloga, smo izvedli raziskavo, ki je predstavljena v tem prispevku.

## 2 Metode

Na Oddelku za delovno terapijo Zdravstvene fakultete v Ljubljani smo izvedli projekt Življenjski slog mladostnikov. Raziskovalno skupino sta sestavljali 2 profesorici in 10 študentov absolventov, ki so izvedli ankete. Pred začetkom anketiranja so bili študenti s strani profesorice poučeni na temo življenjskega sloga, o metodologiji dela in etičnem vidiku raziskovanja. V projekt je bilo vključenih 10 različnih srednjih šol. Za ta prispevek bodo v skladu z namenom raziskave predstavljeni izsledki za splošne gimnazije in srednje zdravstvene šole. V raziskavo so bili vključeni dijaki tretjih in četrth letnikov 6 razredov splošne gimnazije in 6 razredov srednje zdravstvene šole.

### 2.1 Etični vidik raziskave

V vključene srednje šole je bil dostavljen dopis, v katerem so bili predstavljeni projekt in namen raziskave ter prošnja za sodelovanje. Glede na odziv šole se je študent raziskovalec dogovoril za čas, kraj in način anketiranja. Če je bila na voljo računalniška učilnica, je bila izvedena spletna anketa, sicer pa klasična anketa. V vsakem primeru je bil pri anketiranju prisoten študent raziskovalec, ki je dijakom najprej pojasnil, da je anketa prostovoljna, in od zainteresiranih pridobil podpisno izjavo o sodelovanju. Tistim, ki so pristopili k anketi, je še enkrat natančneje predstavil vsebino in namen ankete ter podal osnovna navodila za izpolnjevanje. Anketa je bila anonimna. V primeru klasične izvedbe ankete so jih anketarji vnesli v spletno anketo.

### 2.2 Vključeni v raziskavo

V raziskavi je sodelovalo 280 dijakov, od tega 170 dijakov splošne gimnazije in 110 dijakov srednje zdravstvene šole.

### 2.3 Instrument

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen vprašalnik o življenjskem slogu – Adolescent Lifestyle Profile © (ALP-R2), za katerega smo pridobili soglasje avtorjev (Hendricks, Pender, Murdaugh, 2006) in ga prevedli v slovenščino. ALP meri frekvenco aktivnosti in vzorcev vedenja, ki prispevajo k zdravemu življenjskemu slogu mladostnikov. Vprašalnik je sestavljen iz 44 vprašanj, ki za merjenje frekvence vključevanja v aktivnosti/vzorci vedenja uporablja štirikotno Likertovo skalo: 1 – nikoli, 2 – včasih, 3 – pogosto in 4 – zmeraj. Vprašalnik je sestavljen s področij: odgovornost za zdravje, fizične aktivnosti, prehrana, pozitiven pogled na svet, medosebni odnosi, obvladovanje stresa in duhovno zdravje. Avtorji vprašalnika priporočajo računanje povprečij za celoten vprašalnik in za vsako od naštetih področij posebej, kar omogoča smiselno primerjavo med področji (višje povprečje pomeni boljši življenjski slog v celoti oziroma na posameznem področju). ALP je bil uporabljen v raznih študijah, ki so potrdile visoko zanesljivost – Cronbachova alfa za cel vprašalnik je 0,92 (Hendricks, Murdaugh, Pender, 2006). Naša izračunana Cronbachova alfa je 0,85. ALP-ju je bilo na koncu dodanih še nekaj vprašanj o sociodemografskih značilnostih vzorca: starost, spol, bivanje, šola, število sorojencev in uspeh v prejšnjem šolskem letu.

### 2.4 Analiza podatkov

Za analizo podatkov je bil uporabljen Statistični paket za socialne študije, verzija 22 (SPSS, Čikago). Izračunana je bila deskriptivna statistika za demografske podatke in za ALP. Preverjena je bila notranja zanesljivost vprašalnika s koeficientom Cronbachova alfa. Pred nadaljevanjem računanja statistik, je bila preverjena normalnost porazdelitev podatkov, za kar je bil uporabljen koeficient asimetrije (skewness) in koeficient sploščenosti (kurtosis). Glede na ta dva koeficienta, ki sta se gibala znotraj vrednosti  $-2$  in  $2$ , kar pomeni dokaj normalno porazdelitev (George, Mallery, 2006), smo potem za ugotavljanje pomembnosti razlik med skupinami uporabili neodvisni t-test (s sprejetim tveganjem  $p \leq 0,05$ ) in koeficient korelacije za ugotavljanje povezav med spremenljivkami.

### 3 Rezultati

Anketo je izpolnilo 170 dijakov splošnih gimnazij (v nadaljevanju gimnazijci) in 110 dijakov srednjih zdravstvenih šol (v nadaljevanju zdravstveniki). Med gimnazijci je bilo 85 (50 %) deklet in 85 (50 %) fantov, med zdravstveniki pa 74 (67 %) deklet in 36 (33 %) fantov. Povprečna starost gimnazijcev je bila  $17,41 \pm 0,6$  leta, zdravstvenikov pa  $16,85 \pm 1,09$  leta. Starostna struktura je homogena, saj so v anketo bili vključeni le tretji in četrti letniki. Gimnazijci prihajajo v 47 % iz mesta, v 53 % pa z vasi, zdravstveniki v 34 % iz mesta in v 66 % z vasi. Med gimnazijci je bil v prejšnjem šolskem letu povprečni uspeh 3,54, med zdravstveniki pa 3,75, kar verjetno kaže na različno zahtevnost programov. V tabeli 1 je prikazana primerjava nekaterih demografskih podatkov med skupinama.

**Tabela 1: Sociodemografske značilnosti vzorca**

	Gimnazijci				Zdravstveniki			
	Spol		Bivanje		Spol		Bivanje	
	Dekleta	Fantje	Mesto	Vas	Dekleta	Fantje	Mesto	Vas
f	85	85	80	90	74	36	38	72
%	50	50	47,1	52,9	67,3	32,7	34,5	65,5

	Starost	Število sorojencev	Uspeh prejš. šol. leta	Starost	Število sorojencev	Uspeh prejš. šol. leta
N	170	170	170	110	110	110
Povprečje	17,41	1,52	3,54	16,85	1,14	3,75
Standardni odklon	0,60	0,94	0,905	1,09	0,88	1,02
Minimum	16	0	1	14	0	1
Maksimum	19	5	5	19	4	5

Vir: anketni vprašalnik, 2015

#### 3.1 Življenjski slog – primerjava med skupinama

Povprečna vrednost za cel ALP znaša pri gimnazijcih  $2,61 \pm 0,32$ , pri zdravstvenikih pa  $2,69 \pm 0,27$ . Neodvisni t-test je pokazal, da je navedena razlika med skupinama statistično pomembna ( $p = 0,026$ ). Najvišje povprečje je bilo pri gimnazijcih doseženo na področju medosebnih odnosov ( $2,99 \pm 0,43$ ), najnižje pa na področju odgovornosti za zdravje ( $1,95 \pm 0,39$ ). Tudi zdravstveniki so dosegli najvišje povprečje na področju medosebnih odnosov ( $3,09 \pm 0,42$ ), najnižje pa pri duhovnem zdravju ( $2,09 \pm 0,59$ ). Izračunana povprečja, standardni odklon, t- in p-vrednosti za posamezno področje so prikazani v tabeli 2.



**Tabela 2: Primerjava povprečij ALP med gimnazijci in zdravstveniki**

Izob. smer	Gimnazijci		Zdravstveniki		t-vrednost (p-vrednost)
	N = 170		N = 110		
Vzorec					
Področje	Povprečje	Stand. odklon	Povprečje	Stand. odklon	
Odgovornost za zdravje	1,95	,39	2,17	,40	-4,70 (p = 0,00)
Fizične aktivnosti	2,80	,60	2,66	,53	1,97 (p = 0,05)
Prehrana	2,52	,47	2,58	,44	-1,01 (p = 0,31)
Pozitiven pogled na svet	2,93	,49	3,04	,42	-1,83 (p = 0,07)
Medosebni odnosi	2,99	,43	3,09	,42	-1,94 (p = 0,05)
Obvladovanje stresa	2,77	,40	2,92	,41	-2,99 (p = 0,00)
Duhovno zdravje	2,05	,56	2,09	,59	-0,56 (p = 0,58)
ALP (celota)	2,61	,32	2,69	,27	-2,23 (p = 0,026)

Sprejeta stopnja tveganja  $p \leq 0,05$ .

Vir: anketni vprašalnik, 2015

### 3.2 Povezanost demografskih podatkov in ALP

Izračunan je bil Pearsonov koeficient za ugotavljanje povezanosti med nekaterimi sociodemografskimi značilnostmi vzorca in celotnim ALP ter posameznimi področji življenjskega sloga. Tabela 3 predstavlja primerjavo koeficientov korelacije med gimnazijci in zdravstveniki. Statistična analiza je pokazala, da pri obeh skupinah obstaja statistično pomembna razlika ( $p \leq 0,05$ ), vendar nizka pozitivna povezanost (Sagadin, 2003) med spolom in medosebnimi odnosi. Pri skupini gimnazijcev se je pokazala še nizka pozitivna povezanost med spolom in fizičnimi aktivnostmi ( $p \leq 0,01$ ). Pri zdravstvenikih pa se je pokazala nizka pozitivna povezanost med številom sorojencev in celotnim življenjskim slogom ( $p \leq 0,05$ ) ter številom sorojencev in duhovnim zdravjem ( $p \leq 0,05$ ).

**Tabela 3: Primerjava povezanosti (Pearsonov koeficient) sociodemografskih podatkov in področij ALP med šolama**

Področje	Šola	Spol	Bivanje	Št. soroj.	Usp. prjej. š. l.
ALP (celota)	Gimnazijci	0,029	0,011	0,087	0,128
	Zdravstveniki	-,188*	0,058	,239*	0,035
Odgovornost za zdravje	Gimnazijci	-0,045	-0,055	-0,007	0,061
	Zdravstveniki	0,006	0,12	0,169	0,101
Fizične aktivnosti	Gimnazijci	,266**	-0,064	0,061	0,095
	Zdravstveniki	-0,033	0,044	0,042	-0,109
Prehrana	Gimnazijci	0,025	-0,082	0,081	0,143
	Zdravstveniki	-0,171	0,095	0,16	-0,081
Pozitiven pogled na svet	Gimnazijci	0,138	0,046	0,015	0,097
	Zdravstveniki	-0,105	0,002	0,066	0,017
Medosebni odnosi	Gimnazijci	-,350**	0,022	-0,12	0,04
	Zdravstveniki	-,209*	-0,091	0,106	0,048
Obvladovanje stresa	Gimnazijci	0,051	-0,019	0,105	0,031
	Zdravstveniki	-0,163	0,092	0,167	0,113
Duhovno zdravje	Gimnazijci	-0,021	,188*	,194*	0,086
	Zdravstveniki	-0,098	-0,048	,238*	0,112

\*\* Sprejeta stopnja tveganja je 0,01 (2-tailed).

\* Sprejeta stopnja tveganja je 0,05 level (2-tailed).

Vir: anketni vprašalnik, 2015

## 4 Diskusija

Raziskava je pokazala, da imajo zdravstveniki višje povprečje ALP kot gimnazijci, kar je v skladu z našimi pričakovanji. Dijaki srednje zdravstvene šole imajo že zaradi same narave poklica, za katerega se izobražujejo, v učnem programu več zdravstvenovzgojnih vsebin kot dijaki splošne gimnazije, kar se je odrazilo v višji povprečni oceni življenjskega sloga. Do podobnih rezultatov so prišli tudi v turški in nemški raziskavi, kjer so primerjali življenjski slog med študenti zdravstvenih in nezdravstvenih študijskih smeri. V turški raziskavi so razlike med skupinama ravno tako pripisali bolj v promocijo zdravja usmerjenemu izobraževalnemu programu, v nemški pa o razlogih niso razpravljali (Gulbeyaz Can et al., 2008; Keller et al., 2008).

Tako gimnazijci kot zdravstveniki so dosegli najvišje povprečje na področju medosebnih odnosov. Slednje področje vključuje odnose z družinskimi člani, vrstniki in prijatelji. Družina je pomemben dejavnik za posameznikovo fizično in duševno zdravje ter mu nudi podporo pri soočanju z življenjskimi težavami (Ule, 2011), saj mladostnik še nima rzsodnosti in zrelosti za samostojno življenje ter je izrazito čustveno ranljiv (Doblehar, 2009). V mladostniškem obdobju pa postajajo vse pomembnejši tudi medvrstniški odnosi in prijateljstva. Mladostnik se povezuje predvsem s tistimi vrstniki, ki imajo podobna zanimanja in težave (Musek, Pečjak, 1995). Raziskave kažejo, da mladi prijateljstvo močno cenijo in ga na lestvici najpomembnejših vrednot v življenju postavljajo v sam vrh (Reiner, 2006). V turški raziskavi se je področje medosebnih odnosov ravno tako uvrstilo zelo visoko, in sicer na drugo mesto (Gulbeyaz Can et al., 2008).

Positiven pogled na svet oziroma miselna naravnost je področje znotraj ALP, ki so ga gimnazijci in zdravstveniki uvrstili na drugo mesto. Positiven pogled na svet pomeni usmerjenost v prihodnost, pričakovanje prihodnosti in zadovoljstvo s samim seboj (Hendricks, Pender, Murdaugh, 2006). Med skupinama je ugotovljena razlika v doseženem povprečju, in sicer v korist zdravstvenikov, vendar pa ta razlika ni statistično pomembna ( $p = 0,07$ ). Dalajlama (2005) pravi, da je miselna naravnost ključnega pomena za človekovo doživljanje vsakdanjega življenja. Glede na ekonomsko in begunsko krizo je uvrstitev tega področja po eni strani presenetljiva, po drugi pa vemo, da mladi dostikrat živijo v svojem svetu in jih aktualna politična, ekonomska ali kulturna kriza ne zanima.

Zanimivo je področje odgovornosti za zdravje, pri katerem so gimnazijci dosegli najnižje povprečje. Na tem področju se doseženi povprečji med skupinama statistično razlikujeta ( $p < 0,001$ ). Kar še posebej lahko pripišemo učnemu programu in usmerjenosti zdravstvenikov v zdravje. Vemo pa, da ljudje začnemo bolj skrbeti za zdravje, ko nas kaj boli oziroma ko imamo težave z zdravjem, obdobje mladostništva pa naj bi bilo po zapisu Svetovne zdravstvene organizacije najbolj zdravo starostno obdobje (Koprivnikar in sod., 2012). V turški raziskavi so pri obeh skupinah dosegli višje povprečje kot v naši, se je pa tudi pri njih pokazala statistično pomembna razlika v prid študentov zdravstva ( $1,97 : 2,23$ ,  $p < 0,001$ ) (Gulbeyaz Can et al., 2008). Višje povprečje pri turških študentih bi lahko pripisali tudi njihovi zrelosti, saj je bila povprečna starost vključenih 21, naših pa 17 let.

Precej nizko se je v naši raziskavi uvrstilo področje duhovnega zdravja, in sicer pri zdravstvenikih na zadnje, pri gimnazijcih pa na predzadnje mesto. Med skupinama ni statistično pomembne razlike. Duhovno področje je koncept, ki ga je najtežje razumeti in zato tudi opredeliti. Tu (2006) ga je opisal kot notranjo samorefleksijo in spoznanje posameznikovega vrednostnega sistema v povezavi s človekovim obstojem. Primerjava s turško raziskavo je v tem primeru zelo zanimiva, saj se je področje duhovnosti pri njih v obeh skupinah uvrstilo na prvo mesto. Turški raziskovalci so to pripisali turški kulturi in vrednostnemu sistemu, čeprav so navedli potrebo po natančnejši raziskavi tega področja (Gulbeyaz Can et al., 2008). Tudi v Sloveniji duhovno zdravje ni najbolj raziskano.

Izračunana korelacija med ALP in nekaterimi sociodemografskimi podatki je pokazala le nekaj statistično pomembnih povezav. Pri obeh skupinah je nizka povezanost med spolom in področjem medosebnih odnosov, v obeh primerih v prid deklet. Gimnazijke so dosegle povprečje  $2,65 \pm 0,5$ , gimnazijci pa  $2,97 \pm 0,57$ . Zdravstvenice so dosegle povprečje  $2,68 \pm 0,56$ , zdravstveniki pa  $2,64 \pm 0,48$ .

Pri gimnazijah se je pokazala tudi nizka statistično pomembna povezanost med spolom in področjem fizičnih aktivnosti, tokrat v prid fantom. Gimnazijke so dosegle povprečje  $2,65 \pm 0,59$ , gimnazijci pa  $2,97 \pm 0,57$ . Egli in sodelavci (2011) pravijo, da so moški za fizične aktivnosti bolj notranje motivirani (izziv in užitek), ženske pa s strani zunanjih dejavnikov, kot so zunanji videz in zdravstveni razlogi. To pojasni, da je pri moških motiv lahko nenehno prisoten, pri ženskah pa je odvisen od trenutne situacije. Razlog, zakaj se povezuje med spolom in fizičnimi aktivnostmi ni pokazala tudi pri zdravstvenikih, bi lahko iskali v premajhnem številu fantov v vzorcu zdravstvenikov.

Pri zdravstvenikih pa se je pokazala nizka pozitivna statistično pomembna povezanost med številom sorojencev in celotnim povprečjem ALP ter področjem duhovnega zdravja. Torej več kot ima mladostnik bratov in sester, višji je njegov življenjski slog v celoti, še posebej pa se to poveže s področjem duhovnega zdravja. Neznatna pozitivna povezanost med številom sorojencev in duhovnim področjem se je pokazala tudi pri gimnazijah. Duhovno zdrav človek je ljubeč, potrpežljiv in soljudem odpušča; z duhovno zavestjo, kaj je pomembno v življenju in svetu (Skoberne, 2002).

## 5 Zaključek

Namen v prispevku predstavljene raziskave je bil, primerjati zdrav življenjski slog med gimnazijci in dijaki srednje zdravstvene šole. Glavna ugotovitev raziskave je, da se življenjski slog med tema dvema skupinama statistično pomembno razlikuje – tako v celoti kot na nekaterih področjih ALP-skale. Po pričakovanjih – glede na smer srednje šole – se je največja statistično pomembna razlika pokazala na področju skrbi za zdravje, in to v prid zdravstvenikom. Na področju fizičnih aktivnosti pa je razlika v prid gimnazijcev, vendar bi ta rezultat lahko postavili pod vprašaj, saj je v skupini zdravstvenikov bilo zastopano bistveno manj fantov kot v skupini gimnazijcev, ugotovljena je bila namreč statistično pomembna korelacija med spolom in področjem fizičnih aktivnosti – v prid fantov.

Iz predstavljene raziskave lahko sklepamo, da se zdravstvenovzgojne vsebine v učnem programu zdravstvenikov odražajo na zdravem življenjskem slogu dijakov, vendar bi za zanesljivejšo trditev bilo treba vzorec razširiti na druge srednje šole in vključiti večje število dijakov.

Zdravstveni delavci smo poklicani, da mlade ozaveščamo in učimo o zdravem življenjskem slogu kot pomembni naložbi za življenje. V svetu so delovni terapevti pomembni promotorji zdravega življenjskega sloga, saj je posameznikovo vključevanje v smiselne življenjske aktivnosti glavni namen delovne terapije.

## Literatura

- Clark, F. A., et al. (2015). *Lifestyle Redesign: The Intervention Tested in the USC Elderly Studies*. 2nd ed. Severna Kalifornija: AOTA Press; 3–206.
- Dalai Lama Biography. Dostopno na: <http://www.biography.com/people/dalai-lama-9264833> (1. 2. 2016).
- Dinger, M. K., Waigandt, A. (1997). Dietary Intake and Physical Activity Behaviors of Male and Female College Students. *Am. J. Health Promot*; 11: 360–362.
- Doblehar, U. (2009). Vloga staršev pri osamosvajanju mladostnika. *Socialna pedagogika*; 13(1): 37.
- Egli, T., Bland, H. W., Melton, B. F., Czech, D. R. (2011). Influence of Age, Sex, and Race on College Students' Exercise Motivation of Physical Activity. *Journal of American College Health*; 59(5): 399–406. Dostopno na: <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2010.513074>
- George D., Mallery, P. (2006). *SPSS for Windows Step by Step*. Boston: Pearson.
- Gulbeyaz, C., et al. (2008). Comparison of the health-promoting lifestyle of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nursing and Health Sciences*; 10: 273–81.

- Hendricks, C., Murdaugh, C., Pender, N. (2006). The Adolescent Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses Association*; 17(2), 1–5.
- Keller, S., Maddock, J. E., Hannover, W., Thyrian, J. R., Basler, H. D. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Prev. Med*; 46: 189–95.
- Khan, A. (2001). Adolescents and Reproductive Health in Pakistan: a literature review. V: Shireen, S. I. (ur.). *Body, Mind, and Spirit in Sexual Health: national conference report*, 13.–15. februarja 2001. Islamabad, Pakistan.
- Koprivnikar, H., Drev, A., Jeriček Klanšček, H., Bajt, M. (2012). Izhodišča za načrtovanje politik, Z zdravjem povezana vedenja mladostnikov v Sloveniji – izzivi in odgovori. Ljubljana: IVZ RS; 9.
- Kostanjevec, S., Torkar, G., Gregirčič, M., Gabrielčič, M. (ur.). (2005). *Življenjski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje*. Ljubljana: IVZ RS; 1–80.
- Lee, R. L., Loke, A. J. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs*; 22: 209–20.
- MIZŠ, Skupne informacije o srednjih šolah in programih. Dostopno na: [http://eportal.mss.edus.si/msswww/programi2015/programi/skupne\\_inf.htm#131](http://eportal.mss.edus.si/msswww/programi2015/programi/skupne_inf.htm#131) (1. 2. 2016).
- Musek, J., Pečjak, V. (1995). *Psihologija*. Ljubljana: Educy.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Toronto: Prentice Hall.
- Rener, T., Sedmak, M., Švab, A. (ur.). (2006). *Družine in družinsko življenje*. Koper: Založba Annales.
- Rozmus, C. L., Evans, R., (2005). Wysochansky, M., Mixon, D. An Analysis of Health Promotion and Risk Behaviours of Freshman College Students in a Rural Southern Setting. *J. Pediatr. Nurs*; 20: 25–33.
- Sagadin, J. (2003). *Statistične metode za pedagoge*. Maribor: Obzorja.
- Skoberne, M. Duhovnost in duhovno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*. 2002; 36: 23–31.
- SZŠ LJ. Programi. Dostopno na: <http://szslj.si/programi/zdravstvena-nega/> (2. 2. 2016).
- Thibeault, R., HeÂbert, M. A. Congruent model for health promotion in occupational therapy. *Occupational Therapy International*. 1997; 4: 271–93.
- Thoresen, C. E., Harris, A. H. S., Oman, D. Spirituality, religion, and health: evidence, issues, and concerns. V: *Faith and Health: Psychological Perspectives*. Plante, T. G., Sherman, A. C, (ur.). New York: Guilford Press; 2001: 15–52.
- Tu, M. S. Illness: An Pportunity for Spiritual Growth. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*. 2006; 12 (10): 1029–33.
- Ule, M. Spremembe odraščanja in nove identitetne politike. *Sodobna pedagogika*. 2011; 3: 91–103.
- Velde, B, Fidler, G. *Lifestyle Performance: A Model for Enganging the Power of Occupation*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 2002: 3–185.
- Videmšek, M., Pišot, R. *Šport za najmlajše*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport; 2007.
- Wang, W. H. Chinese International Students' Cross-Cultural Adjustment in the U. S.: The Roles of Acculturation Strategies, Self-Construals, Perceived Cultural Distance, and English Self-Confidence. Texas: The University of Texas at Austin; 2009. Dostopno na: <https://www.lib.utexas.edu/etd/d/2009/wangw58087/wangw58087.pdf>

**Zdravko Maček, dipl. physioth.**

Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju, Krapinske Toplice, Zdravstveno veleučilište, Zagreb

**Doc. ddr. Joca Zurc**

Alma Mater Europaea – ECM

## **STAVOVI STARIJIH OSOBA O FIZIČKOJ AKTIVNOSTI ATTITUDES OF ELDER PEOPLE ABOUT PHYSICAL ACTIVITY**

### **Sažetak**

*Uvod: Fizička aktivnost preduvjet je dobre mobilnosti, što osobi olakšava zadovoljavanje osnovnih bioloških potreba, te potreba za uključivanjem u društvo, osjećajem sposobnosti, samopouzdanja i zadovoljstva samim sobom. Baveći se grupnim fizičkim aktivnostima, pojedinac stiče sve dobrobiti fizičke aktivnosti, a fizička aktivnost mu je i »ulaznica« u društvenu mrežu. Cilj istraživanja je doprinijeti razumijevanju stavova, osjećaja i zadovoljstva starijih osoba, koje su uključene u Program vježbanja za starije osobe u gradu Krapini, prema fizičkim aktivnostima i uključenosti u društvo putem vježbanja.*

*Metode: Istraživanje je provedeno empirijskom kvalitativnom metodom, polustrukturiranog intervjua. Podaci iz intervjua obrađeni su u skladu s metodom kvalitativne tematske analize otvorenog kodiranja. Teme intervjua odnosile su se na općeniti stav starijih ljudi o vježbanju, zadovoljstvo vježbanjem i uključenosti u društvo putem vježbanja, osjećaj sugovornica o tome kako okolina doživljava njihovo vježbanje, te kako u vježbanje uključiti više ljudi. Uzorak ispitanika činile su četiri ženske osobe, izabrane metodom snježne kugle iz grupe žena koje se tri puta tjedno bave vježbanjem.*

*Rezultati: Sugovornice su pokazale izgrađene navike i znanja o fizičkoj aktivnosti, pozitivne stavove i zadovoljstvo bavljenjem fizičkom aktivnosti, te naglašavaju korisnost fizičke aktivnosti za zdravlje. Sugovornice negativno doživljavaju stavove okoline prema njihovoj navici vježbanja.*

*Rasprava: Istraživanje ukazuje da je fizička aktivnost starijih ljudi dobar način ostvarivanja modela zdravog i aktivnog starenja, ali za popularizaciju vježbanja potrebno je utjecati na stvaranje pozitivnih stavova društva prema vježbanju. Istraživanje će doprinijeti razumijevanju načina kako u programe vježbanja uključiti više starijih osoba.*

*Ključne riječi: zadovoljstvo, fizička aktivnost, psihosocijalno funkcioniranje, kvalitativno istraživanje*

## Abstract

*Introductory: Physical activity is a postulate for a good mobility, which makes easier for the person to fulfil the essential biological requirements and requirements to join some social interactions and the feeling of capacity, self confidence, self satisfaction. The goal of the research is to contribute to the understanding of attitudes and feelings of elder people, which are included in the »Exercising program for elder people in the city of Krapina« towards the physical exercise, and their contentment with the participation in society through exercising.*

*Method: The research is carried out with an empirical qualitative methodology with semi-structured interviews. Data from the interviews were analysed with the thematic qualitative analysis of the open coding. The interview topics were relating on the general attitude of elder people towards exercising, satisfaction with exercising and being included into society through exercising, the sensation of the speakers about how the surrounding experiences their exercising and how to include more people into exercising. The example of the examinees consists of four female persons, which were chosen with the snowball sampling from a group of women who practise recreational exercising three times a week.*

*Results: The results showed habits and knowledge about physical activity, positive attitudes and satisfaction of physical activities, and emphasize the usefulness of physical activity. They negatively perceived the attitudes of the community towards their habits of exercise.*

*Discussion: The study suggests that physical activities of elder people are a good way of encouraging the healthy and active aging, but for the popularisation of exercise it is necessary to influence the development of positive attitudes of society towards exercise. The research will in some ways contribute to the understanding how to include more elder people in the program of exercising.*

*Key words: satisfaction, physical activity, psychosocial functioning, qualitative research*

## 1 Uvod

Složenost biopsihosocijalnih utjecaja na ljudsko starenje uvjetuje da se razumijevanju mora pristupiti holistički, uključujući sve faktore koji na procese starenja utječu. Fizičke, psihološke i socijalne osobine pojedinca razvijaju se različitim tempom i na različite načine, postižu svoj maksimum u različito vrijeme, ostaju na maksimalnoj razini jedno vrijeme i zatim počinju opadati (Despot Lučanin, 2003, Brown, 2005, Lepan, Leutar, 2012).

Fizička aktivnost omogućuje osobi da održava i izgrađuje motoričke sposobnosti kao što su snaga i fleksibilnost mišića, ravnoteža, brzina i spretnost pokretanja te razvoj motoričkih vještina (Vuori, 2005, Brown, 2005, Lepan, Leutar, 2012, Crane i sur. 2013). Fizička aktivnost preduvjet je dobre mobilnosti, što osobi olakšava zadovoljavanje osnovnih bioloških potreba, potreba za uključivanjem u društvene interakcije, te osjećaja sposobnosti, samopouzdanja i zadovoljstva samim sobom (Lepan, Leutar, 2012). Pod fizičkom aktivnošću se smatra bilo kakvo fizičko djelovanje koje rezultira energetsom potrošnjom većom od one u stanju mirovanja (Caspersen i sur., 1985), a može se provoditi u različitim oblicima i intenzitetima. Fizička aktivnost može biti individualna ili u grupi, može biti vezana uz posao ili rekreaciju, te može biti različitog opterećenja. Izbor pojedine fizičke aktivnosti ovisi o motivaciji i stavovima pojedinca, njegovim sklonostima prema određenoj vrsti fizičke aktivnosti, te njegovim dosadašnjim motoričkim iskustvima, znanjima i vještinama. Fizička aktivnost mora biti takva da joj pojedinac pristupa dobrovoljno, da aktivnost pozitivno utječe na njegovo fizičko zdravlje, da ga uključuje ili mu olakšava uključivanje u društvenu zajednicu, da mu daje osjećaj samopouzdanja i zadovoljstva (WHO, 2014).

Teorija smanjene aktivnosti govori o povlačenju starijih osoba iz socijalne okoline. Cumming i Henry su još 1961. godine dokazali da je povlačenje starije osobe iz društva univerzalan i neminovan proces. Upravo smanjene fizičke sposobnosti i limitacije u fizičkoj mobilnosti vode u povlačenje pojedinca iz socijalnog okruženja. Istovremeno način funkcioniranja socijalnih skupina djeluje tako da isključuje one koji više fizički ne mogu participirati u održavanju socijalne interakcije određene grupe ili zajednice (Schaie, Willis, 2001). Fizička aktivnost može biti medij preko kojeg pojedinac može ostvarivati socijalnu interakciju. Baveći se grupnom fizičkom aktivnosti, pojedinac stiže sve dobrobiti fizičke aktivnosti, ali mu je istovremeno fizička aktivnost »ulaznica« u društvenu mrežu. Poteškoće u fizičkom funkcioniranju mogu osobu voditi u osjećaj nezadovoljstva samim sobom, mogu dovesti do manjka samopouzdanja i vjere u vlastite sposobnosti, do osjećaja bezizlaznosti i depresije (Pečjak, 2001).

Suvremeni način života, u kojem dominira tehnologija i informatizacija, iz ljudskog funkcioniranja potiskuje fizički rad, a nastavak takve tendencije može se predvidjeti u budućnosti (Lepan, Leutar, 2012). Simptomi inaktiviteta i mišićne atrofije vrlo se jasno mogu dokazati kod osoba bilo koje dobi, a pogotovo kod osoba starije dobi. Jedna je od predrasuda da je inaktivitet posljedica starosti kao procesa, jer postoje dokazi da su čak 50% problema koji se pripisuju starosti zapravo problemi koji se mogu povezati sa stilom života u kojem dominira fizički inaktivitet (Lepan, Leutar, 2012, Mišigoj-Duraković, 2005). Poznato je da su vodeći uzroci poboljšavanja i smrtnosti u razvijenim zemljama bolesti kardiovaskularnog sustava i tumori, a sve veći problem zdravstvenog sustava su i dijabetes tip II, osteoporoza, te degenerativne reumatske bolesti. Svi preventivni javnozdravstveni programi, osim specifičnih mjera, naglašavaju nužnost fizičke aktivnosti, budući da je neaktivnost jedan od značajnih rizika za nastanak navedenih bolesti (Lepan, Leutar 2012, WHO, 2014). Znanstvena istraživanja s područja kineziologije dokazuju da dugoročno aerobno vježbanje umanjuje procese slabljenja mišićne mase, te paralelno pospješuje kardiovaskularne i metaboličke funkcije (Crane i sur., 2013, Zampieri i sur., 2014).

Razumijevanje različitih aspekata socijalnog funkcioniranja i potreba starijih ljudi može pomoći u izboru adekvatnih metoda djelovanja kojima će se kvaliteta života starijih ljudi učiniti boljom. U Krapini, u organizaciji Gradskog društva Crvenog križa, djeluje skupina starijih osoba koja se tri puta tjedno bavi vježbanjem. Grupa je osnovana u suradnji Gradskog društva Crvenog križa i Udruge umirovljenika grada Krapine. Udruga umirovljenika boji 700 do 900 članova (Udruga umirovljenika grada Krapine, 2015). Vježbanje se provodi u sportskoj dvorani gradske srednje škole, pod vodstvom fizioterapeuta, i besplatno je za korisnike. Provode se vježbe u grupi, ali je istovremeno osiguran individualizirani pristup potrebama svake osobe, sukladno njezinim mogućnostima i potrebama. Vježbe traju 45 do 60 minuta i konceptijski su usmjerene na kardio trening, vježbe elastičnosti, vježbe balansa, vježbe spretnosti i snage. Ovaj program uključivanja starijih osoba u vježbanje podupire i gradsko povjerenstvo za osobe starije dobi i predstavlja dobar primjer pozitivnog stava društva i političkih struktura prema zdravlju i uključivanju starijih osoba u društvo, te poticanje aktivnog i zdravog životnog stila. Usprkos tome, nameće se pitanje zašto je relativno mali broj starijih osoba uključen u program vježbanja.

## 2 Cilj istraživanja i istraživačko pitanje

**Cilj istraživanja je doprinijeti razumijevanju stavova i osjećaja starijih osoba prema fizičkim aktivnostima, te njihovog zadovoljstva uključenosti u društvo putem vježbanja.**

U skladu s ciljem, u istraživanju se postavlja sljedeće istraživačko pitanje:

Kakva su mišljenja i stavovi starijih osoba prema fizičkoj aktivnosti, te kako se osjećaju osobe koje su uključene u program vježbanja tri puta tjedno?

### 3 Metode

Istraživanje je provedeno empirijskom, kvalitativnom metodom polustrukturiranog intervjua. Teme intervjua odnosile su se na općeniti stav starijih ljudi o vježbanju, zadovoljstvo vježbanjem i uključenošću u društvo putem vježbanja, osjećaj sugovornica o tome kako okolina doživljava njihovo vježbanje, te kako u vježbanje uključiti više (Lepan, Leutar, 2012, WHO, 2014) Prikupljeni podaci iz intervjua obrađeni su u skladu s metodom kvalitativne tematske analize otvorenog kodiranja, gdje su pripisivani pojmovi empirijskoj građi, povezivana je građa sa srodnim kategorijama, te su analizirani odnosi među kategorijama i povezivani s teorijom (Adam et al., 2012).

U intervjuu su sudjelovale 4 osobe ženskog spola, u rasponu dobi od 68 do 70 godina (jedna od 68, dvije od 69 i jedna od 70 godina, prosječno 69,0 godina). Sugovornice su odabrane metodom snježne kugle iz grupe žena koje se tri puta tjedno bave rekreativnim vježbanjem. Grupa je počela s ovom aktivnosti prije dvije godine, a u njoj su dvije osobe od početka, jedna je 14 mjeseci i jedna 18 mjeseci. Vježbe se provode ponedjeljkom, srijedom i petkom, od 20:00 do 21:00 sati, i traju 45 do 60 minuta. Sve 4 sugovornice su u mirovini, žive u stanu, imaju djecu, ali ne žive s djecom, dvije su udovice i žive same, a dvije žive sa suprugom. Jedna sugovornica ima višu, a tri visoku stručnu spremu. Intervjue sa sugovornicama provodio je autor istraživanja. Najkraći intervju trajao je 11,25 minuta, a najduži 20,07 minuta, a prosjek trajanja sva četiri intervjua je 15,45 minuta.

Za potrebe istraživanja kontaktirana je voditeljica programa Vježbanja za starije osobe u gradu Krapini, dogovoren je sastanak s voditeljicom vježbanja, te su nakon toga sve članice grupe za vježbanje upoznate sa svrhom i načinom istraživanja. Intervju je proveden nakon završetka vježbanja, u prostorijama Srednje škole u Krapini.

Sugovornice su se dobrovoljno suglasile sa sudjelovanjem u intervjuu, o čemu postoji i pismena suglasnost. Ispitanicima je bila zajamčena anonimnost, etička postupanja u istraživanju, kao i mogućnost odustajanja od intervjua u bilo kojoj fazi provedbe. U istraživanju su poštivane etičke norme istraživanja u skladu s Helsinško-tokijskom deklaracijom, te Zakonom o zaštiti osobnih podataka. Svi originalni materijali nastali u istraživanju nalaze se kod autora istraživanja. Šifrirani doslovni citati izjava sugovornica označeni su u tekstu šifrom koja se sastoji od tri slova pri čemu slova: FAK označavaju kraticu fizičke aktivnosti, Krapina, a brojevi označavaju redni broj sugovornice i stranicu transkripta na kojoj se citat nalazi.

### 4 Rezultati

Rezultati kvalitativne analize odgovora sugovornica u istraživanju pokazuju da se njihova iskustva s vježbanjem i fizičkom aktivnosti mogu svrstati u sedam kategorija: navike fizičke aktivnosti, stavovi i znanja o fizičkoj aktivnosti, osjećaj zadovoljstva bavljenjem fizičkom aktivnosti, utjecaj fizičke aktivnosti na zdravlje, socijalna uključenost, stavovi okoline o vježbanju, te ideje o popularizaciji vježbanja u društvu. Dobivene kategorije o fizičkoj aktivnosti sugovornica se povezuju s dva aspekta fizičke aktivnosti, s psihofizičkim aspektom i socijalnim aspektom. Povezivanje kategorija s teorijom moguće je kreirati model zdravog i aktivnog starenja (Tablica 1).

**Tablica 1. Model zdravog i aktivnog starenja s aspekta fizičke aktivnosti**

Navike fizičke aktivnosti	Psihofizički aspekti FA	Integracija modela aktivnog i zdravog starenja u sociokulturna obilježja društva
Stavovi o fiz. aktivnosti		
Zadovoljstvo vježbanjem		
Zdravlje		
Socijalna uključenost	Socijalni aspekti vježbanja	
Stavovi društva		
Ideje o popularizaciji FA		



U kategoriji navika fizičkih aktivnosti vidljivo je da sugovornice imaju izgrađene navike o različitim oblicima fizičkih aktivnosti. Motorička kontrola i motoričko učenje (Shumway-Cook, Wollcot, 2012) podrazumijeva da mnogostruko ponavljanje određenih obrazaca pokretanja ili određenih motoričkih aktivnosti uvjetuje stvaranje motoričkih navika i ponašanja. Bogato iskustvo pokretanja koje sugovornice pokazuju ima svoje ishodište u njihovim ranijim iskustvima i usvojenim navikama i ponašanjima. Aktivnosti koje se jasno prepoznaju u navikama sugovornica mogu se podijeliti na aktivnosti produktivnosti i na aktivnosti rekreacije ili slobodnog vremena. U području aktivnosti sve sugovornice ističu svoje sposobnosti i samostalnost u kućanskim poslovima; »... fizički doma radim čišćenje, pospremanje, u vrtu, oko djece« (FAK-1/1), ali njihove sposobnosti, motoričke navike i potrebe su zahtjevnije: »Radim sve kućanske poslove, ali to me baš na zamara fizički« (FAK 1/1). U području rekreativnih aktivnosti zajedničko je svim sugovornicama da se bave grupnim vježbanjem, a osim vježbanja imaju naviku hodanja: »... jako volim prošetati... oko 1 km dnevno« (FAK-1/1), »... prošetamo po gradu oko 45 min.« (FAK-2/2), »... jako volim šetati« (FAK-4/4), »... šetam koliko god mogu« (FAK-4/4). Istraživanje je pokazalo da se sugovornice pojedinačno osim kućanskih poslova, organiziranog grupnog vježbanja i šetnji, vole baviti različitim aktivnostima kao što su plivanje, planinarenje, izleti, samostalno vježbanje u svom domu. Sugovornice pokazuju visoku motiviranost i odgovornost prema vlastitoj fizičkoj aktivnosti, te navode da nerado izostaju s vježbi: »... to ne propuštam, jedino kad mi je mužu bilo loše« (FAK-4/4), što dokazuje fiksiranu naviku u životnim potrebama. Sugovornice i grupa žena koje se organizirano bave vježbanjem dobar je primjer usvojenih zdravih navika i ponašanja starijih ljudi, koje su dobrim dijelom usvojene u ranijim životnim razdobljima, a nastavljaju se održavati i u starijoj dobi. Navike fizičke aktivnosti jedan su od preduvjeta procesa zdravog i aktivnog starenja (Vuori, 2005).

U kategoriji stavova o fizičkoj aktivnosti vidljivo je da su sugovornice temeljem iskustva, ali i teoretskog znanja, dobro informirane o za njih pogodnim i preporučljivim fizičkim aktivnostima. Svjesne su da fizička aktivnost nije samo rekreativno vježbanje; »... možda malo više fizičkog rada u vrtu, košenje trave kopanje vrta« (FAK-1/1), već je fizička aktivnost svaki onaj rad u kojem se troši energije više nego u mirovanju (Caspersen et al., 1985), te naglašavaju važnost fizičke aktivnosti: »... najvažnije je biti fizički aktivan« (FAK 2/2). Osim organiziranog grupnog vježbanja, sugovornice navode i preporučaju šetnje u prirodi, planinarenje, rad u vrtu, boravak na svježem zraku. Sugovornice imaju izgrađenu samosvijest o važnosti fizičke aktivnosti, te preporučaju samoorganiziranje i vježbanje u vlastitom domu: »... sigurno bi se mogli doma organizirati« (FAK-3/3), »... šetati ili si kupiti sobni bicikl« (FAK-3/3). Vidljivo je da sugovornice imaju jasne stavove o optimalnosti fizičke aktivnosti, te naglašavaju da aktivnosti trebaju biti primjerene njihovim mogućnostima: »... treba raditi, ali u skladu sa svojim mogućnostima« (FAK-2/2), »... već imamo jako puno različitih tegoba pa treba vježbu prilagoditi sebi. (FAK-1/1), »... da se previše ne optereti, da mu se u toku vježbanja ne dogodi nešto loše« (FAK-1/1)). Treba obratiti pažnju da aktivnosti budu optimalne, individualno prilagođene svakoj osobi. Korist od fizičke aktivnosti je nedvojbena, ali isto tako nepravilno vježbanje ili preopterećene aktivnosti mogu dovesti do oštećenja tkiva i tjelesnih struktura lokomotornog sustava (Pećina, 1992), ali i preopterećenja kardiovaskularnog sustava, te zato osobe koje samoinicijativno vježbaju moraju biti na odgovarajućoj razini upoznate i s načinom vježbanja, intenzitetom i opterećenjima fizičke aktivnosti. Sugovornice izražavaju jasne stavove o opasnosti inaktiviteta te posljedicama inaktiviteta: »... ljudi su morali na operaciju, ... onda su dugo mirovali... makar je operacija uspjela, nikad nisu bili kao prije« (FAK-3/3) »... čovjek oslabi od neaktivnosti« (FAK-3/3). Takvi stavovi u potpunosti su u skladu s medicinskim istraživanjima koja naglašavaju posljedice inaktiviteta i mišićne atrofije na cjelokupno zdravlje osobe (Lepan, Leutar, 2012). Pozitivni stavovi o fizičkoj aktivnosti i svjesnost svojih mogućnosti dobar su preduvjet za stvaranje i održavanje zdravih navika u starijoj dobi.

Zdravlje kao kategorija koja proizlazi iz razgovora sa sugovornicama istraživanja u skladu je s teorijama koje govore o učinkovitosti fizičke aktivnosti u prevenciji kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa tipa II, osteoporoze, prevenciji padova i ozljeda, te nekih malignih bolesti (Tomek-Roksandić i sur., 2003, Vuori, 2004, Lepan, Leutar, 2012). Sugovornice redovito organizirano vježbaju, aktivne su i u svakodnevnim poslovima vezanim uz kućanstvo, a imaju i navike bavljenja različitim drugim fizičkim aktivnostima. Njihov doživljaj vlastitog zdravlja je vrlo dobar i opisuju ga kroz osjećaje koji se temelje na fizičkim sposobnostima: »... osjećam se jako elastičnije, pokretnije sve me manje boli, brže hodam, lakše se saginjem« (FAK-1/1). Sugovornice su svjesne važnosti održavanja kondicije, sposobnosti lokomotornog i kardiovaskularnog sustava da podnosi opterećenja potrebna za aktivan i kvalitetan život »... fizičkom aktivnosti se održava kondicija, održavaju se mišići, cirkulacija, to je dobro za srce, krvožilni sustav« (FAK-1/1). Bolesti kardiovaskularnog sustava vodeći su uzrok smrtnosti, a dobrom prevencijom moguće ih je značajno smanjiti. Sa stanovišta javnozdravstvenog pristupa zdravlju i prevenciji bolesti, od velike je važnosti da pojedinci preuzmu inicijativu i odgovornost za vlastita zdravstvena ponašanja. Sugovornice u istraživanju upravo su dobar model kako pojedinac i kako pojedinci udruženi u grupu mogu kvalitetno i korisno doprinosti vlastitom zdravlju. Kategorija zdravlja obično u starijoj populaciji poprima negativne konotacije vezane uz bolesti i onesposobljenosti, dok među sudionicama istraživanja postoji proaktivno mišljenje i doživljaj zdravlja: »... to me održava zdravom(FAK-2/2), »... osjećate se puno bolje, zdravije...vitalnije« (FAK-4/4).

U kategoriji zadovoljstva vježbanjem sugovornice izražavaju izrazito pozitivne osjećaje. Osjećaj zadovoljstva sugovornica može se povezati sa sva tri aspekta ljudskog funkcioniranja. S biološkog aspekta sugovornice osjećaju zadovoljstvo fizičkim zdravljem »... jako mi je drago da sam fizički dobro« (FAK-2/2), s psihološkog aspekta osjećaju samopouzdanje i vjeru u vlastite sposobnosti: »... kad dobro vježbam onda mi je u duši lakše... mogu puno toga kaj drugi ne mogu« (FAK-3/3), a sa socijalnog aspekta osjećaju zadovoljstvo druženja s ljudima: »... to što radim doma je fizička aktivnost, ali nije zabavno ko ovo kad vježbam s „curama“« (3). Izraz koji koristi jedna sugovornica: »... zabavno... kad vježbam s „curama“...«, asocira na znatno mlađu životnu dob, sugovornica se osjeća mlađom, a i svoje društvo doživljava tako. Poznato je da dobrovoljna fizička aktivnost fiziološkim mehanizmima dovodi do osjećaja sreće i zadovoljstva (Lepan, Leutar, 2012), a u primjeru sugovornica iz istraživanja zadovoljstvo je povezano i s međusobnim druženjem i prijateljstvom.

Socijalna uključenost u okolinu u kojoj starije osobe žive od velike je važnosti. Stariji su ljudi odlaskom u mirovinu, odrastanjem i odlaskom djece iz zajedničkog kućanstva, gubitkom prijatelja zbog bolesti ili smrti, podložni riziku od usamljenosti. Proces koji dovodi do usamljenosti je dvosmjernan. Pojedinac se udaljava od društva, ali i društvo od pojedinca (Schaie, Willis, 2001). Socijalna uključenost kao jedna od kategorija analize pojmova intervjua pokazala se vrlo uspješnom za sugovornike iz istraživanja. Sugovornice osjećaju da istinski pripadaju grupi koja se bavi vježbanjem. Ističu pozitivnost članova grupe: »... volim se družiti s pozitivnim ljudima« (FAK-2/2), a grupa im je ujedno i izvor novih poznanstava i prijateljstava. Druženje kroz vježbanje reflektira se i izvan te aktivnosti, te sugovornice nastavljaju druženje i izvan organiziranog programa vježbanja: »... poslije vježbanja odemo na kavicu ili nekakvo kartanje« (FAK-1/1). Vježbanje u grupi daje sugovornicama mogućnosti koje su karakteristične za rad u grupama. Članovi grupe međusobno se uspoređuju, prate napretke koje ostvaruju, razgovaraju međusobno o dojmovima vježbanja: »... nakon treninga izmjenjujemo dojmove... gledamo da li je netko jači« (FAK-4/4). Prilikom rada u grupi kroz pozitivne aspekte natjecanja svaki član grupe postaje motiviraniji da aktivnost odradi najbolje što može. Postoje različiti načini kako se stariji ljudi mogu uključivati u socijalne mreže, a organizirano grupno vježbanje je model u kojem na pojedinca pozitivno djeluju i biološki i psihološki i socijalni aspekti funkcioniranja.

Odgovori sugovornica u istraživanju koji opisuju dojmove o tome kako njihova šira i uža okolina doživljava njihovu aktivnost vježbanja svrstani su u kategoriju stavovi okoline o vježbanju. Sugovornice stavove okoline opisuju kao nejasne, nisu sigurne u iskrenost i razumijevanje okoline: »... ne znam, teško je reći, ne znate što je iskreno« (FAK-2/2), »... ne razumiju moju potrebu za vježbanjem« (FAK-3/3). Misle da je njihova okolina konzervativna, te navode stavove okoline koji su negativni prema njihovoj fizičkoj aktivnosti. Ti stavovi se mogu protumačiti kao rezultat neznanja o korisnosti fizičke aktivnosti na psihosocijalno funkcioniranje starije osobe, te se takvi stavovi mogu protumačiti kao predrasude prema starijim osobama i fizičkoj aktivnosti: »... stariji bi trebali šetati i raditi poslove koji su korisni« (FAK-3/3), »... stari ljudi su previše zatvoreni, misle u jednom smjeru, misle da je to za mlade« (FAK-4/4). Najnegativniji, stavovi okoline sadrže i uvredljive poruke: »...govore da se pravimo važne« (FAK-4/4), »... vele, gle, luđakinja trči tam gdje ne treba« (FAK-2/2), ali takvi stavovi okoline su malobrojni. Većina stavova okoline je blago negativna ili indiferentna. Iz istraživanja se može zaključiti da negativnije stavove ima šira okolina sugovornica, dok je bliža okolina znatno naklonjenija njihovoj potrebi vježbanja. Samopouzdanje i motivacija važni su u provedbi bilo koje aktivnosti, pa tako i uključivanju u organizirano grupno vježbanje. Samopouzdanje i motivacija plod su unutarnjeg doživljaja, misli i osjećaja svakog pojedinca, ali na njih utječu i stavovi uže i šire okoline i iskustava koji iz tog odnosa proizlaze. Sugovornice, usprkos nekim negativnim stavovima okoline, ustraju u svojim stavovima i odlukama: »... moja familija, a i najbolje prijateljice podržavaju moje vježbanje, a to mi je važno« (FAK-3/3), što ukazuje na visoku razinu njihove samosvijesti i motivacije u aktivnostima koje im čine zadovoljstvo i korist. U kategoriji ideja koje bi doprinijele afirmaciji vježbanja i fizičke aktivnosti sugovornice daju naglasak na ulogu medija, ulogu profesionalaca, ulogu obitelji, te ulogu njih samih. Vidljiv je stav sugovornica da bi u medijima trebali postojati sadržaji koji bi propagirali fizičku aktivnost starijih ljudi, sadržaji koji bi informirali starije ljude o mogućnostima uključivanja u organizirane aktivnosti, te sadržaji koji bi educirali starije ljude o koristi od fizičke aktivnosti. Uloga profesionalaca, prema mišljenju sugovornica, u afirmiranju fizičke aktivnosti temelji se na njihovom stručnom autoritetu kojem će stariji ljudi lakše vjerovati. Od stručnjaka, najviše se očekuje od liječnika, što se i teoretski može pripisati ulozi ove profesije. Liječnik se pojavljuje i u ulozi osobe koja ljude plaši bolešću, te tako mijenja njihove stavove i navike: »... vidim po suprugu... kad ga liječnik prestraši, onda promijeni mišljenje« (FAK 2/2), što se ne može označiti kao pozitivna pojava. Mnogo poželjnija uloga liječnika i ostalih profesionalaca bila bi u proaktivnoj edukaciji i prevenciji bolesti. Zanimljivo je mišljenje sugovornice kako bi bilo dobro više prostora u afirmaciji fizičkih aktivnosti dati pozitivnim primjerima, odnosno njima samima. Misle da njihovo iskustvo koje bi na adekvatan način bilo prezentirano, može potaknuti veći broj starijih ljudi da budu fizički aktivniji: »... pozvati mene i moje kolegice da im ispričamo kako je dobro vježbati« (FAK 4/4), »... otvarati tečajeve treninga da ljudi probaju kako je dobro i lijepo vježbati« (FAK 4/4). Sugovornice ističu pozitivnu ulogu obitelji, koja može poticajno djelovati na starije ljude da se bave fizičkom aktivnosti.

## 5 Rasprava

Istraživanje koje je imalo za cilj doprinijeti razumijevanju stavova, osjećaja i zadovoljstva starijih ljudi prema fizičkim aktivnostima i uključenosti u društvo putem vježbanja pokazalo je da se sugovornice uključene u program vježbanja tri puta tjedno vrlo pozitivno izražavaju o korisnosti fizičke aktivnosti. Odgovori sugovornica povezani s socijalnim aspektom vježbanja mogu se interpretirati kao vrlo pozitivni kada se radi o njihovom vlastitom iskustvu druženja unutar grupe koja se bavi vježbanjem. Nezadovoljstvo, negativni stavovi i osjećaji nalaze se u odgovorima sugovornica koji se odnose na stavove njihove uže i šire okoline prema njihovoj aktivnosti vježbanja.

Rezultati kvalitativne analize odgovora u istraživanju pokazuju da sugovornice imaju usvojene navike fizičke aktivnosti koje su stekle u ranijoj životnoj dobi, a nastavljaju s njima i u starijoj dobi. Te navike su čvrsto ugrađene u njihov stil života i sugovornicama su vrlo važne. Razlozi dobre usvojenosti navika fizičke aktivnosti mogu se prepoznati u njihovom svjesnom znanju o tome što je fizička aktivnost i zdravstvenoj koristi od fizičke aktivnosti. Sugovornice znaju da je fizička aktivnost široko područje u koje se mogu svrstati aktivnosti u rasponu od jednostavnijih kućanskih poslova, pa sve do organizirane rekreacije ili sporta. Jasno je naglašena svijest o koristi fizičke aktivnosti na zdravlje, na održavanje pokretljivosti i prevenciju bolesti koje su tipične za stariju populaciju, što je u skladu s istraživanjima o zdravlju i bolestima starijih ljudi (Tomek-Roksandić i sur., 2003, Vuori 2004, Lepan, Leutar 2012, Crane i sur., 2013). Osim svjesnosti o koristi, sugovornice pokazuju i izražene osjećaje zadovoljstva vlastitom fizičkom aktivnosti što je također važan preduvjet da se navika usvoji i konstantno održava kroz duži vremenski period. Zadovoljstvo sugovornica fizičkom aktivnosti proizlazi iz činjenice da usprkos životnoj dobi, imaju sposobnosti veće i od mnogih mlađih ljudi. Osjećaj dobre pokretljivosti i fizičke snage daje im samopouzdanje, što je jedan od važnih preduvjeta zadovoljstva samim sobom. Jedna od fizioloških posljedica vježbanja je i lučenje endorfina, što također doprinosi osjećaju sreće i zadovoljstva (Mišigoj-Duraković 2005). Osjećaju zadovoljstva doprinosi i socijalna povezanost članica grupe koja vježba. Sugovornice naglašavaju povezanost i izvan vremena kada je organizirano vježbanje, naglašavaju zajednička druženja nakon vježbanja ili prilikom susreta u gradu. Stavovi, osjećaji i navike sugovornica u istraživanju mogu se okarakterizirati kao vrlo dobar primjer stila života starijih osoba. Zdravo i aktivno starenje podrazumijeva stil života koji sadrži široki spektar fizičkih, psiholoških i socijalnih aktivnosti koje pozitivno utječu na procese starenja (WHO, 2014). Sugovornice u istraživanju i njihova grupa koja se bavi vježbanjem dobar je primjer kakav bi stil života trebalo promovirati i poticati kod starijih ljudi.

U dijelu istraživanja koje se odnosilo na stavove okoline sugovornica o njihovom vježbanju, sugovornice navode mnogo stavova okoline koji nisu naklonjeni njihovoj aktivnosti vježbanja. Navode kako okolina pokazuje nerazumijevanje o koristi i potrebi vježbanja, a u iznimnim slučajevima nalaze se i uvredljive izjave prema sugovornici i njezinoj navici vježbanja. Kao razloge negativnim stavovima okoline sugovornice navode konzervativizam i predrasude okoline u kojoj žive. Osim negativnih stavova sugovornice nailaze i na potporu i odobravanje. Više potpore i odobravanja za naviku vježbanja dobivaju u užoj okolini, u obitelji i bliskim prijateljima, dok više negativnih stavova dolazi od šire okoline, poznanika i prijatelja. Ovakvi stavovi okoline govore o sociokulturnim obilježjima okoline u kojoj organizirano vježbanje za starije ljude nije adekvatno prepoznato i vjerojatno nema dovoljno znanja o koristi takve aktivnosti. Nedostatak znanja je jedan od preduvjeta za stvaranje predrasuda, koje se također iskazuju o odgovorima sugovornica istraživanja. Od ukupnog broja od 700 umirovljenika, za koje je Udruga umirovljenika u suradnji s Crvenim križem grada Krapine organizirala besplatan Program vježbanja, redovito vježba tek dvadesetak žena, što govori u prilog da vježbanje nije dovoljno zastupljeno u navedenoj društvenoj sredini. To ne mora značiti da populacija starijih ljudi kojoj pripadaju sugovornice nije fizički aktivna. S obzirom na stavove koje iznose sugovornice, bilo bi potrebno istražiti okolinu sugovornica kako bi se dobila jasnija slika sociokulturnih stavova društva o fizičkoj aktivnosti kao načinu aktivnog i zdravog starenja. S obzirom na sociokulturno okruženje iz kojeg sugovornice dolaze, njihove ideje i preporuke za popularizaciju vježbanja nisu jasno definirane. Sugovornice izražavaju niz različitih prijedloga u kojima spominju uloge medija, liječnika, stručnjaka, pa i iskustva samih starijih ljudi koji se bave vježbanjem, ali se njihovi stavovi i pogledi o tome kako konkretno djelovati razlikuju. Kada izražavaju stavove o svojim osjećajima i doživljajima vlastitog iskustva fizičke aktivnosti, sugovornice se izražavaju vrlo pozitivno, a njihovi stavovi su ujednačeni. Kada se izražavaju o idejama za popularizaciju vježbanja među starijom populacijom, sugovornice jasno govore o potrebi popularizacije vježbanja, ali nemaju jedinstvene stavove o tome kako popularizaciju provesti. Iz provedenog istraživanja se može zaključiti kako grupa žena koja se organizirano bavi vježbanjem predstavlja poželjan model funkcioniranja starijih ljudi u skladu s teorijom aktivnog i zdravog starenja (WHO, 2014). Uzroci uključivanja malog broja starije populacije u projekt organiziranog vježbanja mogu biti razli-

čiti. Istraživanje ukazuje na neinformiranost o korisnosti vježbanja, te predrasudama društva o organiziranom vježbanju starijih osoba. Iz istraživanja se može prepoznati potreba edukacije starijih osoba, ali i mlađih dobnih skupina o važnosti aktivnog i zdravog života, te potreba za istraživanjima koja bi jasnije pokazala potrebe za fizičkom aktivnosti starijih osoba i načinima kako se ona može efikasnije i masovnije organizirati.

## Literatura

Adam F., Hlebec V., Kavčič, M., Lamut, U., Mrzel, M., Podmenik, D., Poplas Susič, T., Rotar Pavlič, D., Švab, I. (2012). Kvalitativno raziskovanje v interdisciplinarni perspektivi. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize.

Brown, WJ., Moorhead, GE., Marshall, AL. (2005). Choose Health: Be Active. Canberra, Commonwealth of Australia and the Repatriation Commission; 4-22.

Caspersen, C., Powel, K., Christensen, G. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions for health-related research. *Public Health Reports*. 100: 126-131.

Crane, JD., MacNeil, LG., Tarnopolsky, MA. (2013). Long-term Aerobic Exercise Is Associated With Greater Muscle Strength Throughout the Life Span. *Journal of Gerontology*, 68(6): 631-638.

Despot –Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja Jastrebarsko, Naklada Slap; 55-87.

Gregurović Šanjug, M, Stanković Gjuretek, Maček, Z. Zdravo i aktivno starenje. Dostupno na: [www.kzz.hr/str.aspx?content\\_id=odrzan-okrugli-stol-zdravo-i-aktivno-starenje&ispis](http://www.kzz.hr/str.aspx?content_id=odrzan-okrugli-stol-zdravo-i-aktivno-starenje&ispis) (29.11.2015).

Lepan, Ž., Leutar, Z. (2012). Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. *Socijalna ekologija*; 21(2): 203-222.

Mišigoj – Duraković, M. (2005). Kinantropologija. Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 243-265.

Pečina, M. (1992). Sindromi prenaprezanja. Zagreb. Globus; 9-22.

Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb, Prosvjeta; 125-160.

Schaie, KW., Willis, SL. (2001). Psihologija starenja odrasle dobi. Jastrebarsko: Naklada Slap; 295-428.

Shumway – Cook, A., Wollcot, M. (2012). Motor Translating Research into Clinical Practice. Control Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins; 46-83.

Tomek – Roksandić, S., Perko, G., Lamer, V., Radašević, H., Čulig, J. (2003). Značenje utvrđivanja stupnja pokretljivosti starijih ljudi u promociji aktivnog starenja pučanstva Hrvatske. 1. hrvatsko savjetovanje o tjelesnom vježbanju osoba starije dobi. *Sport za sve: glasnik hrvatskog saveza sportske rekreacije*. 21: 77-80.

Udruga umirovljenika grada Krapine. Dostupno na: <http://umirovljenici-krapina.hr/> (5.12.2015).

Vuori, I. (2004). Tjelesna neaktivnost je uzrok, a tjelesna aktivnost lijek za glavne javno zdravstvene probleme. *Kineziologija*; 36(2): 123-153.

Vuori, I. (2005). Tjelesna aktivnost kao učinkovito sredstvo protiv nepovoljnog zdravstvenog djelovanja tjelesne neaktivnosti. *Glasnik Hrvatskog saveza sportske rekreacije Sport za sve*; 3-12.

WHO Active Ageing: A Policy Framework. Dostupno na: [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/) (11.1.2016).

Zampieri, S., Pietrangelo, L., Loeffler, S., Fruhmann, H., Vogelauer, M., Burggraf, S., Pond, A., Grim-Stiger, M., Cvecka, J., Sedliak, M., Tripakova, V., Mayr, W., Sarabon, N., Rossini, K., Barberi, L., De Rosi, M., Romanello, V., Boncompagni, S., Musaro, A., Sandti, M., Protasi, F., Carraro, U., Kern, H. (2014). Lifelong Physical Exercise Delays Age-Associated Skeletal Muscle Decline. *Journal of Gerontology*; 70(2): 163-173.

Milena Mikec, dipl. org. in menedž. soc. dejav. (VS), Darja Kokol, dipl. org. in menedž. soc. dejav. (VS), Rebeka Kopčič, dipl. medjez. št. – ang. (UN) in dipl. soc. (UN)

Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru

## POMEMBNOST GIBANJA V TRETJEM ŽIVLJENJSKEM OBDOBJU

### THE IMPORTANCE OF PHYSICAL ACTIVITY IN THE THIRD LIFE PERIOD

#### **Povzetek**

*Teoretična izhodišča:* Fizična aktivnost pripomore h kakovostnejšemu življenju. Za starostnike je še posebej pomembno, da so aktivni, saj je za tretje življenjsko obdobje značilen upad kostne in mišične mase, prav tako pa vse slabša učinkovitost delovanja organskih sistemov. Fizična aktivnost tako pripomore k zmanjšanju poškodb, zlomov in pomaga pri preprečevanju nekaterih bolezni.

*Metode:* V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo (opisovanje pojmov, izsledkov že obstoječih raziskav). V empiričnem delu smo uporabili metodo sekundarne analize podatkov. Analizirali smo podatke iz že obstoječe raziskave SHARE, pri čemer smo uporabljali programe SPSS in MS Word.

*Rezultati:* Raziskava je bila izvedena v 17 evropskih državah in Izraelu. Osredotočili smo se na Slovenijo. Izmed treh različnih starostnih skupin, ki smo jih med seboj primerjali (66–75 let, 76–85 let, 86–100 let), so pripadniki prve (66–75) dejavnejši od pripadnikov drugih dveh. Ugotovili smo še, da so moški v športnih in fizičnih aktivnostih v povprečju dejavnejši od žensk.

*Razprava:* S pomočjo rednega gibanja lahko starostniki nadzorujejo telesno težo in se izognejo razvoju različnih bolezni. Pomembno je, da se zavedamo pomena fizičnih aktivnosti, ne le v starosti, ampak skozi vse življenje.

*Ključne besede:* starostniki, aktivnost, šport, zdravje, staranje.

#### **Abstract**

*Theoretical starting points:* Physical activity contributes to a better quality of life. Due to the decrease in the mass of muscles, bones, and to the lower efficiency of organ systems, it is especially important for the elderly to be physically active. Therefore, physical activity contributes to a lower number of injuries and fractures, and helps to prevent different diseases.

*Research methodology:* In the theoretical part, the descriptive method was used. We described different terms and results of already existing researches. In the empirical part, we used the method of secondary analysis. We analyzed data from the publicly available SHARE study, using computer software SPSS and MS Word.

*Results:* The study was conducted in 17 European countries and in Israel. We focused on Slovenia. Out of three different age groups that we compared to each other (66–75 years, 76–85 years, 86–100 years), the first (66–75) is the most active in comparison with the other two, while men are, on average, physically more active than women.

*Discussion:* Regular physical activity helps to control body weight and helps to prevent different diseases. One needs to be aware of the importance of physical activity, not only in the elderly years, but through all our life.

*Key words:* elderly, activity, sport, health, aging

## 1 Uvod

Splošno znano je, da so gibalna sposobnost in prehranske navade ključni dejavnik zdravega staranja. Aktivnost v starosti pripomore, da oseba uživa kakovostnejše starostno obdobje. Telesna aktivnost pripomore k zmanjšanju poškodb in zlomov pa tudi k duševnemu zdravju in boljšemu počutju (Zurc, Hlastan - Ribič, Skela - Savič, 2015).

Na spletni strani Statističnega urada Republike Slovenije je bilo leta 2012 objavljeno, da se v Sloveniji, ki je uvrščena med razvite države sveta, starostna doba prebivalcev povišuje. O staranju prebivalstva običajno govorimo takrat, ko je starostna doba višja od 65 let. Delež prebivalstva se povišuje glede na celotno prebivalstvo, kar povzroča družbene spremembe, za katere je treba najti ustrezne rešitve (Čuček, 2012). Svetovna zdravstvena organizacija opozarja, da je v Evropi povprečna starost v primerjavi s svetom najvišja. Navaja, da je v 53 evropskih državah pričakovana življenjska doba za moške več kot 72 let, za ženske pa 80 let in več (World Health Organization [WHO], 2012a).

Po pregledu literature smo ugotovili, da se večje število raziskav in avtorjev ukvarja z aktivnostjo mladih kot z aktivnostjo starejših, kar nas je dodatno motiviralo k pisanju. Menimo, da je za kakovostnejšo starost pomembno ozaveščanje in opominjanje o aktivnem načinu življenja.

Teoretična izhodišča smo oblikovali na podlagi strokovne literature izbranega področja. Uporabili smo tako domačo kot tujo literaturo. V empiričnem delu smo se sklicevali na bazo statističnih podatkov študije SHARE, natančneje, na 4. val raziskave, ki je potekal med letoma 2010 in 2011. Iz baze podatkov smo zajeli raziskovalni vzorec. Podatke smo statistično obdelali s programom SPSS in rezultate s pomočjo razpredelnic interpretirali v razpravi. Rezultate smo primerjali s teoretičnimi izhodišči.

### 1.1 namen, cilji, hipoteze in raziskovalno vprašanje

Namen članka je, spodbuditi različne generacije k razmišljanju in ozaveščanju o pomembnosti aktivnega gibanja in njegovem pozitivnem učinku v tretjem življenjskem obdobju. Cilj je, omenjeno temo raziskati, preučiti in predstaviti dejansko aktivnost starostnikov na demografskem področju Slovenije.

Raziskovalno vprašanje: Kolikokrat na mesec se pripadniki posameznega spola oziroma starostne skupine ukvarjajo s športnimi in fizičnimi aktivnostmi?

Hipoteza 1: Pripadniki prve starostne skupine (66–75 let) so v športnih in fizičnih aktivnostih dejavnejši od pripadnikov ostalih dveh starostnih skupin (67–85 in 86–100 let).

Hipoteza 2: Moški so v športnih in fizičnih aktivnostih v povprečju dejavnejši od žensk.

### 1.2 Predpostavke in omejitve raziskave

Zadali smo si cilj, da ugotovimo, koliko starostnikov se mesečno ukvarja s športnimi oziroma fizičnimi aktivnostmi. V četrtem valu raziskave SHARE ni bilo podatkov o tem, kolikokrat na mesec se starostniki ukvarjajo s splošnimi aktivnostmi, kar pomeni, da smo se osredotočile zgolj na fizične oz. športne aktivnosti, pri čemer so nas zanimale razlike glede na spol in starostne skupine.

### 1.3 Pregled obstoječih raziskav

Raziskav, ki se nanašajo na aktivnost in neaktivnost različnih starostnih skupin, je veliko, vendar med njimi še vedno prevladujejo tiste, ki vključujejo mlade.

Po pregledu stanja gibanja starostnikov v Sloveniji so leta 2010 na Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije ugotovili naslednje (Blenkuš, Jerković, Đukič, 2010, str. 70–72):

- vlaganje v promocijo zdravja starostnikov je smiselno in učinkovito;
- obstaja premalo raziskav, ukrepov in programov, namenjenih telesni dejavnosti starostnikov;
- raziskave za Slovenijo kažejo, da je okoli tri petine starostnikov nad 65 let neaktivnih;
- aktivnost starostnikov bi lahko izboljšali s ponudbo programov, prilagojenih njihovim potrebam;

- najbolj priljubljeni so med starostniki športi, ki zahtevajo nizke stroške, majhno porabo časa in so dostopni širokemu krogu ljudi;
- smiselno bi bilo razmisliti o vzgoji za zmanjševanje prekomerne telesne teže in s tem povezanimi aktivnostmi;
- pri telesni aktivnosti starostnike ovirajo zdravstvene težave, pomanjkanje motivacije in večletna telesna neaktivnost;
- prihaja do nekaterih razlik med spoloma: moškim so bliže individualne gibalne aktivnosti ali aktivnosti v manjših skupinah, ženskam pa organizirane oblike gibanja;
- boljša infrastruktura omogoča boljše možnosti za gibanje.

V Evropi od leta 2004 poteka raziskava SHARE, ki preučuje, kako živijo starejši od 50 let v evropskih državah. Nastala je s pozivom Evropske komisije. Leta 2010 se je raziskavi SHARE pridružila tudi Slovenija. Pravkar je zaključeno zbiranje podatkov za 7. val raziskave SHARE v Sloveniji, podatki raziskave pa bodo objavljeni marca leta 2017.

Raziskava SHARE navaja, da je v Sloveniji pri populaciji 50+ 33 % anketirancev, ki se ne ukvarjajo s športom ali drugimi težjimi opravili. 12 % je takih, ki ne hodijo na sprehode in ne opravljajo niti lažjih opravil. S tem se Slovenija enači z zahodnoevropskimi državami. V raziskavi SHARE se med zahtevnejše telesne aktivnosti uvrščajo šport, težja gospodinjska dela ali opravila, ki zahtevajo fizični napor; zmerno telesno aktivnost pa ponazarjajo z vrtnarjenjem, sprehodom in podobno (SHARE, 2012).

## 2 Prednosti redne telesne aktivnosti pri starostnikih

Redno gibanje izboljša telesne, psihofizične in funkcionalne sposobnosti. Prav tako zmanjšuje stres in pozitivno vpliva na razpoloženje, samozavest, imunski sistem in spanec. Pomaga pri preprečevanju prekomerne telesne teže in kroničnih nenalezljivih bolezni (srčno-žilne bolezni, visok krvni tlak, rak debelega črevesa/na prsih, osteoporoz, kap, sladkorna bolezen tipa 2) (Drev, 2010).

Pomanjkanje telesne aktivnosti lahko pripomore k razvoju različnih bolezni in zmanjšanju kostne in mišične mase. Ljudje, ki niso telesno aktivni, namreč sčasoma izgubijo 20 do 40 % mišične mase, kar je vzrok za postopno poslabšanje gibalnih sposobnosti. Telesna neaktivnost je prav tako vzrok okoli 12 % vseh smrti, ki so posledica srčno-žilnih bolezni (Horvat, 2011, str. 8).

Na 62. mednarodnem komiteju WHO, ki je potekal leta 2012 na Malti, je Svetovna zdravstvena organizacija predstavila strategije in načrt za zdravo staranje prebivalstva v Evropi za obdobje od leta 2012 do 2020. Zasnovali so 5 prioritarnih intervencij, in sicer (WHO, 2012b, str. 15–18):

- promocija psihomotoričnih in mentalnih aktivnosti,
- preprečevanje padcev,
- cepljenje starejših in preprečevanje infekcijskih bolezni v okolju zdravstvenega varstva,
- javna podpora neformalni zdravstveni negi z osredotočenostjo na domačo oskrbo in samooskrbo,
- ambulantna in gerontološka okrepitev delovne sile v zdravstvu in socialnem varstvu.

### 2.1 Demografsko staranje

Demografsko staranje oziroma staranje prebivalstva pomeni naraščanje deleža prebivalstva, starejšega od 60 let. Stara se tako družba kot tudi posamezniki. Proces staranja se začne z rojstvom in traja vse življenje. Prinaša nekatere spremembe, kot sta na primer razvoj, v starejših letih posameznikovega življenja pa upadanje učinkovitosti delovanja organskih sistemov (Horvat, 2011, str. 3).

Raziskave si v tem, kdaj se začne tretje življenjsko obdobje, niso enotne. Tako se po klasifikaciji Svetovne zdravstvene organizacije tretje življenjsko obdobje začne po 60. letu, v geriatričnih raziskavah pa po 65. letu. Novejše razmere so pokazale, da se odvisnost od tuje nege in pomoči pojavi po 75. letu (Horvat, 2011, str. 3).



Tabela 1 prikazuje delitev starostnih skupin po Ramovšu (2003, str. 74–75).

**Tabela 1: Starostne skupine (Ramovš)**

Starostne skupine	Leta
Zgodnje starostno obdobje	66–75
Srednje starostno obdobje	76–85
Pozno starostno obdobje	86 in več

Vir: Ramovš (2003, str. 74–75)

Čeprav je staranje neizogiben del posameznikovega življenja, ga je mogoče upočasniti. Upadanja učinkovitosti delovanja organskih sistemov sicer ni mogoče ustaviti, lahko pa nad njim vzpostavimo nadzor. To storimo z redno telesno aktivnostjo (Horvat, 2011, str. 10).

## 2.2 Aktivna in bolj zdrava starost

Vsako leto v Sloveniji 7. aprila praznujemo svetovni dan zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija vsako leto opozarja na aktualne probleme, ki vplivajo na naše zdravje. Leta 2012 je bila v ospredje postavljena problematika staranja prebivalstva pod geslom »Za aktivno in bolj zdravo starost!«. Poskušali so poudariti pomembnost zdravega življenjskega sloga, duševno zdravje in socialno vključenost. Ti dejavniki so pomembni za zdravje v zrelejših letih (Sedmi april – Svetovni dan zdravja 2012: za aktivno in bolj zdravo starost, 2012).

V Sloveniji se delež oseb (znaša 3 %), starejših od 66 let, počuti zelo dobro. Ta delež se v zadnjih letih ne spreminja. Število oseb, ki se počutijo dobro, se rahlo povečuje (znaša 23 %). Srednje dobro se počuti 41 % oseb, slabo 26 %, zelo slabo pa 7 % oseb (Čuček, 2012).

## 3 Rezultati

Ukvarjanje s športnimi aktivnostmi glede na opredelitev po starostnih skupinah

V raziskavo so vključeni podatki iz mnogih držav; osredotočili smo se na Slovenijo.

Hipoteza 1: Pripadniki prve starostne skupine (66–75 let) so v športnih in fizičnih aktivnostih dejavnejši od pripadnikov ostalih dveh starostnih skupin (67–85 in 86–100 let).

V bazi podatkov smo v programu SPSS opredelili naslednje starostne skupine: 1. skupina 66–75 let, 2. skupina 76–85 let, 3. skupina 86–100 let.

Tabela 2 prikazuje pogostost telesne aktivnosti glede na zgoraj opredeljene starostne skupine.

**Tabela 2: Telesna aktivnost glede na starostne skupine**

		Pogostost telesne aktivnosti				Skupaj
		več kot enkrat tedensko	enkrat tedensko	enkrat do trikrat mesečno	redko ali nikoli	
Starostne skupine	1,00	245	123	98	243	709
	2,00	103	49	49	265	466
	3,00	11	4	2	71	88
Skupaj	359	176	149	579	1263	

Vir: SHARE (2012)

Tabela 3 prikazuje test hi-kvadrat, ki smo ga uporabili zaradi dveh opisnih spremenljivk.

**Tabela 3: Hi-kvadrat test (telesna aktivnost glede na starostne skupine)**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	105,420b	6	,000
Likelihood Ratio	109,466	6	,000
Linear-by-Linear Association	82,215	1	,000
N of Valid Cases	1263		

Vir: SHARE (2012)

Test je pokazal, da je signifikanca manjša od 0,05, zato smo hipotezo 1 potrdili. Ugotovili smo, da so pripadniki prve starostne skupine v fizičnih aktivnostih dejavnejši od pripadnikov drugih dveh skupin. Rezultati so pokazali, da se prva starostna skupina s športnimi aktivnostmi ukvarja v največji meri, in sicer več kot enkrat tedensko.

Ukvarjanje s športnimi aktivnostmi glede na opredelitev po spolu

Hipoteza 2: Moški so v športnih in fizičnih aktivnostih v povprečju dejavnejši od žensk.

Tabela 4 (spodaj) prikazuje telesno aktivnost glede na spol.

**Tabela 4: Telesna aktivnost glede na spol**

	Pogostost telesne aktivnosti				Skupaj
	več kot enkrat tedensko	enkrat tedensko	enkrat do trikrat mesečno	redko ali nikoli	
Spol: ženski = 1 moški = 0	529	163	156	339	1187
	517	272	199	565	1553
Skupaj	1046	435	355	904	2740

Vir: SHARE (2012)

Rezultati kažejo, da se največ starostnikov moškega spola, vključenih v raziskavo, ukvarja s športnimi in fizičnimi aktivnostmi več kot enkrat tedensko, medtem ko je pri predstavnicah ženskega spola ta odstotek glede ukvarjanja s športnimi in fizičnimi aktivnostmi »več kot enkrat tedensko« in »redko ali nikoli« skoraj izenačen.

Imamo dve opisni spremenljivki, zaradi česar smo ponovno opravili test hi-kvadrat. Rezultate prikazuje tabela 5.

**Tabela 5: Hi-kvadrat test (telesna aktivnost glede na spol)**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,001b	3	,000
Likelihood Ratio	41,033	3	,000
Linear-by-Linear Association	28,563	1	,000
N of Valid Cases	2740		

Vir: SHARE (2012)

Iz rezultatov je razvidno, da je signifikantna vrednost manjša od 0,05, kar pomeni, da so moški v športnih in fizičnih aktivnostih v povprečju dejavnejši od žensk, s čimer potrjujemo hipotezo 2.

## 4 Razprava

V raziskavi smo ugotovili, da so starostniki razmeroma aktivni. Najaktivnejši so tisti v starostni dobi 66–75 let, kar je glede na že obstoječo literaturo in izkušnje pričakovan rezultat. Starostniki so v tem obdobju v povprečju gibčnejši in zmogljivejši od tistih nad 75 let. Kot je navedel Horvat (2011): »Ljudje, ki niso telesno aktivni, sčasoma izgubijo 20 do 40 % mišične mase, kar posledično vodi k poslabšani gibljivi sposobnosti.« Starejši kot je človek, večja je izguba mišične mase.

S pomočjo rednega gibanja lahko starostniki nadzorujejo telesno težo in se imajo hkrati možnost izogniti razvoju različnih bolezni. Menimo, da je pomembno intenzivno promovirati športne in fizične aktivnosti oz. njihovo pomembnost, ne le v tretjem življenjskem obdobju, ampak skozi vse življenje. To je priprava na starejše obdobje posameznikovega življenja, ki naj bo kakovostno, torej čim bolj aktivno in v gibanju.

Rezultati so pokazali, da so predstavnice ženskega spola v primerjavi z moškimi v povprečju manj aktivne, zato bi jih bilo treba bolj motivirati. Menimo, da bi bila naša raziskava natančnejša, če bi lahko v preiskovani bazi uporabili podatke o splošnih aktivnostih starostnikov, ki niso bili na voljo. Pričakujemo, da bodo države sveta – vključno s Slovenijo – upoštevale načrt za zdravo staranje, ki ga je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija. Ključnega pomena bo upoštevanje predlaganih strategij in intervencij za zdravo staranje prebivalstva. Tako bo v prihodnje staranje kljub povečevanju starostne dobe varnejše in kakovostnejše.

## Literatura

Blenkuš, MG., Jerković, OS., Đukič, B., Prezelj, M., Ješe, M., et al. (2010). Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja. Inštitut za varovanje zdravja RS. Dostopno na: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prehranaintelesnadejavnoststarejsih\\_4940.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prehranaintelesnadejavnoststarejsih_4940.pdf) (26. 1. 2016).

Čuček, S. (2012). Svetovni dan zdravja 2012. Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnavnavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=4617> (5. 1. 2016).

Drev, A. (2010). Gibalna aktivnost in starostniki. Inštitut za varovanje zdravja RS. Dostopno na: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/v\\_gibanju\\_tudi\\_v\\_starosti.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/v_gibanju_tudi_v_starosti.pdf) (26. 1. 2016).

Horvat, AS. (2011). Telesna aktivnost starostnikov. Dostopno na: [http://www.dmsbzt-sg.si/2011/images/stories/A.Horvat\\_Telesna\\_aktivnost\\_starostnikov.pdf](http://www.dmsbzt-sg.si/2011/images/stories/A.Horvat_Telesna_aktivnost_starostnikov.pdf) (3. 2. 2016).

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

Sedmi april – Svetovni dan zdravja 2012: za aktivno in bolj zdravo starost. Inštitut za varovanje zdravja RS. Dostopno na: [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=85&pi=3&\\_3\\_id=1928&\\_3\\_PageIndex=0&\\_3\\_groupId=240&\\_3\\_newsCategory=&\\_3\\_action>ShowNewsFull&pl=85-3.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=85&pi=3&_3_id=1928&_3_PageIndex=0&_3_groupId=240&_3_newsCategory=&_3_action>ShowNewsFull&pl=85-3.0) (3. 1. 2016).

SHARE. (2012). Raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanja v Evropi. Dostopno na: [http://www.share-slovenija.si/strani/dostop\\_dokumentacija](http://www.share-slovenija.si/strani/dostop_dokumentacija) (12. 1. 2016).

WHO. (2012a). Active Ageing: Good health adds life to years. Policies and priority interventions for healthy ageing. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/161637/WHD-Policies-and-Priority-Interventions-for-Healthy-Ageing.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/161637/WHD-Policies-and-Priority-Interventions-for-Healthy-Ageing.pdf?ua=1) (15. 1. 2016).

WHO. (2012b). Report of the sixty-second session of the WHO Regional Committee for Europe. Malta: WHO Regional Office for Europe.

Zurc, J., Hlastan, CR. in Skela Savič, B. (2015). Prehranske in gibalne navade slovenskih starostnikov: presečna anketna raziskava z metodo razvrščanja v skupine. Obzornik zdravstvene nege; 49(1): 9–17.

## ODZIVANJE ZDRAVSTVENEGA OŠEBJA V PRIMERIH NASILJA V DRUŽINI, KOT GA DOŽIVLJAJO ŽRTVE HEALTHCARE PROFESSIONALS' RESPONSE TO DOMESTIC VIOLENCE AS SEEN FROM THE PERSPECTIVE OF VICTIMS

### Povzetek

*Teoretična izhodišča:* Posledice izpostavljenosti nasilju v družini (NvD) predstavljajo veliko zdravstveno breme, zato je pomembno, da se tudi zdravstveno osebje (ZO) ustrezno odzove na pojave NvD. Namen raziskave je bil proučiti, kakšne so bile izkušnje in pričakovanja žrtev NvD, ki so poiskale pomoč v zdravstvu, oziroma razlogi pri tistih, ki tovrstne pomoči niso poiskale.

*Metodologija:* V raziskavi je sodelovalo 96 oseb z izkušnjo NvD (92 % žensk). Udeleženci so izpolnili vprašalnik o svojih izkušnjah in pričakovanjih glede obravnave NvD v zdravstvu.

*Rezultati:* Najpogostejši razlogi, zaradi katerih žrtve niso iskale pomoči v zdravstvu, so bili sledeči: menile so, da NvD ni problem, o katerem bi se lahko pogovorile z ZO; ZO jim ne bi moglo pomagati in ni imelo časa za pogovor o NvD. Žrtve, ki so bile v stiku z ZO zaradi izpostavljenosti NvD (66 %), so poročale, da so imele pri sporazumevanju z ZO dobre izkušnje, da je ZO upoštevalo njihove želje glede obravnave, ni jih obsojalo, spoštovalo je njihovo zasebnost in jim verjelo. V manjši meri pa jim je ZO nudilo informacije, pomoč pri ukrepanju, poskrbelo za trenutno varnost in sodelovalo z drugimi institucijami.

*Razprava:* Glede na izsledke raziskave lahko zaključimo, da žrtve NvD vidijo poleg centrov za socialno delo in policije tudi v ZO ustreznega sogovornika glede ukrepanja v primerih NvD, saj je imela večina žrtev pozitivno izkušnjo z njimi.

*Ključne besede:* nasilje v družini, žrtve, zdravstveno osebje, izkušnje, ovire.

### Abstract

*Introduction:* Consequences of exposure to domestic violence (DV) represent a significant health burden therefore, it is important that healthcare professionals (HP) respond appropriately when encountered with cases of DV. The aim of the study was to examine some experiences and expectations among DV victims, seeking for help in the healthcare sector, and those who didn't seek for such support.

*Methodology:* 96 victims of DV (92 % women) participated in the study. They fulfilled a questionnaire about their experiences and attitudes regarding assistance within the health sector in cases of DV.

*Results:* The most common reasons for not seeking help in the health sector were as follows: victims considered that DV is not a problem about which they could talk with HP, HP could not help them and did not have time to talk about the DV. Participants (66 %) who have been in contact with the HP mainly reported, that they had good experience in communicating with HP, they considered their requests about the treatment, respected their privacy, didn't condemn them and believed them. At lesser degree HP delivered information, care for victim's safety and in cooperated with other institutions.

*Discussion: According to the results we conclude that victims of DV recognize, besides Centres for social work and the police, also the HP as a relevant support in cases of DV, since most of victims had a positive experience with them.*

*Key words: domestic violence, victims, healthcare professionals, experiences, barriers*

## 1 Uvod

Posledice izpostavljenosti nasilju v družini (NvD) predstavljajo veliko zdravstveno breme, so kratko- in dolgoročne ter se odražajo tako na ravni posameznika kot celotne družbe (WHA 49.25, 1996). Zdravstveno okolje je ključni prostor za prepoznavanje NvD tudi zaradi številnih okoliščin, možnosti in priložnosti za prepoznavo, podporo in pomoč žrtvam NvD. Žrtve NvD pogosteje vstopajo v zdravstvene sisteme v primerjavi s posamezniki, ki niso bili žrtve zlorab: potrebujejo več pregledov pri zdravnikih, deležni so več hospitalizacij, zdravil in posvetovanj glede duševnega zdravja (Coker et al., 2000; Pico-Alfonso et al., 2000). Raziskave kažejo, da so žrtve NvD pripravljene razkriti svojo izkušnjo nasilja svojemu zdravniku, če jih ta o tem povpraša, hkrati pa so redko pripravljene začeti pogovor o tem (Hegarty, Taft, 2001). Če žrtev doživi razočaranje ob stiku z ZO, to zanjo lahko pomeni hudo oviro pri nadaljnjem iskanju pomoči (Kopčavar Guček, 2015). Raziskave razkrivajo, da si žrtve želijo, da bi ZO razumelo, da je NvD »univerzalen pojav«, da se vsakdo lahko znajde v vlogi žrtve NvD, zato naj bi se ZO o tem pogovarjalo z vsakim pacientom (Nicolaidis, 2003). Poročilo o nacionalni raziskavi o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih v Sloveniji (Leskošek, Urek, Zaviršek, 2010) navaja, da med tistimi ženskami, ki so poročale o nasilju, jih je četrtnina obiskala zdravnika ali šla v bolnišnico zaradi poškodb, ki so nastale z nasiljem. V celotni populaciji je to 6,6 % žensk. Od tistih, ki so šle k zdravniku, jih je le malo več kot polovica povedalo, kako so poškodbe nastale. Večina jih je to povedala šele po več obiskih.

Namen raziskave je bil preučiti, kakšna so stališča in izkušnje žrtev NvD glede obravnave NvD v sklopu zdravstva, s ciljem, da s pomočjo njihove perspektive pridobimo ustrezna izhodišča za pripravo strokovnih usmeritev na področju prepoznave in obravnave nasilja NvD v okviru zdravstvene dejavnosti.

## 2 Metodologija

### 2.1 Vzorec

V raziskavi je sodelovalo 96 udeležencev, od tega 88 žensk in 4 moški, 4 udeleženci pa niso podali odgovora o svojem spolu. Ker je večina udeležencev ženskega spola, je nadalje uporabljena ženska slovnična oblika. Povprečna starost vseh udeleženk je bila 40,2 leta, s starostnim razponom od 19 do 78 let. Nadalje smo udeleženske razdelili na dva vzorca: 33 udeleženk ni bilo v stiku z ZO in 63 udeleženk, ki je glede svoje izkušnje NvD bilo v stiku z ZO.

**Tabela 1: Demografski podatki oseb z izkušnjo NvD, ki so izpolnjevale vprašalnik**

Demografske spremenljivke	Kategorije	Bile v stiku (%)	Niso bile v stiku (%)
N		66	34
Otroci	ima otroke	84	87
Država rojstva	rojena v Sloveniji	68	87
Narodna/etnična pripadnost	slovenska narodnost	65	84
	druge narodnosti (npr. romunska, ruska, bosanska, srbska narodnost)	35	16
Okolje prebivališča	mestno	56	75
	primestno	25	12
	vaško	17	12
Dosežena izobrazba	osnovna šola	17	9
	srednje poklicno izobraževanje	35	37
	gimnazijsko, srednje tehniško oz. drugo strokovno izobraževanje	24	28
	višješolski program oz. 1. bol. st.	20	21
Trenutni status zaposlitve	zaposlena za nedoločen čas	14	22
	zaposlena za določen čas	13	9
	upokojena	13	6
	dijakinja/študentka	6	6
	brezposelna	52	50

Opomba: Seštevek odgovorov po posameznih kategorijah ni v vseh primerih 100 %, saj udeleženke na nekatera vprašanja niso odgovorile ali pa so podale katerega od drugih mogočih odgovorov.

Vir: samoocenjevalni vprašalnik raziskave projekta POND, 2015

## 2.2 Instrument

V raziskavi je bil uporabljen anonimni samoocenjevalni vprašalnik, ki smo ga razvili v namen raziskave projekta POND (Cukut Krilić et al., 2015). Z njim smo preverjali sociodemografske značilnosti, stike s pristojnimi institucijami zaradi izkušnje NvD, razloge, zaradi katerih nekatere udeleženke niso poiskale stika z ZO, primernost ZO za pogovor glede NvD, izkušnjo s prepoznavo in obravnavo in zadovoljstvo s temi izkušnjami ter njihovo mnenje o razlogih za neprepoznavanje in neustrezno obravnavanje NvD v zdravstvu. Na vprašanja o izkušnjah so odgovarjale na petstopenjski lestvici strinjanja s trditvami na vprašalniku (1 – se nikakor ne strinjam do 5 – se popolnoma strinjam), mnenje o razlogih pa so podale na petstopenjski lestvici pogostosti (1 – zelo redko oz. nikoli do 5 – zelo pogosto oz. vedno).

## 2.3 Tehnika zbiranja podatkov

Udeleženke smo k sodelovanju v raziskavi povabili s pomočjo centra za socialno delo (Maribor in Ptuj), varnih hiš (Celje, Ljutomer, Velenje), Zavoda EMMA – centra za pomoč žrtvam nasilja in Društva za nenasilno komunikacijo. Udeleženke so bile zaprošene za sodelovanje in izpolnjevanje vprašalnika od druge polovice aprila do konca novembra 2015. Podatke smo obdelali s pomočjo programa Excel. Uporabili smo deskriptivne statistike.

### 3 Rezultati

V nadaljevanju so prikazani rezultati skupine udeleženk, ki niso poiskale pomoči pri ZO glede svoje izkušnje NvD, nato sledijo rezultati skupine udeleženk, ki so glede svoje izkušnje NvD bile v stiku tudi z ZO.

#### 3.1 Udeleženke, ki niso bile v stiku z zo glede svoje izkušnje NVD

Udeleženke, ki niso poiskale pomoči pri ZO zaradi svoje izkušnje NvD, so podale enega ali več razlogov oziroma ovir za to. Tabela 2 prikazuje odstotke udeleženk, ki so posamezno oviro prepoznale tudi pri svoji izkušnji.

Tabela 2: Ovire, zaradi katerih udeleženke niso iskale stika z ZO glede svoje izkušnje NvD (udeleženke so lahko izbrale več odgovorov)

	% udeleženk
Menim, da nasilje v družini ni problem, o katerem bi lahko govorila z zdravstvenim osebjem.	22
Menim, da mi zdravstveno osebje ne more pomagati.	19
Menim, da zdravstveno osebje nima časa za pogovor o nasilju v družini.	19
Povzročitelj nasilja mi je omejeval dostop do zdravstvene pomoči.	16
Imam slabe izkušnje s sporazumevanjem z zdravstvenim osebjem.	12
Menim, da zdravstvenega osebja ne zanima nasilje v družini.	12
Menim, da mi v zdravstvenih ustanovah ni zagotovljena zasebnost.	9
Drugo.	22

Vir: samoocenjevalni vprašalnik raziskave projekta POND, 2015

#### 3.2 Udeleženke, ki so bile (kadar koli do trenutka izpolnjevanja vprašalnika) v stiku z ZO glede svoje izkušnje nvd

Ker je mogoče, da niso vse udeleženke vnaprej načrtovale stika z ZO, nas je zanimalo, ali menijo, da je ZO primerno za pogovor glede prisotnosti NvD. Zanimalo nas je tudi, ali je bil stik z ZO prvi stik zaradi izkušnje z NvD in v katerih preostalih institucijah so še iskale pomoč.

Med udeleženkami, ki so imele stik z ZO, jih je menilo, da je ZO zelo primerno 24 %, primerno 34 %, neprimerno 16 %, popolnoma neprimerno 2 % za obravnavo NvD. Preostale udeleženke se glede tega vprašanja niso mogle opredeliti (24 %). Stik z ZO je bil hkrati tudi prvi stik zaradi izkušnje NvD za 20 % udeleženk.

Udeleženke smo vprašali, s katerimi institucijami so bile (poleg stika z ZO) še v stiku glede svoje izkušnje NvD, katere zdravstvene službe so jih obravnavale in s katerim ZO so se glede svoje izkušnje NvD pogovarjale, pri čemer so lahko izbrale več odgovorov.

V največji meri so bile udeleženke raziskave v stiku s centri za socialno delo (92 %) in s policijo (90 %). 54 % udeleženk je bilo v stiku z nevladnimi organizacijami in 41 % s kriznimi centri.

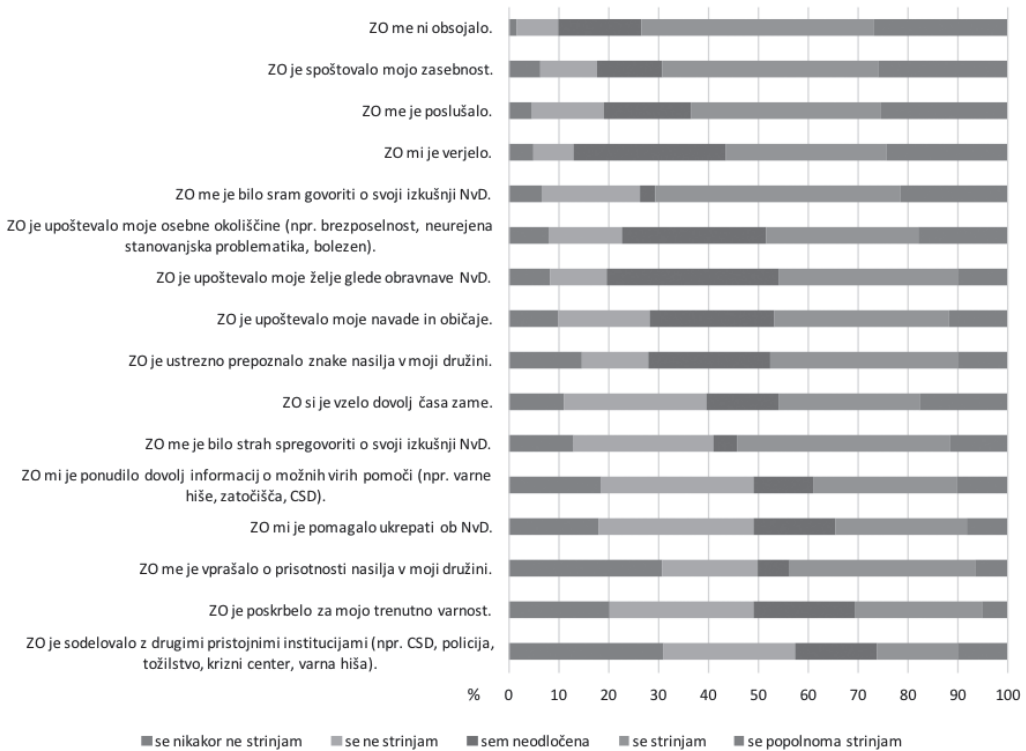
Udeleženke raziskave so bile v največji meri v stiku z družinsko oziroma splošno medicino (70 %), 25 % jih je bilo v stiku s psihiatrijo, 22 % s strokovnimi službami (psiholog, socialni delavec), 21 % z urgenco, 16 % z nujno medicinsko pomočjo, 10 % z ginekologijo, 6 % z interno medicino, 5 % s travmatologijo, 5 % z zobozdravstvom, 2 % s pediatrijo, 2 % s fizioterapijo in 5 % z drugimi službami (nevrolog, sodni izvedenec).

Največ udeleženk (70 %) se je pogovarjalo z osebnim oziroma družinskim zdravnikom, 40 % udeleženk se je pogovarjalo z zdravnikom specialistom (npr. psihiatrom, ginekologom, kirurgom), 16 % z medicinsko sestro, 6 % z zobozdravnikom, 5 % z reševalcem, 5 % z administrativnim osebjem, 2 % s patronažno sestro in 3 % z drugim ZO.

21 % udeleženk je bilo z obravnavo zdravstvenih težav, povezanih z NvD, zelo zadovoljnih, 26 % zadovoljnih, 26 % srednje zadovoljnih, 18 % nezadovoljnih in 9 % zelo nezadovoljnih.

Udeleženke so v največjem obsegu doživele, da jih ZO ni obsojalo, da je spoštovalo njihovo zasebnost, da jih je poslušalo in jim verjelo. V najmanjšem obsegu so doživele, da je ZO sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami, da je poskrbelo za njihovo trenutno varnost in da jih je vprašalo o prisotnosti NvD (slika 1).

**Slika 1: Izkušnje udeleženk glede njihove prepoznave in obravnave NvD ob stiku z ZO (trditve so razvrščene po vrsti od tistih, s katerimi so se udeleženke v povprečju v največji meri strinjale, do tistih, s katerimi so se najmanj strinjale)**

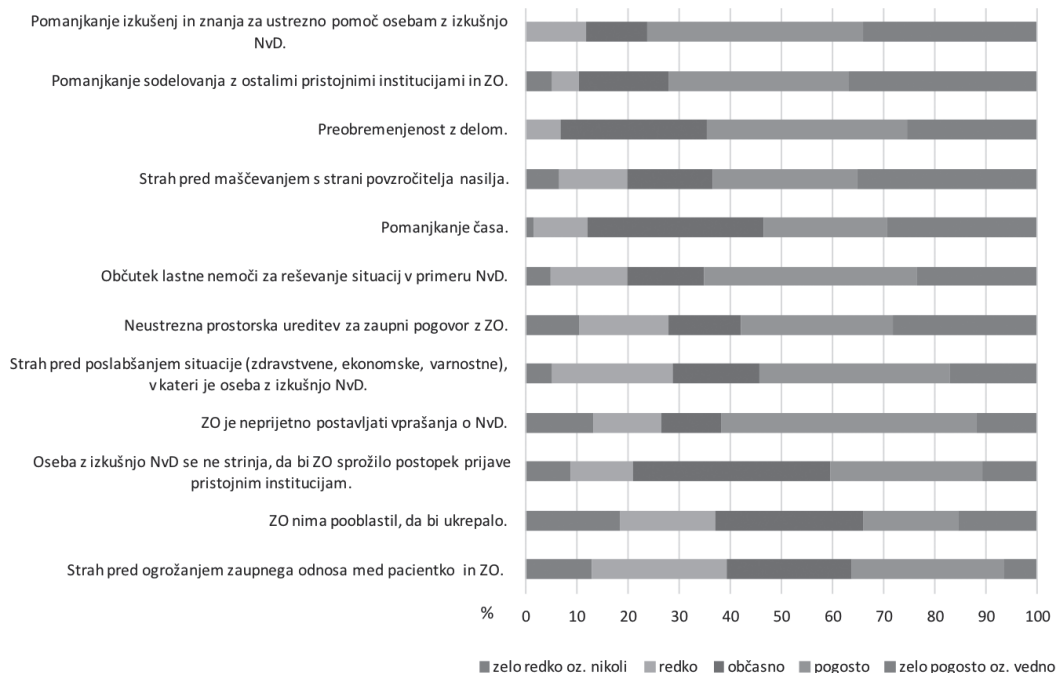


Vir: samoocenjevalni vprašalnik raziskave projekta POND, 2015

Udeleženke so menile, da so najpogostejši razlogi pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoč, pomanjkanje sodelovanja z ostalimi institucijami in preobremenjenost z delom (slika 2). Kot najmanj pogoste pa so ocenile strah pred ogrožanjem zaupnega odnosa, pomanjkanje pooblastil in nestrinjanje osebe z izkušnjo NvD za sprožitev postopka prijave pristojnim institucijam.



**Slika 2: Mnenja udeleženk o razlogih za pomanjkljivo prepoznavo in obravnavo oseb z izkušnjo NvD v zdravstvu (trditve so razvrščene po vrsti od tistih, za katere so udeleženske menile, da so najpogostejše, do tistih, za katere so menile, da so najmanj pogoste)**



Vir: samoocenjevalni vprašalnik raziskave projekta POND, 2015

#### 4 Razprava

V pričujoči raziskavi smo preučili stališča in izkušnje žrtev NvD glede obravnave NvD s strani zdravstvene službe. Stik žrtev z zdravstvenimi službami je namreč, poleg centrov za socialno delo in policije, ena od najpogostejših vstopnih točk žrtev NvD v procesu iskanja pomoči in podpore pri preprečevanju NvD. Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih v Sloveniji (Leskošek, Urek, Zaviršek, 2010) ugotavlja, da več kot polovica žensk o svoji izkušnji nasilja ni obvestila nikogar. Zato je pomembno, da se pri oblikovanju strokovnih usmeritev za ZO na področju prepoznavanja in obravnavanja NvD vključuje tudi perspektivo žrtev NvD. Razumevanje pričakovanj in njihovih izkušenj lahko pomaga ZO, da se pri obravnavi izogne stigmatizaciji, neustrezni komunikaciji in uspešno pomaga žrtvi.

Rezultati naše raziskave so pokazali, da je zaradi izkušnje NvD bilo v stiku z ZO več kot polovica udeleženk. Glede na sociodemografske značilnosti našega vzorca sklepamo, da so bile udeleženske nižjega socioekonomskega (SE) statusa, saj so imele doseženo nižjo stopnjo izobrazbe in več kot polovica je bilo brezposelnih. To bi lahko odslikavalo tudi zavajajoč zaključek, da se s pojavi NvD srečujejo predvsem osebe, ki izhajajo iz slabših SE-razmer. Podatki namreč kažejo, da se NvD dogaja v vseh SE-okoljih in -kulturah in da si žrtve želijo, da bi tudi zdravstveno osebje razumelo, da je NvD »univerzalen pojav« oziroma da se vsakdo lahko znajde v vlogi žrtve NvD. Zato naj bi se ZO o tem pogovarjalo z vsakim pacientom. Žrtve poročajo, da višji SE-status ne sme biti ovira, da ZO ne bi pomislilo, da se v takšnem okolju nasilje ne dogaja (Nicolaidis, 2003).

Razlogi, zakaj žrtve NvD glede svoje izkušnje ne zaupajo ZO oziroma ne poiščejo pri njem pomoči, so raznoliki. Raziskave navajajo, da žrtve menijo, da ZO ni ustrezen naslov, kjer bi lahko spregovorile o svoji izkušnji, soočajo se z neprijetnimi občutki sramu, strah jih je povzročitelja nasilja, menijo, da je NvD področje zasebne sfere, pri čemer jim ZO ne more pomagati, in omenjajo nekatere predhodne slabe izkušnje pri poskusih sporazumevanja z ZO (Prosman, Lo Fo Wong, Lagro-Janssen, 2014; Usta et al., 2012). Tudi rezultati naše raziskave se skladajo s predhodnimi izsledki, saj so udeleženke največkrat navedle, da NvD ni problem, o katerem bi lahko govorile z ZO, ZO jim pri tem ne more pomagati ter da ZO nima časa za pogovor o NvD.

Podatki slovenskih raziskav kažejo, da so ženske, ki so iskale pomoč zaradi posledic nasilja v zasebni sferi in v partnerskih odnosih, največkrat obvestile policijo, sledijo centri za socialno delo in zdravstveni domovi. V manjši meri pa so imele stik z nevladnimi organizacijami in kriznimi centri ali varnimi hišami (Leskošek, Urek, Zaviršek, 2010). Podobne rezultate smo dobili tudi v sklopu naše raziskave, kjer so udeleženke glede svoje izkušnje NvD poleg stika z ZO iskale pomoč pri policiji (90 %) in pri centru za socialno delo (92 %). Manj udeleženk je iskalo pomoč v sklopu nevladnega sektorja (54 %) in v kriznem centru ali varni hiši (41 %). Razlogi so lahko različni. Med drugim verjetno tudi ta, da se žrtve NvD redkeje odločajo za pomoč pri nevladnih organizacijah, ker je več nezadovoljstva pri le-teh kot pri javnih službah, saj je odstotek zadovoljstva s policijo, centri za socialno delo in zdravstvom razmeroma visok (Leskošek, Urek, Zaviršek, 2010). Naši podatki kažejo na to, da so bile udeleženke z obravnavo v zdravstvu zadovoljne in zelo zadovoljne (47 %), kar je primerljivo z izsledki raziskave (Leskošek, Urek, Zaviršek, 2010), pri kateri je bilo z obravnavo v zdravstvenem domu zadovoljnih več kot polovica udeleženk, le 8 % pa se je zdel odziv zdravstvenega doma neustrezen.

Vendar žrtve pogrešajo tudi nekatere vidike obravnave NvD v okviru zdravstvene obravnave. Rezultati naše raziskave so razkrili, da je ZO v manjši meri sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami, poskrbelo za trenutno varnost žrtev NvD in jih neposredno nagovorilo o prisotnosti nasilja v njihovi družini. Prav tako jim je v manjšem obsegu ponudilo dovolj informacij o mogočih virih pomoči. O podobnih pomanjkljivostih obravnave NvD v sklopu zdravstvene dejavnosti poročajo tudi druge raziskave (Caralis, Musialowski, 1997; Plichta, 2007; Prosman, Lo Fo Wong, Lagro-Janssen, 2014; Usta et al., 2012), v katerih avtorji ugotavljajo, da si žrtve želijo, da bi bilo ZO informirano in opremljeno z ustreznim znanjem o osnovnih značilnostih NvD ter simptomih in znakih, povezanih z NvD, da bi jim razložilo, kako nasilje vpliva na njihovo zdravje, in se z žrtvami posvetovalo o nadaljnjih ukrepih. Prav tako žrtve pričakujejo, da je ZO seznanjeno z zakonodajo, sistemom pomoči in postopki obravnave NvD ter da se bo povežalo z drugimi institucijami.

Izsledki naše raziskave so pokazali, da je bilo glede svoje izkušnje NvD skoraj tri četrtine udeleženk v stiku z osebnim oziroma družinskim zdravnikom. Razloge lahko pripišemo tudi dejstvu, da obstaja velika verjetnost, da pacienta, ki je žrtev telesnega ali duševnega nasilja, kot osebo z izkušnjo nasilja lahko prepozna tudi zdravnik družinske medicine, kljub temu da v večini primerov žrtve nasilja primarno ne iščejo pomoči pri njih zaradi izpostavljenosti NvD (Selič et al., 2008).

Udeleženke naše raziskave so v glavnem doživele pozitivno izkušnjo glede obravnave NvD, kar se sklada tudi z izsledki primerljivih raziskav. Žrtve namreč v svojih pričakovanjih do zdravstvenega osebja izpostavljajo, da želijo, da jih ZO aktivno posluša, jim sočutno izraža podporo, spoštuje njihovo avtonomijo in zasebnost, jih ne sili v ukrepanje, če same tega ne želijo (Caralis, Musialowski, 1997). Žrtve pričakujejo, da jim ZO ne bo prigovarjalo, naj zapustijo partnerja ali ga prijavijo, ampak da bo upoštevalo kompleksnost situacije, v kateri so se znašle (Usta et al., 2012).

Kljub pozitivni izkušnji z zdravstveno obravnavo posledic NvD so udeleženke naše raziskave podale tudi svoje mnenje o razlogih za pomanjkljivo prepoznavo in obravnavo oseb z izkušnjo NvD v zdravstvu. Kot najpogostejše razloge so navajale: pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoč, pomanjkanje sodelovanja z ostalimi institucijami, preobremenjenost z delom, strah pred maščevanjem s strani povzročitelja, pomanjkanje časa, občutek nemoči ZO za reševanje situacij v primerih NvD, neustrezno prostorsko ureditev za zaupni pogovor z ZO ter strah pred poslabšanjem situacije, v kateri je žrtev. Podobne razloge navajajo tudi nekateri drugi avtorji, ki poročajo, da se žrtve pogosto ne odločijo, da bi zaupale, oziroma ne začutijo notranje pripravljenosti, da bi spregovorile o NvD, navajajo pomanjkanje zaupnosti in katično okolje, pomanjkanje časa in preobremenjenost z delom, pomanjkljivo usposobljenost in poznavanje problematike, omejen dostop do drugih virov pomoči oziroma služb, ki obravnavajo NvD (Catallo et al., 2013; McCall-Hosenfeld et al., 2014; Yeung et al., 2012). Oviro pri iskanju pomoči glede NvD predstavljajo tudi pretekle negativne izkušnje z ZO (Prosman, Lo Fo Wong, Lagro-Janssen, 2014), strah pred povzročiteljevim maščevanjem ter sram, da bi jih obsojali ali kakor koli drugače razvrednotili (Larsen et al., 2014; Reisenhofer, Seibold, 2012).

Kljub temu da se izsledki naše raziskave v pretežni meri skladajo s primerljivimi domačimi in tujimi poročanji, pa je pri tem treba upoštevati tudi nekatere omejitve raziskave. V raziskavi smo v vzorec zajeli udeležence (večinoma ženskega spola), ki smo jih k sodelovanju povabili s pomočjo centrov za socialno delo, varnih hiš, Zavoda EMMA in Društva za nenasilno komunikacijo. Gre za vzorec oseb, ki so imele izkušnjo NvD in so poiskale pomoč. Poleg tega je velikost vzorca udeležencev dokaj majhna, kar predstavlja omejitev posploševanja rezultatov raziskave, saj je to posledično vplivalo na nekatere rezultate, ki bi bili v primeru bolj reprezentativnega populacijskega vzorca lahko tudi drugačni. Treba je omeniti tudi določene omejitve in uporabljeno metodologijo zbiranja podatkov, uporabili smo samoocenjevalni vprašalnik. Pri tovrstnem podajanju odgovorov ne moremo popolnoma izključiti morebitnega socialno zaželenega odgovarjanja.

## 5 Zaključek

Z izvedeno raziskavo smo dobili vpogled v najpogostejše razloge, zaradi katerih žrtve NvD ne iščejo pomoči pri zdravstvu, kakšne so izkušnje tistih, ki so bile v stiku z ZO, s katerim ZO in zdravstvenimi službami najpogosteje vzpostavljajo stik ter kaj zaznavajo kot najpogostejše ovire, zaradi katerih ZO v manjši meri prepozna in ustrezno obravnava žrtve NvD. Glede na rezultate raziskave predlagamo izobraževanje ZO in njihovo osveščanje na dveh ravneh. Na prvi je potrebno širše osveščanje družbe in s tem tudi žrtev, da lahko v primeru izpostavljenosti NvD poiščejo pomoč in podporo tudi v sklopu zdravstvenih služb. Na drugi ravni pa je treba glede prepoznave in obravnave NvD tudi pri ZO izpopolniti znanje, dvigniti kompetence in večine sodelovanja in postopanja v primerih sumov na NvD. Rezultati naše raziskave so namreč pokazali, da so žrtve NvD sicer imele v postopku obravnave s strani ZO v glavnem pozitivne izkušnje z vidika komunikacije, pogrešale pa so predvsem več informacij o mogočih virih pomoči, pomoč pri ukrepanju, skrbi za trenutno varnost in sodelovanje z drugimi pristojnimi institucijami. To se odraža tudi pri mnenjih udeleženk, zakaj ZO pomanjkljivo prepozna in obravnava osebe z izkušnjo NvD, pri čemer so najpogosteje navajale prav pomanjkanje izkušenj in sodelovanja z drugimi institucijami. Žrtve NvD se pogosto obračajo na osebne oziroma družinske zdravnike, zato je smiselno izpostaviti pomen izobraževanja tega kadra. Izsledki podajajo dodaten vpogled v dinamiko odnosov med ZO in žrtvami NvD, kar lahko pripomore k izpopolnjevanju intervencij in izobraževanj, vezanih na problematiko NvD.

Prispevek je bil pripravljen v sklopu projekta »Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce« (POND SiZdrav), ki je sofinanciran v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Koordinator programa je Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.

## Literatura

- Caralis, PV., Musialowski, R. (1997). Women's Experiences with Domestic Violence and Their Attitudes and Expectations Regarding Medical Care of Abuse Victims: *Southern Medical Journal*; 90: 1075–80.
- Catallo, C., Jack, SM., Ciliska, D., MacMillan, HL. (2013). Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments: *Journal of Advanced Nursing*; 69(6): 1366–76.
- Coker, AL., Smith, PH., Bethea, L., King, MR., McKeown, RE. (2000). Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence: *Arch Fam Med*; 9: 451–7.
- Cukut Krilić, S., Modic, KU., Smrke, U., Šimenc, J., Zver Makovec, M., Šprah, L., Knežević Hočvar, D., Vah Jevšnik, M. (2015). Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: Kvantitativna in kvalitativna raziskava – končno poročilo projekta Pond SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut.
- Hegarty, KL., Taft, AJ. (2001). Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice: *Australian and New Zealand Journal of Public Health*; 25(5): 433–737.
- Kopčavar Guček, N. (2015). Nasilje v družini kot zdravstveni problem. V: Šimenc, J. (ur.). *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana; 36–42.
- Larsen, MM., Krohn, J., Puschel, K., Seifert, D. (2014). Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany: *Health Care for Women International*; 35: 359–79.
- Leskošek, V., Urek, M., Zaviršek, D. (2010). Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih. Končno poročilo 1. faze raziskovalnega projekta. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo.
- McCall-Hosenfel, JS., Weisman, CS., Perry, AN., Hillemeier, MM., Chuang, CH. (2014). I Just Keep My Antennae Out: How Rural Primary Care Physicians Respond to Intimate Partner Violence: *Journal of Interpersonal Violence*; 29(14): 2670–94.
- Nicolaidis, C. (2003). The Voices of Survivors Documentary. Using Patient Narrative to Educate Physicians about Domestic Violence: *Wisconsin Coalition Against Domestic Violence*; 22: 5–7.
- Pico-Alfonso, MA., Gardia-Linares, MI., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E., Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide: *Journal of Women's Health*; 15(5): 599–611.
- Plichta, SB. (2007). Interactions between Victims of Intimate Partner Violence against Women and the Health Care System: *Trauma, Violence, Abuse*; 8: 226–39.
- Prosman, GJ., Lo Fo Wong, SH., Lagro-Janssen, ALM. (2014). Why abused women do not seek professional help: a qualitative study: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 28: 3–11.
- Reisenhofer, S., Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence: *Journal of Clinical Nursing*; 22: 2253–63.
- Selič, P., Kersnik, J., Pesjak, K., Kopčavar - Guček, N. (2008). Razlike med poročili bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov: pilotna študija o nasilju v družini. *Zdravstveno varstvo*; 47: 72–80.
- Usta, J., Antoun, J., Ambuel, B., Khawaja, M. (2012). Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want: *Annals of Family Medicine*; 10: 213–21.
- WHA49.25. Prevention of violence: a public health priority. Geneva: Forty-Ninth World Health Assembly, 20.–25. 5. 1996. Dostopno na: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf) (26. 1. 2016).
- Yeung, H., Chowdhury, N., Malpass, A., Feder, GS. (2012). Responding to Domestic Violence in General Practice: A Qualitative Study on Perceptions and Experiences: *International Journal of Family Medicine*; 1–7.

## STRES IN AKTIVNOSTI ZA LAJŠANJE STRESA STRESS AND ACTIVITIES FOR RELIEVE STRESS

### Izvleček

*Izhodišča: Stres povzročajo različne aktivnosti, izraža se s simptomi na telesnem, čustvenem in kognitivnem področju. Ljudje si lajšajo stres z različnimi aktivnostmi.*

*Metoda: Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalen pristop. Za pridobivanje podatkov je bil uporabljen ocenjevalni instrument Stress Management Questionnaire (Stein, 1987). Vprašalnik SMQ je sestavljen iz treh delov: simptomi stresa, stresorji, tehnike obvladovanja stresa. Sodelujoči v raziskavi so osebe, ki niso imele zabeležene depresivne motnje (N = 120), in osebe z depresivno motnjo (N = 50) v starosti od 25 do 65 let. Z izračunom hi-kvadrata smo ugotavljali povezanost simptomov in aktivnosti pri sodelujočih.*

*Rezultati in ugotovitve: Hoja/sprehod je najpogostejša aktivnost za premagovanje stresa pri obeh sodelujočih skupinah, finančna situacija pa je najpogostejši stresor. Utrujenost je najpogostejši simptom stresa.*

*Sklep: Vprašalnik je smiselno uporabiti v kombinaciji z drugimi tehnikami za obvladovanje stresa. Kot samostojen instrument lahko posamezniku delno pomaga pri prepoznavanju stresorjev in spopadanju s stresnimi situacijami.*

*Ključne besede: stres, depresija, aktivnost, Stress Management Questionnaire.*

### Abstract

*Introduction: Stress caused by a variety of activities, stress is reflected with symptoms on physical, emotional and cognitive field. People relieve stress through various activities.*

*Methods: We used quantitative method of research. Collecting data was performed by using Stress Management Questionnaire (Stein, 1987). The Stress Management Questionnaire (SMQ) assists in the identification of symptoms linked to stress, the stressors that trigger the symptoms and the coppers that aid in the reduction of stress. The participants in our research are persons who were never diagnosed with depressive disorder (N = 120) and persons with depressive disorder (N = 50). Both are age from 25 to 65 years. By calculating chi square, we determined the correlation of symptoms and activities of the participant.*

*Results: Walking is the most common copper for overcoming stress. As a symptom participants state being tired as most common to appear. The most common stressor is financial situation.*

*Conclusion: The SMQ is better to use with other techniques for coping with stress. As an independent instrument can individuals partly help in identifying stressors and coping with stressful situations.*

*Key words: stress, depression, activity, Stress Management Questionnaire*

## 1 Uvod

Stres je fiziološki, psihološki in vedenjski odgovor posameznika, ki se poskuša prilagoditi in privaditi notranjim in zunanjim dražljajem (stresorjem). Stresor pa je dogodek, oseba ali predmet, ki ga posameznik doživi kot stresni element in povzroči stres. Sprožilci stresnih reakcij so lahko previsoke zahteve v službi, pritisk bližnjih po uspehu, bolezen, ločitev (Hemphill-Pearson, 2008). Stresor začasno zamaje posameznikovo ravnovesje in stres je povsem normalno odzivanje na to dogajanje. Težava pa nastane tam in takrat, ko je stresnih situacij preveč, so preveč zgoščene, premočne ali predolgo trajajo. V takih primerih lahko stres vodi v različne motnje (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2006).

Na splošno lahko stres razumemo kot vzrok ali posledico. Simptomov stresa je veliko, saj učinkuje na večino organov ter ima vpliv na različna dogajanja v telesu. Kadar se pojavlja več sumljivih znamenj hkrati, lahko ugotavljamo, da gre za znake stresa, ki se kažejo na telesni, čustveni in vedenjski ravni (Tušak, 2003). Večino telesnih simptomov stresa lahko razložimo s fiziološkim potekom stresne reakcije v telesu. Telesni simptomi se kažejo kot povečanje srčnega utripa, pospešeno plitvo dihanje, prebavne motnje, splošna mišična napetost, potne dlani in nemir (Loocker in Gregson, 1989). Med čustvene simptome spadajo apatija, anksioznost, razdražljivost, duševna utrujenost, pretirana zaverovanost vase ali zavračanje sebe (Starc, 2007). Vedenjski simptomi se lahko odražajo kot nedružabnost, nemirnost, umik od ljudi, neurejen videz in pogosto pojavljanje težav v vsakdanjih aktivnostih.

Stres kot vzrok lahko med drugim sproži simptom depresije, ki je ena izmed najpogostejših duševnih motenj in zajema precej več kot le občutek žalosti (Dernovšek idr., 2006). Za vse vrste depresije je značilno prepletanje petih procesov oziroma značilnosti. Ti so: občutje praznine, izguba energije, samopomilovanje, vdanost v usodo in negativna obarvanost sveta (Gillett, 1992). Simptomi depresije so številni in raznovrstni, po navadi se pojavljajo počasi. Posameznik na začetku težko opazi, da se je v njegovem življenju spremenilo nekaj ključnega. Pozneje, ko se simptomi poglobijo in se z njimi povezane težave povečajo, se zave, da je nekaj narobe. Kljub temu še upa, da se bo stanje popravilo samodejno (Dernovšek idr., 2006).

Posamezniki si lahko pomagajo z različnimi tehnikami za obvladovanje stresa in lajšanje simptomov stresa in depresije. Ena izmed njih je progresivna mišična relaksacija, po Jacobsonu ena izmed najbolj uporabljenih tehnik na svetu. Prvi jo je opisal dr. Edmund Jacobson leta 1930. Izhajal je iz predpostavke, da psihična sprostitvev izhaja iz telesne sprostitve. Z namenskimi aktivnostmi delovni terapevti skušamo zmanjševati stres. Pri tem uporabljamo različne tehnike. Stein in Nikolić (1989) sta v svojem članku opisala celoten potek ocenjevanja in učenja obvladovanja stresa pri osebi s shizofrenijo. Moški, ki je bil vključen v program, se je naučil uporabe različnih tehnik sproščanja mišic in uporabe biofeedbacka pri spopadanju s stresom. S tem je pokazal učinkovitost programa obvladovanja stresa v zelo kratkem času. Stein in Smith (1989) sta izvedla kratkotrajni program obvladovanja stresa, ki je bil izveden kot pilotna študija s sedmimi depresivnimi osebami. Uporabljene so bile različne tehnike sproščanja mišic in biofeedbacka v šestih obravnavah. Namen obravnav je bil zmanjševanje napetosti in učinkovitejše spopadanje s stresom. Komentarji oseb ob koncu programa so prikazali pozitiven vpliv obravnav pri povečevanju sposobnosti sproščanja in učenja prepoznavanja individualnih stresnih reakcij, kot tudi novih strategij obvladovanja stresa. Rezultati so pokazali, da je šest od sedmih oseb zmanjšalo svojo napetost ter da je skupina kot celota pokazala značilen napredek.

Namen raziskave je bil ugotoviti, katere aktivnosti predstavljajo stres osebam z depresivno motnjo in osebam brez depresivne motnje. Zanimalo nas je, kateri simptomi stresa se pojavljajo pri sodelujočih in ali se le-ti pri udeležencih obeh skupin med seboj razlikujejo.

Ugotavljali smo, katere namenske aktivnosti za zmanjševanje stresa izvajajo sodelujoči obeh skupin.

Na osnovi literature smo postavili naslednje hipoteze:

- Nekateri simptomi stresnega odzivanja se povezujejo z depresivno motnjo.
- Vsakdanje situacije, ki povzročajo stres, se statistično pomembno povezujejo z depresivno motnjo.
- Izbira aktivnosti, ki pomagajo pri premagovanju stresa, se statistično pomembno povezujejo z depresivno motnjo.

## 2 Metodologija

### 2.1 Raziskovalna metoda

Uporabili smo kvantitativno obliko raziskave. Rezultate smo obdelali z deskriptivno in analitično statistiko. Za preverjanje povezanosti posameznih spremenljivk, ki se nanašajo na simptome, stresorje in aktivnosti, z (ne)pojavom depresivne motnje, smo uporabili test hi kvadrat. Za statistično analizo smo uporabili program IBM SPSS (različica 21 za Windows).

### 2.2 Tehnika zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov pri OBDM je potekalo od oktobra do novembra 2014 z naključnim vzorcem prek znancev in prijateljev. Izvajalke raziskave so vprašalnike v pisni obliki razdelile med 6 naključno izbranih posrednikov, ki so vprašalnike v pisni obliki razdelili med svoj krog znancev in prijateljev, dokler ni bilo zbranih 120 veljavno izpolnjenih vprašalnikov pri OBDM. Udeležence z ODM smo zbirali s predstavitvijo raziskave na dnevni centrih nevladnih organizacij. Po pridobitvi soglasja vodje organizacije in dnevnega centra za sodelovanje v raziskavi je bila z uporabniki dnevnih centrov izvedena delavnica ne temo stresa, ki je motivirala uporabnike z dolgotrajno duševno motnjo za sodelovanje v raziskavi. Vprašalniki v pisni obliki in priložena zaprta škatla z režo za oddajo izpolnjenih vprašalnikov so bili od datuma delavnice v dnevni centrih tri tedne. Zbiranje podatkov pri ODM je potekalo od novembra 2014 do aprila 2015.

### 2.3 Instrument

Za pridobivanje podatkov smo uporabili delovnoterapevtski ocenjevalni instrument Stress Management Questionnaire (Stein, 1987). Dovoljenje za uporabo vprašalnika in prevod nam je posredoval avtor v elektronskem sporočilu.

Vprašalnik o obvladovanju stresa, Stress Management Questionnaire (Stein, 1987) (v nadaljevanju SMQ), je sestavljen iz treh delov: simptomi stresa (73 simptomov), stresorji (37) in aktivnosti obvladovanja stresa (49). Namen vprašalnika je identificirati težave in simptome, ki jih stres sproža, stresorje, aktivnosti, ki jih oseba izvaja z namenom zmanjševanja ali obvladovanja stresa, pomagati osebi razviti program obvladovanja stresa ter oceniti izboljšanje. Na koncu vsakega sklopa je lestvica simptomov, stresorjev in aktivnosti za obvladovanje stresa, na kateri sodelujoči označijo deset ali manj tistih, ki se pojavljajo najpogosteje.

### 2.4 Udeleženci v raziskavi (vzorec)

V raziskavi je sodelovalo skupno 170 oseb iz Slovenije.

Skupino 1 predstavljajo osebe brez depresivne motnje (N = 120) (v nadaljevanju OBDM), skupino 2 pa osebe z depresivno motnjo (N = 50) (v nadaljevanju ODM). Od vseh sodelujočih je 63 moških in 107 žensk. Od 120 OBDM je sodelovalo 44 moških in 76 žensk, od 50 ODM 19 moških in 31 žensk. Najmlajši sodelujoči je star 25 let, najstarejši 65 let. Njihova povprečna starost znaša 40,97 leta.

### 3 Rezultati in razprava

V nadaljevanju se podrobneje posvečamo razlikam in podobnostim v ravnanju s stresom med OBDM in ODM. Pri treh najpogostejših simptomih, aktivnostih in situacijah smo pogostost prikazali v odstotkih.

#### 3.1 Simptomi stresa pri sodelujočih v raziskavi

Pri vseh sodelujočih se je največkrat pojavljala utrujenost (3,6 %), hitro bitje srca (3,6 %), zaskrbljenost (3,4 %), napetost, glavobol in spanje, najmanjkrat pa krvaveče razjede (0,1 %), dajanje komplimentov (0,3 %), čemernost in neustrašnost. Tako moški kot ženske so hitro bitje srca izpostavili kot simptom, ki se največkrat pojavlja.

Zdravi sodelujoči so med najpogostejšimi simptomi navajali hitro bitje srca (3,9 %), zaskrbljenost (3,7 %), napetost, utrujenost, glavobol, nervozo, kot najmanj pogoste pa dajanje komplimentov (0,1 %), čemernost (0,2 %), neustrašnost in menstrualne težave.

Pri osebah z depresivno motnjo so najpogostejši simptomi utrujenost (4,2 %), spanje (3,8 %), jeza, glavobol in razdražljivost, najmanj pogosti pa igranje z lasmi (0,3 %), čemernost (0,3 %), neustrašnost, obramba, težave z razmišljanjem, težave z odzivnostjo, bolečina v vratu, mišična napetost, težave pri požiranju, zaprtje/zapeka, zardevanje in krvaveče razjede.

Hitro bitje srca (3,7 %) se kot najpogostejši simptom pojavlja pri depresivnih in zdravih moških, kot najmanj pogost simptom stresa pa se pojavi slaba prebava. Pri ženskah se v obeh skupinah najpogosteje pojavlja utrujenost, najmanjkrat pa čemernost in dajanje komplimentov.

Izračun testa hi-kvadrat je pokazal statistično pomembno povezanost ( $p < 0,05$ ) pri nekaterih (32 od 73) spremenljivkah, ki se nanašajo na stresne simptome. V tabeli 1 izpostavljamo tri simptome stresa, pri čemer je kontingenčna tabela pokazala, da je odstotek prisotnosti vseh treh simptomov višji pri ODM.

**Tabela 1: Spremenljivke, pri katerih se je pokazala statistično pomembna povezanost, izražena s hi kvadratom**

SIMPTOMI	OBDM (N = 120) Izraženost v %		ODM (N = 50) Izraženost v %		p (x)
	DA	NE	DA	NE	
Težave s spominom	23,3 %	76,7 %	62 %	38 %	,000
Težave z mišljenjem/sklepanjem	25,8 %	74,2 %	60 %	40 %	,000
Reševanje težav	28,3 %	71,7 %	62 %	38 %	,000

Hipoteza: Nekateri simptomi stresnega odzivanja se povezujejo z depresivno motnjo, je delno potrjena.

Kot zanimivost izpostavljamo simptom kajenje, pri katerem se ni pokazala statistično pomembna povezanost med OBDM in ODM. Če si posebej ogledamo odstotke, ugotovimo, da ima 28,3 % OBDM in 20 % ODM težave s prekomernim kajenjem. Iz tega lahko razberemo, da imajo OBDM večje težave s prekomernim kajenjem kot ODM, kar je zanimivo, saj se pričakuje ravno obratno zaradi stereotipa.

#### 3.2 Najpogostejše vsakdanje situacije, ki povzročajo stres

Najpogostejše vsakdanje situacije, ki so jih sodelujoči navajali kot stresne, so: finančna situacija (7,0 %), prepiri (5,5 %), preveliko število obveznosti v premalo časa, težave v partnerski zvezi in slaba oz. žalostna novica. Najmanjkrat navedene situacije so bile: učenje za izpit (0,6 %) in izpolnjevanje obrazcev, čakanje v vrsti (0,6 %). Tako moški kot ženske so izpostavljali finančno situacijo in težave v partnerski zvezi kot najpogostejši situaciji, ki jim povzročata stres.



Najpogostejše situacije pri OBDM, ki povzročajo stres, so: finančna situacija (7,2 %), prepiri (5,8 %), preveliko število obveznosti v premalo časa, težave v partnerski zvezi, občutek velikega pritiska v šoli oz. na delovnem mestu; najmanj pogoste pa: učenje za izpit (0,5 %) in izpolnjevanje obrazcev, čakanje v vrsti (0,7 %) ipd. Najpogostejše situacije pri ODM so: finančna situacija (6,4 %), poslušanje kritik o sebi (5,1 %), prepiri, pomanjkanje samozavesti, pretiran hrup in slaba oziroma žalostna novica; najmanj pogoste pa: izpolnjevanje obrazcev, čakanje v vrsti (0,3 %), mehanska okvara (0,3 %) ipd.

Najpogostejša situacija, ki povzroča stres pri moških obeh skupin, je finančna situacija; najmanj pogoste so izpolnjevanje obrazcev, čakanje v vrsti in občutek krivde zaradi neprimerne vedenja. Pri ženskah obeh skupin se največkrat pojavijo finančna situacija, prepiri in preveliko število obveznosti v premalo časa; najmanjkrat se pojavi slaba ocena na izpitih.

Pri 13 vsakdanjih situacijah smo s hi-kvadratom ugotovili povezanost med spremenljivko in prisotnostjo depresivne motnje, kar je razvidno v tabeli 2. Te situacije so: poslušanje kritik o sebi, pretiran hrup, izpolnjevanje obrazcev, čakanje v vrsti, samota oz. osamljenost, dolgotrajno zamujanje na sestanek, nepripravljenost, občutenje frustracije/razočaranja, izguba oziroma pridobitev telesne teže, pomanjkanje samozavesti, izguba stvari in ugajanje ljudem okoli sebe.

**Tabela 2: Izračun hi-kvadrata med odvisnimi spremenljivkami, kjer se je pokazala statistično pomembna povezanost**

SIMPTOMI	OBDM (N = 120) Izraženost v %		ODM (N = 50) Izraženost v %		p (x)
	DA	NE	DA	NE	
Pretiran hrup	36,7 %	63,3 %	68 %	32 %	,000
Poslušanje kritik o sebi	44,2 %	55,8 %	72 %	28 %	,001
Izguba stvari	36,7 %	63,3 %	64 %	36 %	,001

Izmed naštetih vsakdanjih situacij, kjer so razlike med OBDM in ODM statistično najbolj značilne, je prišlo do največjih razlik v pogostosti navajanja pri situacijah: pretiran hrup, poslušanje kritik o sebi in izguba stvari. Hipoteza: Vsakdanje situacije, ki povzročajo stres, se statistično pomembno povezujejo z depresivno motnjo, je delno potrjena.

### 3.3 Aktivnosti, ki pomagajo pri premagovanju stresa pri OBDM in ODM

Najpogostejše aktivnosti, ki so jih vsi sodelujoči navedli, so: hoja/sprehod, kar pomeni 6,3 % glede na vse aktivnosti, ki so jih preiskovanci navedli, pogovor s prijateljem (5,5 %), sproščanje (ležanje), spanje, poslušanje glasbe; najmanj pogoste aktivnosti so: pisanje kratkih zgodb (0,1 %) in pisanje pisem (0,2 %).

Najpogostejše aktivnosti pri OBDM so: hoja/sprehod (6,3 %), pogovor s prijateljem (5,5 %), sproščanje (ležanje), poslušanje glasbe in spanje; najmanj pogoste pa: pisanje kratkih zgodb (0,1 %), pisanje pesmi (0,2 %) in kvačkanje. Najpogostejše aktivnosti pri ODM so: hoja/sprehod (6,3 %), meditacija/molitev (5,9 %), pogovor s prijateljem, spanje in telovadba; najmanj pogoste pa pisanje pesmi (0,3 %), metanje »stvari okrog« (0,3 %), kričanje, priprava na pouk/sluzbo, igranje inštrumentov in slikanje.

Moški obeh skupin so za lajšanje stresnih situacij najbolj izpostavili telovadbo, poslušanje glasbe in pogovor s prijateljem. Ženske obeh skupin so najbolj izpostavile hojo/sprehod, pogovor s prijateljem in spanje, najmanj pogosto pa igranje inštrumentov.

Statistično pomembne povezanosti se pojavijo pri aktivnostih za premagovanje stresa in depresivno motnjo: čiščenje hiše, globoko dihanje, risanje, nakupovanje, meditacija in molitev, tek na dolge proge, petje, skrb za domače živali in pisanje pisem.

V tabeli 3 predstavljamo tri najpogosteje izbrane aktivnosti za premagovanje stresnih situacij.

**Tabela 3: Izračun hi-kvadrata med odvisnimi spremenljivkami, kjer se je pokazala statistično pomembna povezanost**

AKTIVNOSTI ZA OBVLADOVANJE STRESA	OBDM (N = 120) Izraženost v %		ODM (N = 50) Izraženost v %		p (x)
	DA	NE	DA	NE	
Petje	20,8 %	79,2 %	48 %	52 %	,000
Globoko dihanje	43,3 %	56,7 %	63,3 %	36,7 %	,019
Nakupovanje	28,3 %	71,7 %	46 %	54 %	,014

Hipotezo: Izbira aktivnosti, ki pomagajo pri premagovanju stresa, se statistično pomembno povezujejo z depresivno motnjo, je delno potrjena.

Če si ogledamo kontingenčne tabele, opazimo, da si z aktivnostmi za obvladovanje stresa v vseh primerih v večji meri pomagajo ODM v primerjavi z OBDM. Aktivnost hoja/sprehod sta obe skupini navedli kot najpogostejšo dejavnost pri premagovanju stresa. Pri tej aktivnosti ni prišlo do statistično pomembne povezanosti z depresivno motnjo. Hipoteza je potrjena.

Hoja/sprehod je najpogostejša aktivnost za premagovanje stresa, tako kot v raziskovalni študiji Beriča in Sile (2011), ki sta v svoji raziskavi ugotavljala športnorekreativne dejavnosti Slovencev. Iz študije je mogoče sklepati, da telesna in športna dejavnost postajata vse pomembnejši sestavini zdravega načina življenja za mnoge slovenske moške in ženske. Potrdila sta, da se Slovenci izmed vseh rekreativnih aktivnosti najpogosteje odločajo za hojo. Izmed 1286 anketirancev, starih najmanj 15 let, jih izbira hojo 58 %.

## 4 Sklep

Stres je težava, ki v današnjem času obvladuje velik del našega življenja. Vprašalnik SMQ je bil prvič uporabljen v slovenskem prostoru. S pomočjo le-tega so se nekateri lahko zavedeli simptomov stresa, situacij, ki jim povzročajo stres, in – kar je najpomembnejše – ideje, kako se učinkovito spopasti s stresom. Ugotovili smo statistično povezanost med simptomi stresa, stresorji in aktivnostmi za premagovanje stresa s pojavom ali odsotnostjo depresivne motnje.

Najpogostejši simptom stresa po pričujoči raziskavi je utrujenost pri ODM in hitro bitje srca pri OBDM. Sodelujoči so izpostavili finančno situacijo kot najpogostejšega povzročitelja stresa.

Temeljotov Salaj, Snežič in Pungartnik (2012) v članku opisujejo, kako v času gospodarske krize delovno mesto in posledično finančna situacija pomenita vse večji izziv in hkrati obremenitev za posameznike, kar se kaže v povečanem strahu, negotovosti in višji ravni stresa. Določena mera stresa je normalen del vsakdanjika, medtem ko izpostavljenost prevelikemu in kroničnemu stresu pomeni oviro za posameznikovo produktivnost ter poslabša njegovo telesno in čustveno zdravje. Ker stres na delovnem mestu v času krize narašča, postajajo ljudje posledično preobremenjeni, izgubijo samozaupanje in so razdražljivi.

Obvladovanje stresa je še posebej pomembno za ranljive skupine oseb, kot so ljudje z depresivno motnjo.

Vprašalnik pomaga pri zavedanju simptomov stresa, smiselno ga je uporabiti v kombinaciji z drugimi aktivnostmi za premagovanje stresa. Sicer ocenjujemo, da je vprašalnik predolg, še posebej za osebe z depresivno motnjo, saj so ob koncu izpolnjevanja vprašalnika vprašanjem težko sledile in postale utrujene. S tem vprašalnikom je nemogoče zajeti celotno življenjsko situacijo, v kateri se izrazi posameznikova konkretna stresna situacija. Ugotavljamo, da je uporaba vprašalnika pri osebi pomanjkljiva, saj bi se morala povezovati z učenjem konkretnih strategij obvladovanja stresnih situacij, kot navaja tudi avtor sam.

## Literatura

- Adamič Pavlovič, D. Obvladovanje stresa in sproščanje. Vita – strokovna zdravstvenovzgojna revija; 2001; 29: 8–9.
- Bucik, V. Osnove psihološkega testiranja. Ljubljana: Filozofska fakulteta; 1997.
- Dernovšek, MZ., Gorenc, M. in Jeriček, H. Ko te stresa stres. Kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2006: 8–9.
- Fribel, V. in Puhl, W. Depresije: prepoznavanje, preprečevanje, zdravljenje. Ljubljana: Slovenska knjiga; 1997.
- Gillett, R. Premagovanje depresije: Praktični vodnik za samopomoč pri preprečevanju in zdravljenju. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1992.
- Gruden, A. Obvladovanje stresa in sproščanje. Vita – strokovna zdravstvenovzgojna revija; 2001; 7(29): 8–9.
- Hemphill-Pearson, BJ. Assessment in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach. 2nd ed. Thorofare: Slack, cop; 2008: 293–294.
- Looker, T. in Gregson, O. Premagajmo stres: Kaj lahko z razumom storimo proti stresu. Ljubljana: Cankarjeva Založba; 1989.
- Milanović, D. in Sporiš, G. Integrative Power of Kinesiology. V: 6th International Scientific Conference on Kinesiology. Zagreb, Hrvaška, september 2011: 8–11.
- Pahor, M. Uvod v raziskovalno delo v zdravstvu. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.
- Spielberger, CD., Gorsuch, RL., Lushene, R., Vagg, PR. in Jacobs, G. A. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
- Starc, R. Stres in bolezni: od stresa do debelosti, zvišanih maščob, arterijske hipertenzije, depresije, srčnega infarkta, kapi in prezgodnje smrti. Ljubljana: Sirius AP; 2007.
- Stein, F. in Smith, J. Short-term Stress Management Programme with Acutely Depressed In-Patients. V: Canadian Journal of Occupational Therapy; oktober 1989: 185–192. Dostopno na: [http://www.caot.ca/cjot\\_pdfs/cjot56/56.4stein.pdf](http://www.caot.ca/cjot_pdfs/cjot56/56.4stein.pdf) (18. 1. 2014).
- Stein, F. Stress Management Questionnaire. V: Stein, F., Cutler, S. Psychosocial Occupational Therapy: A Holistic Approach. 2nd ed. Albany: Delmar/Thomson Learning; 2002: 426–430.
- Stein, F. in Nikolic, S. Teaching Stress Management Techniques to a Schizophrenic Patient. V: The American Journal of Occupational Therapy; marec 1989: 162–169. Dostopno na: <http://ajot.aotapress.net/content/43/3/162.full.pdf> (19. 3. 2014).
- Stein, F. in Cutler, S. Psychosocial Occupational Therapy: A Holistic Approach. 2nd ed. Albany: Delmar/Thomson Learning; 2002: 417–462.
- Stein, F., Grueschow, D., Hoffman, M., Taylor, S. in Tronbank, R. A. Sorting Out Stress Cards – A Version of the SMQ: A Reliability Study. Vol. 19 (1). Vermillion: The Haworth Press; 2003: 41–59.
- Temeljotov Salaj, A., Snežič, K. in Pungartnik, M. Stres, izgorelost in mobing na delovnem mestu. Socialna pedagogika; 2012; 71: 71–89.
- Tušak, M. Strategije motiviranja v športu. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport; 2003.

# STARŠEVSTVO KOT POTENCIAL ZA ZMANJŠEVANJE STRESA

## THE STRESS-REDUCING POTENTIAL OF PARENTING

### Povzetek

*Teoretična izhodišča: V marsikateri psihološki literaturi je še vedno mogoče zaslediti, da so otroci vir stresa za starše, kar je lahko vprašljivo in problematično. Če predpostavljamo, da je starševstvo vedno znova vir stresa, se stres prek staršev prenaša tudi na otroke. Po drugi strani pa v zadnjih dveh desetletjih s strani nevropsihološke znanosti prihaja do čedalje jasnejših spoznanj o pomenu samozavedanja in sposobnosti uravnavanja stresa pri odraslem ter vplivu le-tega na doživljanje stresa ob otroku. Vedno bolj se razume, da je za stopnjo doživljanja stresa odgovoren odrasli, in ne otrok.*

*Metodologija: V raziskavi smo želeli preveriti razlike med stopnjo stresa pri mladih odraslih brez otrok v primerjavi s starši. Zajeli smo 443 udeležencev (povprečna starost je 40 let) ( $SD = 10$ ), 66,7 % žensk in 32,3 % moških. Stopnjo stresa smo merili s poslovenjeno različico Perceived Stress Scale (lestvica zaznanega stresa) (Cohen, Kamarck in Marmelstein 1983), ki meri posameznikovo zaznavanje stresa v zadnjem mesecu. Zanesljivost v tej raziskavi je bila  $\alpha = 0,89$ .*

*Rezultati: Pokazalo se je, da odrasli brez otrok izražajo različno stopnjo stresa kot starši.*

*Razprava: To ponuja smernice za razmišljanje, ali so res otroci vzrok za stres pri odraslem ali pa se je stres, ki ga doživlja odrasli, prenesel iz doživetij v primarnih odnosih in so otroci kvečjemu sprožilni dejavnik. Starševstvo je tako lahko potencial, da v vzajemnem odnosu z otrokom odrasli neprenehoma razvija samozavedanje in sposobnost uravnavanja stresa.*

*Ključne besede: starševstvo, stres, samozavedanje, uravnavanje stresa, sočutje.*

### Abstract

*Introduction: Much literature on psychology still suggests that children are a source of stress for parents, which may be questionable and problematic. If parenting is assumed to be a recurrent source of stress, this stress must also be transferred from parent to child. On the other hand, in the last two decades neuropsychological science has made increasingly clear findings that point at the importance of self-awareness and stress-regulating ability in adults and its effect on how they experience stress in the presence of children. It is increasingly understood that it is the adult and not the child who is responsible for the level of stress experienced.*

*Methodology: The aim of our study was to examine the difference in stress levels between childless young adults and parents. 443 participants (on average aged 40 years ( $SD=10$ )) were included, 66.7% of them women and 32.3% men. Stress levels were measured with the Slovene version of the Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck and Marmelstein 1983), which measures a person's perception of stress in the last month. Reliability in the study was  $\alpha = 0.89$ .*

*Results: The results show that childless adults exhibit different stress levels than parents.*

*Interpretation: This result has lead us to consider whether children are really a cause of stress in adults, or could the stress experienced by the adult be carried over from experiences in primary relationships and children are at most the trigger. Parenting may thus have potential for adults to continuously develop their self-awareness and stress-regulating ability through a mutual relationship with their children.*

*Key words: parenting, stress, self-awareness, stress regulation, sensitivity*

# 1 Uvod

## 1.1 Starševstvo je način življenja z otrokom

Avtorji poudarjajo discipliniranje otrok, razumevanje otrok kot oseb, ki se morajo podrediti in prilagoditi starševskim potrebam, željam in zahtevam. Drža in razumevanje starševstva s tega vidika podpira idejo, da se mora otrok staršem oz. odraslim prilagoditi, zato da staršem ne povzroča prevelike stiske oz. stresa in tudi z namenom, da bo otrok čim prej samostojen, češ da se bo tako v svetu bolje znašel. Omenjena drža je morda nehote močnejše vzporedna tudi načinu starševstva, ki uporablja fizično ali psihično kaznovanje otrok. Vendar pa je glede na nevrološka dognanja in razvojno psihologijo, ki temelji na teoriji navezanosti, to sporno. Za otroka je nevarno, da prehitro postane samostojen, saj njegov organizem za to sposobnost zori počasi. Z vzpostavljanjem varne navezanosti, ki traja vsaj tri leta, z zorenjem prefrontalnega korteksa, kar traja vse do 22. oz. 24. leta (Siegel, 2013). Siegel (1999) pravi, da pogost in močan relacijski stres na malčke in otroke deluje zelo uničujoče predvsem na področju vzpostavljanja psihofiziološkega ravnovesja in razvoja stabilne in zaupne navezanosti v prvih letih življenja. Schore (2003) dodaja, da tako starševsko vedenje pri otroku povzroči veliko več škode kot le nevarno navezanost, saj poleg tega sproži kaotično spremembo emocionalnega procesiranja limbičnega sistema, ki je takrat ravno v kritičnem obdobju rasti. Zgodnje izkušnje disregulacije ne vodijo samo do nevarne navezanosti; povzročijo tudi kaotično preoblikovanje limbičnega sistema za procesiranje emocij.

Teorija navezanosti ter relacijske in sistemske teorije in paradigme zato vse po vrsti poudarjajo pomembnost načina ravnanja z otrokom s strani odraslega in pomen zrelega načina uravnavanja stresa ob otroku, na podlagi katerega se ustvari shema notranjega delovnega modela in slog navezanosti na skrbnike ter prenos notranjih delovnih modelov, ki se izoblikujejo ob primarnih skrbnikih, na odrasle intimne odnose in na lastno starševstvo. Za dojenčke je namreč najpomembnejše to, da imajo starši ali skrbniki zanje pripravljen širok spekter čutenj in da so jim v njem stalno na voljo (Emde, 1988), da prepoznajo otrokove signale in uravnavajo ta stanja. Tega dojenček sam ne more narediti, razen v osnovni obliki, da sesa svoje prste, ko je lačen, ali obrne glavo stran od stresne stimulacije. Vsi nefunkcionalni ali nezreli vzorci starševskih odzivov ob zanje stresni situaciji motijo otrokov naravni telesni ritem, saj telo ostaja vzdruženo daljši čas in naravni ritem telesa je moten (Gerhardt, 2004). Vzorci navezanosti, ki se vzpostavijo v otroštvu, pa so relativno trajni (Bowlby, 1969).

K sreči se pomena primerne uravnavanja stresa vedno bolj zavedamo, saj raziskave v zadnjih desetletjih ugotavljajo spremembo starševske prakse v smeri večjega sočutja in razumevanja otrokovih razvojnih zmognosti. Raziskava, v katero so vključili 1133 mladih odraslih, katerih matere so bile zajete v 15 let trajajočo longitudinalno raziskavo, ki se je začela leta 1979, je pokazala statistično pomembne generacijske spremembe v starševski praksi. Gre za generacijski preobrat, ko druga generacija staršev uporablja šeškanje veliko redkeje, kot so ga njihovi starši. Tudi količina čutenj do otrok pri starših je skozi generacije statistično pomembno narastla (Vespa, 2009). V raziskavi, kjer so ugotavljali razlike v starševstvu skozi generacije, so ugotovili, da kar 60 % očetov in 73 % mater druge generacije poroča, da otrokom izkazujejo telesno naklonjenost in jih pohvalijo, medtem ko za svoje starše poročajo, da so jim le v 40 % šibko izkazovali odprto naklonjenost. To je lahko povezano tudi z manjšim stresom pri otrocih, saj izražanje naklonjenosti otroke pomirja in jim omogoča bolj sproščeno in polno odraščanje. Starševstvo je dejansko polna predanost, ki zajema celega človeka, tako na telesnem, psihičnem in duhovnem področju, kar je vsekakor tudi stresno. Vendar če se zavedamo, da se v vzajemnem odnosu odrasli – otrok neprenehoma razvijata oba, doživljamo starševstvo manj stresno, saj nenehno odzivanje na otrokove potrebe in čustveno uglaševanje nanj dojemamo kot ključno vsebino zdravega starševstva. Osnova za razvoj varnega starševstva, ob katerem se lahko otrok varno in polno razvija, je primerna odzivnost na njegove potrebe, fleksibilnost, sočutje ter upoštevanje razvojne zrelosti otroka (Poljanec, 2015). Pri omenjeni drži starševstva ne moremo reči, da je vir stresa otrok, temveč v nas le

prebujajo stisko, ki se jo ob njem odrasli lahko naučimo prepoznati, bolje razumeti ter se nanjo primerno in hitro odzvati. Preden imamo otroka, so stiske iz otroštva v nas lahko potlačene in nas ne vznemirjajo tako močno. Ko pa dobimo otroka, se v nas prebujajo nerazrešene vsebine (Siegel, 2003). Otrok je v tem smislu potencial za razvoj starševstva in ni »stres« sam po sebi. Vsekakor pa je za starše otrok vedno izziv, ob katerem se starši počutimo pod stresom zaradi lastnih strahov, stisk ali neozaveščenih ter nerazrešenih težav (Poljanec, 2015).

## 1.2 Starševstvo in stres

Stres je pri starševstvu pogosto povezan s strahom, ki ga doživljajo ob svojem otroku. Tudi starši, ki pogosto poročajo o nemoči ob otroku, pogosto govorijo tudi o večjem dnevnem stresu, ki ga zaznavajo pri sebi. Problem pretiranega strahu in stresa pa je v tem, da pogosto vodi v zamrznitev ob otroku, v beg pred stisko, ki jo izraža otrok, in pred stisko, ki jo ob tem občutijo starši. Poleg tega vodi v izražanje strahu na obrazu, ki ga otrok opazuje ter mu predstavlja negotovost in stisko. Poleg tega so straši, ki so pogosto prestrašeni in pod stresom, tudi nemirni v izražanju in vedenju (Perry et al., 1995). Pogosteje namreč otroke telesno kaznujejo osebe, odvisne od drog, depresivne mame, (Jackson et al., 1998), negativno razpoloženi (Holden, Coleman, Schmidt, 1995), tesnobni in izogibajoče se navezani (Paquette et al., 2000), konfliktni in nesrečni starši (Dadds, Sheffield, Holbeck, 1990; Pinderhughes et al., 2000; Simons et al., 1993), prav tako je več zaznanega stresa v enostarševskih družinah (Loeber et al., 2000; McCabe, Clark, Barnett, 1999) in tudi v družinah, kjer so starši ločeni (Hetherington, Cox, Cox, 1982), kar so strokovnjaki povezali s povečanim doživljanjem stresa pri materah samohranilkah (Forgatch, Patterson, Skinner, 1988). Taka mama otroka tudi težje pomiri. Otroku namreč veliko pogosteje s celim telesom, pogledom, gibanjem in odzivanjem zrcali strah, ki pa ni njegov in z njim nima nobene povezave, saj je to strah, ki je bil v njej zapisan že pred prihodom otroka, zdaj pa se je ob otroku in drugih življenjskih okoliščinah močneje vzbudil in v njej okrepil stres (Poljanec, 2015). Zanimivo povezavo med stresom in strahom pred intimnostjo sta pri slovenski populaciji vojakov raziskovala Erzar in Torkar (2007). Ugotovila sta tesno zvezo med zaznanim stresom in strahom pred intimnostjo ter med zaznanim stresom in samozadostnim ter tesnobnim slogom nevarne navezanosti. To lahko razložimo z negotovostjo in pomanjkanjem varnosti v intimnih odnosih. Le-ti naj bi posamezniku načeloma dajali oporo pri premagovanju vsakdanjega stresa, toda v primeru nevarne navezanosti delujejo ravno nasprotno, saj lahko postanejo vir kroničnega stresa. Tako medosebni odnosi dodatno prispevajo k temu, da v posameznikovem življenju stres ustvari začarani krog napetosti, nemoči in poraženosti.

Odrasli ima intimni oz. varni partnerski oz. zakonski odnos, v katerem je mogoče o svojih stiskah, strahovih, hrepenenjih in čutenjih govoriti, jih vedno bolj razumeti in ozavestiti pomemben vpliv pri ozaveščanju in razvijanju zrelega uravnavanja stresa. Tako lahko razvija vedno globlji stik s svojimi čutenji in jih ne prenaša na svoje otroke ali partnerja. Tako presega rane iz otroštva ter ustvarja bolj varne, sproščene, zaupne in ustvarjalne odnose.

## 1.3 Razlike v izražanju stresa po spolu

Raziskave pogosto ugotavljajo, da so matere pod večjim stresom kot očetje. Razlaga gre v smeri, da so matere v sodobnih družinah pri vzgoji pogosto same odgovorne za otroke ter so zato tudi bolj izpostavljene in hkrati v večji stiski. Večji stres pri materah poveča tudi možnost uporabe šeškanja pri otrocih (Lee et al., 2011). Če so ženske veliko same z otroki, so pogosto preveč prestrašene, da bi otroke ščitile in bile do njih empatične. V sebi so negotove, vpletenost v vzgojo otrok je s strani moža pogosto majhna, kar lahko poveča možnost grobega discipliniranja in premalo sočutnega starševstva (Popkin, 2007). Odgovor bi lahko iskali tudi v smeri, da če je oče preveč odsoten iz vzgoje otrok, mati nehote čuti potrebo, da bi očeta nadomestila, postavljala meje in v tem strahu in stresu, da mora otroka v bistvu vzgajati sama, pogosteje posega po grobih oblika discipliniranja, kot če bi se lahko zanesla na otrokovega očeta, da bo odvzel del bremena. Povezanost stiske pri materah z dojenčki v povezavi z njihovo

vimi očeti so raziskovale Kompan - Erzarjeva in sodelavke (2008) ter ugotovile, da se pri mamicah pojavi tesnoba, če razmišljajo o svojih partnerskih odnosih. Tudi otroci so ob njihovem doživljanju partnerskega odnosa manj sproščeni, bolj se držijo mamic, so bolj »zahtevni« in nemirni. Ko so se očetje dobili z moškim terapevtom in spregovorili o svojih očetovskih stiskah, so se ob tem, ko so se očetje na lastno pobudo začeli vključevati v starševstvo, sprostile tudi mlade mame. Na novo so se povezali tudi v partnerskem odnosu. Podobno ugotavlja tudi Linda Folden Palmer (2007), ki pravi, da oče, ki je telesno vpleten v odnos z otrokom, postane z njim bolj povezan, močneje začuti očetovstvo ter postane vedno bolj uglašen tudi z mamo svojega otroka. Le zelo senzitivna in rahločutna mama, ki v sebi ni prestrašena ali pa se tega strahu zaveda, se je pripravljena boriti za otroke ne glede na morebitno sprtost v partnerskem odnosu. Zahn-Waxler, Radke-Yarrow in King (1979) so ugotovili, da ima mati najmočnejši vpliv na razvoj otrokovega doživljanja stresa in na način odzivanja na stres pri drugih. Otroci, ki živijo z materami, ki se nanje senzitivno odzivajo in jim zagotavljajo telesni stik, se že kot malčki bolj sočutno in primerno odzivajo na stres pri drugih.

V raziskavi smo želeli preveriti razlike med stopnjo stresa pri mladih odraslih brez otrok v primerjavi s starši.

## 2 Metodologija

V raziskavo smo vključili 443 udeležence po treh različnih poteh: 1. starše, ki obiskujejo skupino za starše po metodi relacijske družinske terapije; 2. starše, ki ne obiskuje skupine za starše; 3. predzakonce, ki so obiskali pripravo na krščanski zakon v sklopu ljubljanske nadškofije, v kateri so zajeti »potencialni« starši. Povprečna starost udeležencev je 40 let ( $SD = 10$ ). Zajeli smo 298 žensk (66,7 %), njihova povprečna starost je 40 let ( $SD = 10$ ), in 144 moških (32,3 %), njihova povprečna starost je 40 let ( $SD = 10$ ). V skupino staršev, ki so obiskovali skupino za starše, smo vključili 195 odraslih udeležencev (140 žensk, 55 moških), povprečna starost je 42 let ( $SD = 9$ ). V skupino staršev, ki niso obiskovali skupine za starše, smo vključili 150 udeležencev (102 ženski, 48 moških), povprečna starost je 46 let ( $SD = 9,5$ ). V skupino predzakoncev smo vključili 97 udeležencev (41 moških, 56 žensk), povprečna starost je 30 ( $SD = 5$ ).

### 2.1 Instrument

PSS (Perceived Stress Scale, v prevodu lestvica zaznanega stresa) (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983) meri posameznikovo zaznavanje stresa v zadnjem mesecu.

Instrument je sestavljen iz desetih postavk, posamezniki odgovarjajo na petstopenjski lestvici. Mera ugotavlja stopnjo, do katere posameznik oceni situacijo kot stresno. Vprašanja so zasnovana z namenom spodbuditi posameznike k razmišljanju, kako nepredvidljivo, nenadzorovano in prezasedeno vidijo svoje življenje (Cohen et al., 1983).

### 2.2 Zanesljivost in veljavnost

Vprašalnik ima zanesljivost, izračunano s koeficientom Cronbachova alfa pri različnih skupinah ljudi, med  $\alpha = 0,84$  in  $\alpha = 0,86$  (Cohen et al., 1983). Zanesljivost instrumenta na slovenskem vzorcu vojakov znaša  $\alpha = 0,66$  (Erzar, Torkar 2007), na vzorcu v tej raziskavi pa  $\alpha = 0,89$  (Poljanec, 2012).

## 3 Rezultati

Z univariatno analizo variance smo preverili, ali se pojavljajo kakšne razlike v izraženosti stresa med starši, ki obiskujejo skupino za starše, med starši, ki ne obiskujejo skupine, in predzakonsko skupino glede na spol. Statistično pomembne razlike v izraženosti stresa so med posameznimi skupinami udeležencev in glede na spol. Največji stres izražajo starši v skupini, ki ne obiskuje skupine za starše, najmanjši pa predzakonci. V vseh skupinah ženske izražajo večji stres od moških.

Statistično pomembne razlike v izraženosti stresa so se z izračunom univariatne analize variance pokazale tudi glede na starost. Pri čemer najvišjo stopnjo stresa izražajo udeleženci, stari do 25 let ter med 46. in 65. letom starosti, najmanjšo pa najstarejši udeleženci.

Z istim postopkom smo ugotovili tudi statistično pomembne razlike med spoloma, pri čemer ženske izražajo višjo stopnjo stresa kot moški (Poljanec, 2012).

## 4 Razprava

Samski, ki obiskujejo skupino za predzakonce, so se ravno odločili za zakon, kar pomeni, da so v obdobju, ko so verjetno v tesnem partnerskem odnosu. Prav tako bi to lahko povezali s tem, da so morali v odnosu predelati že kar nekaj tesnobe in strahu, da so se sploh lahko odločili za zakon. Ta odločitev jim verjetno daje občutek zadovoljstva, varnosti ter povezanosti in stres ne pride toliko do izraza.

Starši, ki obiskujejo skupino za starše, izražajo manjši stres od staršev, ki ne obiskujejo skupine, kar lahko povežemo z raziskavami, ki ugotavljajo, da se v primerih, ko se starši vključijo v obravnavo, starševstvo spremeni (Lynch, Roberts, 1982). Tudi pri pregledu učinkovitosti različnih izobraževanj za starše se je pokazalo, da vedno znova ugotavljajo pozitiven učinek na starševsko prakso ter izboljšanje vedenja pri predšolskih otrocih (Bavolek, Keene, 2005).

Pri tem je najvišjo stopnjo stresa izrazila najmlajša skupina udeležencev, starih do 25 let, in udeleženci, stari od 36 do 75 let. Najnižjo stopnjo stresa so izrazili udeleženci, stari od 25 do 35 let. V tej starostni skupini je bilo malo staršev, kar pomeni, da se rezultati povezujejo z raziskavo Coxove in sodelavcev (1999), ki dokazuje, da so najbolj pod stresom prav mlade družine, ki so najbolj na udaru in imajo še omejene možnosti razumevanja in veščin. Visoko stopnjo stresa so namreč izrazili udeleženci od 36. do 65. leta, po tej starosti pa stopnja stresa upade. Kar pomeni, da udeleženci, ki zagotovo še živijo z otroki in so zanje odgovorni, izražajo najvišjo stopnjo stresa. Stari starši nimajo več odgovornosti za vzgojo in verjetno se – glede na rezultate – stres tudi zato zniža. Rezultati govorijo v smeri, da otroci staršem predstavljajo stres. Sprašujemo se, ali je to močno povezano s paradigmo starševstva, ki je bila močno zasidrana, da je treba otroke disciplinirati, od njih veliko pričakovati, zahtevati zgodnjo samostojnost in jih tudi kaznovati, če ne sledijo vzgojnim zahtevam.

Udeleženci se glede na spol razlikujejo tudi po stopnji izraženega stresa, pri čemer so ženske bolj pod stresom kot moški. Mogoče zato, ker so mame, kar od njih zahteva stalne spremembe ob otrokovi stiski, ob urnikih, boleznih, saj so navadno prve, ki začutijo potrebe otrok in se nanje odzovejo (Peters, Day, 2000). Najvišja stopnja stresa je sicer izražena pri izogibajočem se slogu navezanosti (Schore, 2003). Matere potrebujejo oporo moža, da se sprostijo in čustveno razbremenijo (Kompan - Erzar et al., 2008).

## 5 Sklep

Z raziskavo smo potrdili ugotovitve nekaterih raziskav, ki prav tako dokazujejo, da so straši ob otrocih pod velikim stresom. Vendar v povezavi z izsledki nevropsiholoških dognanj in dognanj teorije navezanosti ter ugotovitev sistemske relacijske paradigme, da se temeljni afekt prenaša z generacije na generacijo (Kompan - Erzar, 2003), ter v povezavi z visoko stopnjo stresa, izraženega v skupini oseb, starih do 25 let, razmišljamo, ali so res otroci tisti, ki povzročajo stres pri odraslem, ali pa se je stres, ki ga doživlja odrasli, dejansko prenesel iz doživetij v primarnih odnosih in so otroci kvečjemu sprožilni dejavnik. Raziskave namreč ugotavljajo, da so najbolj pod stresom prav samski, in ne ljudje v partnerskih odnosih.



Vsekakor pa se posebej ob otrocih starši vedno znova soočajo s svojimi pomanjkljivostmi – z občutki nemoči, jeze in strahu. Če si to priznajo in poskušajo ugotoviti, kaj otrok v kakšnem primeru od njih potrebuje, se lahko v svojem poslanstvu samouresničujejo. Ob otrocih imajo starši priložnost prepoznati intimni odnos, ki so ga imeli s svojimi starši. Lahko podoživijo svoje stiske in čutenja, jih ozavestijo ter o njih spregovorijo. Tako jim jih ni treba več ponavljati v odnosu s svojimi otroki in starševstvo postane eden največjih izzivov, ki ga ne doživljajo kot stres, temveč kot način življenja. Ob otrocih se namreč učijo zdravega in fleksibilnega odzivanja, kar pomeni, da so sposobni odložiti zadovoljitev in neimpulzivno reagirati, to pa je podlaga čustvene zrelosti in sočutnih odnosov. Če pa kot starši ne prevzamejo odgovornosti za nerazrešene težave, izgubijo priložnost, da bi se bolje spoznali in postali boljši starši. Nerazrešene navade jih ohranjajo dokaj nefleksibilne. Prezasedenost z nerazrešenimi navadami jim onemogoča polno čustveno prisotnost ob otrocih.

Nevrobiološka znanost dokazuje, da možgani ohranijo plastičnost vse življenje (npr. Shaw, McEachern, 2001; Schore, 2003; LeDoux, 1998), kar pomeni, da tudi močno zasidrane delovne modele, ki smo jih vzpostavili v odnosu s starši, pozneje v življenju lahko dograjujemo. Če starši ustvarijo nove načine čustvovanja in vedenja v svojem partnerskem odnosu ter ga neprenehoma razvijajo, omogočajo otroku nadaljnji razvoj in s tem za svoje otroke naredijo največ (Kopan - Erzar, 2006), saj se navezanost tudi v odraslosti lahko spreminja (Cassidy, Shaver, 1999).

Starševstvo je posameznikova lastna in svobodna odločitev ter odgovornost, kako to starševstvo živi, ne glede na vse ostale okoliščine. Če starši živijo to vlogo odgovorno ter si dovolijo priznati, da so v stiski oni sami in da problem ni v otroku, potem se starševstvo lahko neprenehoma razvija (Siegel, Hartzell, 2004) in stres se manjša.

Raziskavo smo zasnovali kvantitativno, vendar smo ugotovili, da se s takim načinom merjenja ne da določiti kakovosti oziroma globine starševstva. Zato bomo posegli po kvalitativnih raziskovalnih metodah, s katerimi bomo lažje ugotavljali ter pokazali bistvene odlike starševstva kot vseživljenjskega preoblikovanja ob otrocih. Starševstvo je naporen čustveni proces. Pomembno si je dovolili začutiti in priznati lastno stisko ob otroku in se z njo soočiti ter zanjo ne obdolžiti otroka.

## Literatura

- Bavolek, S., Keene, R. (2005). AAPI OnLine Development Handbook. Dostopno na: [http://nurturingparenting.com/images/cmsfiles/aapi-2\\_development\\_guide.pdf](http://nurturingparenting.com/images/cmsfiles/aapi-2_development_guide.pdf) (pridobljeno 3. 9. 2008).
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. Zv. 1, Attachment. London: Pimlico.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, RA. (1983). Global Measure of Perceived Stress: Journal of Health and Social behaviour; 24: 385–396.
- Cox, M., Paley, B., Burchinal, M., Payne, C. (1999). Marital Perceptions and Interactions Across the Transition to Parenthood: Journal of Marriage and the Family; 61: 611–625.
- Dadds, M., Sheffield, J., Holbeck, J. (1990). An examination of the differential relationship of marital discord to parents' discipline strategies for boys and girls: Journal of Abnormal Child Psychology; 18: 121–129.
- Emde, R. (1988). Development terminable and interminable: International Journal of Psychoanalysis; 69: 23–42.
- Erzar, T., Torkar, M. (2007). Stres, občutljivost za sram in medosebni odnosi na vzorcu zaposlenih v Slovenski vojski: Bilten Slovenske vojske 9; 7: 91–109.
- Folden-Palmer, L. (2007). Baby Matters: What Your Doctor May Not Tell You about Caring for Your Baby. San Diego: Baby Reference; 20–30.
- Fontana, D., Abouserie, R. (1993). Stress levels, gender and personality factors in teacher: British Journal of Educational Psychology 63; 2: 261–270.

- Holden, G., Coleman, S., Schmidt, K. (1995). Why 3-year-old children get spanked: Parent and child determinants as reported by college-educated mothers: *Merrill-Palmer Quarterly*; 41: 431–452.
- Jackson, A., Gyamfi, P., Brooks-Gunn, J., Blake, M. (1998). Employment Status, Psychological Well-Being, Social Support, and Physical Discipline Practices of Singled Black Mothers: *Journal of Marriage and the Family*; 60: 894–902.
- Kaminski, P., Hayslip, B. (2006). Gender Differences in Body Esteem Among Older Adults: *Journal of Women and Aging*; 18: 19–35.
- Kompan - Erzar, K., Poljanec, A., Simonič, B., Novšak, R. (2008). A Young Mother's Group: A Safe Haven and Secure Base for Motherhood: *Illinois Child Welfare*; 4: 108–121.
- Lee, S., Perron, B., Taylor, C., Guterman, N. (2011). Paternal Psychosocial Characteristics and Corporal Punishment of Their 3-Year-Old Children: *Journal of Interpersonal Violence* 26; 1: 71–87.
- Lynch, M., Roberts, J. (1982). *Consequences of Child Abuse*. New York: Academic Press; 33.
- Murphy, M. (1980). A Comparison Study of Normative Parental Attitudes in the Prison Population and the Relationship to Inmates: MMPI Protocols. Unpublished manuscript, Western Michigan University. Navajata Stephen J. Bavolek in Keene G. Raymond, AAPI OnLine Development Handbook, 21. North Carolina, Family Development Resources, Inc.
- Paquette, D., Bolte, C., Turcotte, G., Dubeau, D., Bouchard, C. (2000). A new typology of fathering: defining and associated variables: *Infant and Child Development*; 9: 213–230.
- Perron, B., Wayne, S., Taylor, C., Guterman, N. (2011). Stress substance abuse associated with some fathers spanking their children. Dostopno na: <http://www.physorg.com/news/2011-01-stress-substance-abuse-fathers-spanking.html> (pridobljeno 7. 10. 2011).
- Perry, B., Pollard, R., Blakley, T., Baker, W., Vigilante, D. (1995). Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and »Use-dependent« Development of the Brain: How »States« Become »Traits«: *Infant Mental Health Journal*; 16: 271–289.
- Peters, E., Day, R. (2000). *Fatherhood: Research, Interventions and Policies*. London: Haworth Press, Inc.; 28.
- Pinderhughes, E., Dodge, K., Bates, J., Pettit, G., Zelli, A. (2000). Discipline Responses: Influences of Parents' Socioeconomic Status, Ethnicity, Beliefs about Parenting, Stress and Cognitive-Emotional Processes: *Journal of Family Psychology*; 14: 380–400.
- Poljanec, A. (2012). Varno starševstvo z vidika relacijske družinske terapije, doktorska disertacija. Ljubljana: Teološka fakulteta; 120–160.
- Poljanec, A. (2015). Rahločutno starševstvo. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba; 7–15.
- Popkin, M. (2007). *Taming the Spirited Child: Strategies for Parenting Challenging Children without Breaking Their Spirits*. New York: Simon & Schuster; 45–70.
- Schore, A. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton & Company; 186.
- Siegel, D., Hartzell, M. (2003). *Parenting from the Inside Out*. New York: Tarcher/Penguin; 18–36.
- Siegel, D. (2013). *Brainstorm*. New York: Norton & Company.
- Simons, R., Lorenz, F., Wu, C., Conger, R. (1993). Social Network and Marital Support as Mediators and Moderators of the Impact of Stress and Depression on Parental Behavior: *Developmental Psychology*; 29: 368–381.

# GIBALNA AKTIVNOST PRI ŽENSKAH, STAREJŠIH OD 60 LET

## PHYSICAL ACTIVITY IN WOMEN AGED 60 YEARS OR OVER

### **Povzetek**

*Teoretična izhodišča:* Gibalna aktivnost pri ženskah, starejših od 60 let, ima pomembno vlogo pri ohranjanju zdravja, upočasnitvi procesov staranja ter kakovosti življenja. Obravnavana populacija je različno gibalno aktivna, največkrat manj, kot je potrebno za ohranjanje zdravja.

*Namen raziskave je bil,* ugotoviti pogostost in vrsto gibalne aktivnosti ter motive in ovire za gibanje pri ženskah, starejših od 60 let. Zanimale so nas tudi razlike v motivih in ovirah za gibalno aktivnost pri ženskah, ki se udeležujejo organizirane skupinske vadbe, v primerjavi s tistimi, ki se tovrstne gibalne aktivnosti ne udeležujejo.

*Metodologija:* Raziskava temelji na kvantitativnem metodološkem pristopu. V raziskavo je bilo vključenih 60 žensk, starejših od 60 let, ki se aktivno vključujejo v različne aktivnosti Društva proti osteoporozi Maribor. Podatke smo zbrali z vprašalnikom in jih pozneje statistično analizirali z metodami opisne statistike, kontingenčno tabelo, hi-kvadratom in t testom za neodvisne vzorce.

*Rezultati:* Rezultati raziskave prikazujejo, da ni bilo ugotovljenih statistično pomembnih razlik med skupinama žensk, ki se udeležujejo oz. se ne udeležujejo organizirane skupinske vadbe, v vrsti in pogostosti ( $p = 0,323$ ) gibalne aktivnosti. Ravno tako ni bilo statistično pomembnih razlik med skupinama v motivih ( $p \geq 0,050$ ) za gibanje in vzrokih ( $p \geq 0,050$ ) za gibalno neaktivnost.

*Razprava:* Dobljene ugotovitve raziskave imajo pomembno praktično vlogo, saj prikazujejo poznavanje temeljnih značilnosti motivov in ovir za gibalno aktivnost in dajejo vpogled, katero obliko gibalne aktivnosti je treba organizirati in ponuditi tej starostni skupini.

*Ključne besede:* zdrav življenjski slog, motivi za gibanje, ovire.

## Abstract

*Background: Physical activity in women aged over 60 has an important role in keeping fit, slowing down ageing process and life quality. This population has different activity patterns. Despite positive effects of the physical activity, they do not practice it enough.*

*The purpose of this study was to find out the frequency and type of physical activity, motivation and obstacles for physical activity in women aged over 60 and to recognize the differences in motivation and obstacles for physical activity in women who participated in exercising in organised groups in comparison to those who did not.*

*Methodology: Quantitative method and descriptive technique, crosstabs, Chi-Square tests and t- test for independent samples were used. A questionnaire was used as an instrument for data collection. The study included 60 women, aged over 60, who took an active part in Society against Osteoporosis Maribor.*

*Results: The results of the study showed, that there was no statistically significant differences found between the groups in frequency ( $p = 0,323$ ) of physical activity and different types of physical activity. There were also no statistically significant differences between the groups in motivations ( $p > 0,050$ ) and obstacles ( $p > 0,050$ ) for physical activity or inactivity. Discussion: Our data have an important role for everyday practice and give us the basic understanding about motivations and obstacles for physical activity in elderly women, as well as recommendations for more appropriate physical activity.*

*Key words: healthy life style, motivation for physical activity, obstacles.*

## 1 Uvod

Staranje prebivalstva je postalo svetovni fenomen, ki ima posledice na vseh vidikih družbe. Z višanjem pričakovane življenjske dobe postane kakovost življenja ena izmed najpomembnejših vrednot (Tribess et al., 2012). Populacija starejših se zvišuje tudi zaradi nizke rodnosti in izboljšanja zdravstvenega sistema. Leta 2006 je bilo ocenjeno, da je na svetu 687 milijonov in 923 tisoč ljudi, starejših od 60 let, predvidevanja pa kažejo, da se bo do leta 2050 število dvignilo na 1 bilijon, 968 milijonov in 153 tisoč (Mokhtari et al., 2013). Torej bo do leta 2050 21 % populacije starejše od 60 let (Barnet et al., 2012).

Vzporedno s staranjem prebivalstva pa naraščajo tudi kronične degenerativne bolezni in uporaba zdravil (Tribess et al., 2012). Torej z dosegom višje starosti ljudje obolevajo za številnimi boleznimi ter imajo lahko resne zdravstvene težave (Mokhtari et al., 2013). Najpogostejše bolezni v starosti so: depresija, razne kognitivne motnje, demenca, možganska kap (Torres et al., 2015), povišana telesna teža oz. debelost, motnje spanja, bolezni srca in ožilja, diabetes, hipertenzija (Sabia et al., 2015), rak (Barnett et al., 2012). Po 60. letu starosti imajo ljudje tudi slabše ravnotežje, kar pripomore k pogostim padcem in zlomom (Barnett et al., 2012, Mokhtari et al., 2013), kar je eden od šestih glavnih vzrokov smrti pri starejših. Zlomi pri starejših so povezani z dolgo hospitalizacijo in puščajo posledice na poznejšem življenju starostnika, kar je povezano z nižjim samospoštovanjem, mobilnostjo, gibljivostjo, oslabeledostjo mišic, omejitvami v vsakodnevem življenju, zmanjšanim ravnotežjem pri hoji, socialno izolacijo, večjo odvisnostjo od pomoči drugih in strahom pred ponovnim padcem, vse to pa vodi v posameznikovo nesamostojnost in še večjo odvisnost od drugih ljudi (Mokhtari et al., 2013).

V celotni populaciji ljudi predstavljajo starejši tisto skupino ljudi, ki največ sedi (Ciucurel in Iconaru, 2012). Številni avtorji (Hamer et al., 2014) menijo, da je redna gibalna aktivnost eden najpomembnejših dejavnikov življenjskega sloga za ohranjanje zdravja.

Gibalna aktivnost predstavlja edini način za ohranjanje zdravja in je pomembna pri upočasnitvi procesov staranja. Številne študije dokazujejo, da se starejši dobro zavedajo pozitivnih učinkov gibalne aktivnosti, vendar se je ne udeležujejo dovolj pogosto (Sabau et al., 2011).

Gibalna aktivnost ima po mnenju številnih avtorjev (Barnett et al., 2012) pomembno vlogo pri zmanjšanju dejavnikov tveganja za nastanek kardiovaskularnih bolezni, diabetesa, nekaterih vrst raka, pri preventivi padcev in ohranjanju samostojnosti v poznejšem starostnem obdobju. Drugi avtorji (Wang in Youngstedt, 2014) navajajo pozitivne učinke gibalne aktivnosti na kakovost spanja ter na znižanje oz. ohranjanje telesne teže (Sabia et al., 2015). Ravno tako redna gibalna aktivnost zmanjša stopnjo depresije pri starejših ženskah (Mokhtari et al., 2013). Pri ženskah, starejših od 60 let, pa so številni avtorji dokazali (Valdares et al., 2011), da ima gibalna aktivnost pomemben vpliv na izboljšanje kakovosti življenja.

Gibalna aktivnost je vsako gibanje, ki je posledica delovanja skeletnih mišic in katerega rezultat je poraba energije (Torres et al., 2015, Tribes et al., 2012).

Po priporočilih WHO (2011) za gibalno aktivnost ljudi, starejših od 65 let, šteje: gibalna aktivnost v prostem času (hoja, ples, vrtnarjenje, pohodništvo, plavanje), transport (hoja, kolesarjenje), delo na delovnem mestu (če je posameznik še v službi), gospodinjska opravila, šport, načrtovane dnevne aktivnosti, aktivnosti v okviru družine in širše skupnosti.

WHO priporoča (spletni vir):

1. 150 min. zmerne aerobne gibalne aktivnosti na teden, ali 75 min. aerobne aktivnosti močne intenzitete na teden, ali 75 min. kombinacije obeh;
2. aerobna aktivnost se mora izvajati v sklopih po 10 min.;
3. zmerne aerobne aktivnosti se mora stopnjevati do 300 min. na teden, ali 150 min. močne intenzitete, ali enakovredna kombinacija obeh;
4. ljudje s slabo mobilnostjo in ravnotežjem morajo izvajati gibalno aktivnost za povečanje ravnotežja in preprečevanje padcev 3-krat na teden;
5. aktivnosti za krepitev mišic se morajo izvajati 2-krat na teden ali več;
6. če posameznik ne zmore izvajati gibalne aktivnosti po priporočilih WHO, naj bo gibalno aktiven, kolikor mu dopušča zdravje in kolikor je sposoben.

Namen raziskovalnega dela

Ugotoviti pogostost in vrsto gibalne aktivnosti pri ženskah, starejših od 60 let, ter motive in vzroke za gibalno aktivnost oz. neaktivnost.

Cilji raziskovanja

1. Ugotoviti pogostost gibalne aktivnosti pri ženskah, starejših od 60 let;
2. ugotoviti vrsto gibalne aktivnosti pri ženskah, starejših od 60 let;
3. ugotoviti razlike v pogostosti in vrsti gibalne aktivnosti med ženskami, ki se udeležujejo organizirane skupinske vadbe, in tistimi, ki se teh oblik vadbe ne udeležujejo;
4. ugotoviti razlike v motivih in vzrokih za gibalno aktivnost oz. neaktivnost med ženskami, ki se udeležujejo organizirane skupinske vadbe, in tistimi, ki se teh oblik vadbe ne udeležujejo.

Raziskovalna vprašanja

1. Kolikšna je pogostost osteoporoze in osteopenije pri udeleženkah raziskave?
2. Koliko ur tedensko namenijo gibalni aktivnosti udeleženke organiziranih skupinskih vadb v primerjavi s tistimi, ki se teh oblik gibalne aktivnosti ne udeležujejo?
3. Katera je najpogostejša oblika gibalne aktivnosti v posamezni skupini?
4. Kateri so motivi za gibalno aktivnost v posamezni proučevani skupini?
5. Kateri so vzroki za gibalno neaktivnost v posamezni proučevani skupini?

## 2 Metode dela

Raziskava temelji na empiričnem kvantitativnem metodološkem pristopu.

### 2.1 Merski instrument

Za ugotavljanje zanesljivosti vprašalnika v delu ocenjevanja z Likertovo lestvico stališč smo izračunali Cronbachov koeficient alfa, ki je pokazal pri lestvici motivov za gibalno aktivnost zelo dobro zanesljivost (0,90) in ravno tako pri lestvici vzrokov za gibalno neaktivnost (0,89). Cronbachov koeficient alfa (0,56) pa je pri ocenjevalni lestvici o pogostosti gibalne aktivnosti pokazal slabo zanesljivost.

### 2.2 Opis vzorca

Za raziskavo smo izbrali neslučajnostno (nerandomizirano) namensko metodo vzorčenja. V raziskavo so bile vključene ženske, ki se udeležujejo raznih aktivnosti Društva proti osteoporozi Maribor. Vzorec je vseboval 60 žensk, starejših od 60 let. Od teh jih 30 obiskuje organizirano skupinsko vadbo v okviru društva, ostalih 30 pa se jih ne udeležuje nobene skupinske vadbe.

### 2.3 Postopek zbiranja podatkov

Anketne vprašalnike (30) smo razdelili na organizirani skupinski vadbi v mesecu decembru 2015, ostale (30) pa ob zaključku leta 2015, na novoletnem srečanju, kjer smo se srečali še z ostalimi simpatizerkami Društva proti osteoporozi Maribor. Izpolnjene anketne vprašalnike smo dobili vrnjene v roku 14 dni, in sicer na dogovorjenem mestu, kjer poteka organizirana skupinska vadba v okviru društva.

### 2.4 Postopek analize podatkov

Podatke smo statistično analizirali z metodami opisne statistike, kontingenčno tabelo in hi kvadratom ter t-testom za neodvisne vzorce.

## 3 Rezultati

Tabela 1: Demografski podatki

Organizirana skupinska vadba v društvu		N	PV (SO)	t (p)
Starost	NE	30	68,90 (6,58)	-0,254
	DA	30	69,33 (6,64)	(0,852)
Telesna teža	NE	30	66,47 (12,58)	0,922
	DA	30	63,70 (10,57)	(0,241)
Stopnja izobrazbe	NE	30	1,37 (0,56)	-0,231
	DA	30	1,40 (0,56)	(0,774)

Pri demografskih podatkih razlike med skupinama udeleženk glede na vključenost v organizirano skupinsko vadbo v Društvu proti osteoporozi Maribor niso bile statistično pomembne.

Tabela 2: Diagnoza (osteoporoza, osteopenija)

	N	Osteoporoza n (%)	Osteopenija n (%)	Nič od naštetega n (%)	$\chi^2$ (p)
Organizirana skupinska vadba v društvu (NE)	30	6 (20,0 %)	9 (30,0 %)	15 (50,0 %)	7,727 (0,021)
Organizirana skupinska vadba v društvu (DA)	30	12 (40,0 %)	13 (43,3 %)	5 (16,7 %)	7,727 (0,021)

Tabela 2 kaže, da so razlike med skupinama v diagnozi udeleženk statistično pomembne, ( $p = 0,021$ ). V skupini, ki obiskuje organizirano skupinsko vadbo, je več žensk s potrjeno diagnozo osteoporoze in osteopenije.

**Tabela 3: Obiskovanje organizirane skupinske vadbe izven društva**

	N	Organizirana skupinska vadba drugje (NE) n (%)	Organizirana skupinska vadba drugje (DA) n (%)	$\chi^2$ (p)
Organizirana vadba v društvu NE	30	30 (100 %)	0 (0,0 %)	9,231 (0,002)
Organizirana vadba v društvu DA	30	22 (73,3 %)	8 (26,7 %)	9,231 (0,002)

Razlike med skupinama so statistično pomembne ( $p = 0,002$ ), ženske, ki obiskujejo organizirano skupinsko vadbo v okviru društva, se raje odločajo tudi za obiskovanje kakšne druge oblike skupinske vadbe.

**Tabela 4: Pogostost ukvarjanja z gibalno aktivnostjo**

	N	2- do 3-krat mesečno n (%)	1- do 2-krat tedensko n (%)	3- do 5-krat tedensko n (%)	Vsak dan n (%)	$\chi^2$ (p)
Organizirana vadba v društvu (NE)	30	2 (6,7 %)	11 (36,7 %)	10 (33,3 %)	7 (23,3 %)	3,481 (0,323)
Organizirana vadba v društvu (DA)	30	0 (0,0 %)	15 (50,0 %)	11 (36,7 %)	4 (13,3 %)	3,481 (0,323)

Med skupinama ni bilo statistično pomembnih razlik v pogostosti ukvarjanja z gibalno aktivnostjo na teden ( $p = 0,323$ ).

**Tabela 5: Povprečna dnevna gibalna aktivnost**

	N	Manj kot 30 min./dan n (%)	30 min. do 1 ure/dan n (%)	Več kot 1 uro/dan n (%)	$\chi^2$ (p)
Organizirana vadba v društvu (NE)	30	6 (20,0 %)	18 (60,0 %)	6 (20,0 %)	2,277 (0,320)
Organizirana vadba v društvu (DA)	30	6 (20,0 %)	13 (43,3 %)	11 (36,7 %)	2,277 (0,320)

Ravno tako ni bilo statistično pomembnih razlik med skupinama v povprečni dnevni gibalni aktivnosti ( $p = 0,320$ ).

V raziskavi tudi ni bilo ugotovljenih statistično pomembnih razlik v vrsti gibalne aktivnosti med skupinama: t (p); hitra hoja: -0,803 (0,719), nordijska hoja: -0,885 (0,145), planinarjenje: -0,287 (0,810), kolesarjenje: -0,427 (0,772), plavanje: -1,965 (0,758), smučanje: 0,000 (0,916), ples: -0,654 (0,70), joga: 0,726 (0,138), igre z žogo: 0,447 (0,358), jutranja gimnastika: 2,519 (0,406).

Udeleženske raziskave so precej podobno odgovarjale tudi na vprašanja o motivih, zaradi katerih se odločajo za ukvarjanje z gibalno aktivnostjo, saj vrednosti t (p) niso bile statistično pomembne (največ odgovorov je bilo med ocenama 3,63 in 4,25, torej med »neodločen« in »se strinjam«. Motiv: sprostitvev: -2,362 (0,752), zabava in užitek: -1,808 (0,794), izboljšanje telesne kondicije: -2,705 (0,124), druženje: -3,192 (0,384), obvladovanje stresa: -2,342 (1,000), večja samozavest in izboljšanje razpoloženja: -2,472 (0,865), vzgled drugim: -1,705 (0,165), želja po gibanju in veselje: -2,357 (0,827), krepitev zdravja zaradi bolezni: -2,724 (0,187). Motiva: izboljšanje in ohranjanje zdravja: -3,078 (0,003) ter zmanjšanje in ohranjanje telesne teže: -2,297 (0,025) pa sta se udeleženkam organizirane skupinske vadbe zdela pomembnejša, saj so bile razlike statistično pomembne.

Na vprašanje »Kaj menite, kateri so vzroki za gibalno neaktivnost?« so udeleženske raziskave odgovarjale podobno (največ odgovorov je bilo med ocenama 2 in 3, torej med »se ne stri-njam« in »neodločen«), saj razlike nikjer niso bile statistično pomembne in je bil  $p > 0,050$  pri vseh vprašanih. Vzroki t (p): slaba organiziranost:  $-0,956 (0,636)$ , ni ustrezne športne ponud-be:  $-0,534 (0,261)$ , ne obvladam nobenega športa:  $0,000 (0,467)$ , imam premalo prostega časa:  $1,045 (0,567)$ , zdravje mi ne dopušča gibanja:  $0,656 (0,873)$ , ne vem kje in s kom:  $0,264 (0,290)$ , ukvarjanje s športom je predrago:  $0,647 (0,364)$ , sem preutrujena:  $2,617 (0,318)$ , ni takoj vidnega učinka:  $1,311 (0,602)$ , v bližini ni športnih objektov:  $1,204 (0,708)$ , ne čutim potrebe po fizičnem naporu:  $0,545 (0,658)$ , nimam volje:  $0,592 (0,415)$ .

## 4 Razprava

Številne študije dokazujejo, da se populacija, starejša od 60 let, dobro zaveda pozitivnih učin-kov redne gibalne aktivnosti za zdravje, vendar je še vedno premalo gibalno aktivna (Sabau et al., 2011).

V študiji je več kot polovica udeleženk odgovorila, da se povprečno ukvarjajo z gibalno ak-tivnostjo 2- do 4-krat na teden, in sicer od 30 min. do 1 ure. Ugotovili smo, da se skupina, ki že obiskuje eno od oblik organizirane gibalne aktivnosti za starejše, pogosteje odloča za tovrstno udeležbo v kateri drugi vrsti gibalne aktivnosti. To si lahko razlagamo tako, da je delež le-teh z diagnozo osteoporozе in osteopenije večji in se tako bolj zavedajo pomena organizirane skupinske in pravilno vodene gibalne aktivnosti za ženske s tovrstno diagnozo.

V populaciji ljudi, starejših od 60 let, je gibalna aktivnost močno povezana z dvigom kako-vosti življenja (Valadares et al., 2011). Z upokojitvijo se gibalna aktivnost ljudi sicer poveča (Barnett et al., 2012), vendar pa oblika oz. vrsta gibalne aktivnosti, s katero se ta populacija ukvarja in je zanjo najprimernejša, še vedno ni znana (Barnett et al., 2012, Sabia et al., 2015, Valadares et al., 2011). Redna hoja ima dokazano pozitivne učinke na zdravje in kakovost živ-ljenja, zato je treba ljudi spodbujati k daljši in intenzivnejši hoji (Valadares et al., 2011). Tudi v naši študiji smo ugotovili, da je hitra hoja najpogostejša oblika individualne oblike vadbe, sledita ji plavanje in jutranja gimnastika, ki je pogostejša v skupini, ki se ne udeležuje nobene organizirane skupinske gibalne aktivnosti. Študije poudarjajo, da je 30 min. zmerne hoje na dan dovolj za ohranjanje zdravja (Sabau et al., 2011).

Redna gibalna aktivnost preprečuje mišično oslabeledost in ima pozitivne učinke na izboljšanje ravnotežja in s tem preprečevanje padcev v starosti. Ravno tako pozitivno vpliva na prepre-čevanje oz. zmanjšanje določenih kroničnih bolezni, ki so povezane s starostjo (Barnett et al., 2012, Torres et al., 2015, Tribes et al., 2012). Nekatere študije dokazujejo, da je 140–150 min./teden za moške in 145–150 min./teden za ženske redne zmerne do visoko intenzivne gibalne aktivnosti dovolj za preprečevanje oslabeledosti v starosti, vzdrževanje zdravja in po-daljšanje življenjske dobe (Hamer et al., 2014, Tribes et al., 2012), kar je skladno s priporočili WHO. K zdravemu načinu življenja pa spadajo tudi izogibanje kajenju, alkoholu, vzdrževanje normalne telesne teže in zdrava prehrana (Hamer et al., 2014). Nekatere študije ugotavlja-jo, da so ljudje, ki se ne ukvarjajo z gibalno aktivnostjo, pogosto starejši, neporočeni, manj izobraženi, socialno bolj ogroženi (Hamer et al., 2014), imajo višjo tendenco obolevanja za depresijo, debelostjo in ostalimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (Hamer et al., 2014, Sa-bia et al., 2015).

Starejši ljudje bi morali biti gibalno aktivni skladno s svojo starostjo, zdravstvenim stanjem in zmožnostjo. Za večino ljudi ostaja gibalna aktivnost nekaj, kar nameravajo narediti, vendar je kljub temu 70 % ljudi neaktivnih, pretežno sedijo ali pa se redko ukvarjajo z gibalno aktiv-nostjo (Ciucurel in Iconaru, 2012, Sabau et al., 2011).



V študiji smo ugotovili, da so najpogostejši motivi za ukvarjanje z gibalno aktivnostjo pri obeh skupinah podobni in so povezani z zdravjem, daleč na prvem mestu je »izboljšanje in ohranjanje zdravja«, nato »izboljšanje telesne kondicije«, sledi jima »krepitev zdravja zaradi bolezni« in šele nato »želja po gibanju, veselje do gibanja« in »sprostitvev«. Od vzrokov, zakaj se ljudje premalo odločajo za gibalno aktivnost, sta obe skupini postavili v ospredje »slabo organiziranost«, »nimam volje«, »v bližini ni športnih objektov« in »zdravje mi ne dopušča gibanja«.

Kljub temu pa okrog 50 % ljudi priznava potrebo po gibalni aktivnosti in se zaveda njenih pozitivnih učinkov na zdravje. Moški se običajno začnejo ukvarjati z gibalno aktivnostjo zaradi zdravnikovega priporočila, ženske pa pobudo prevzamejo samoiniciativno. Moški dajejo prednost vajam za trebušne mišice, ženske pa krepitvi hrbtnih mišic. Odrasli starostniki se raje ukvarjajo z gibalno aktivnostjo individualno, in sicer 1-krat tedensko. Približno 50 % jih ima najraje hojo, in sicer 16–40 min/dan. V študiji smo ugotovili, da se od skupinskih vadb ženske najraje odločajo za organizirano vodeno vadbo za starejše, jogo in ples. V vseh teh oblikah vadbe so zajeti elementi za povečanje gibljivosti, izboljšanje mišične moči ter ravnotežja.

Podobno tudi Mokhtari s sodelavci (2013) izpostavlja, da je primeren program vaj za starejše tisti, ki ne vsebuje hitrih in eksplozivnih gibov, je nadzorovan in vsebuje elemente počasnejšega gibanja (pilates) ter elemente za izboljšanje ravnotežja. Številne študije dokazujejo, da že ena ura aerobne vadbe pri starejših ženskah izboljša kakovost spanja (Wang in Youngstedt, 2014).

Omejitve naše raziskave so bile predvsem manjši in ozko omejen vzorec, saj smo se omejili le na določeno skupino ljudi (Društvo proti osteoporozi Maribor). Zato dobljene ugotovitve veljajo predvsem za proučevani vzorec. Za vpogled v splošno populacijo bi morali izbrati enostavni slučajnostni (randomizirani) vzorec v večjem obsegu. V vprašalnik pa bi morali vključiti tudi vsakodnevne gibalne aktivnosti ljudi, saj po smernicah WHO tudi te spadajo v gibalno aktivnost.

## 5 Zaključek

V raziskavi so bile ugotovljene statistično pomembne razlike v diagnozi, skupina, ki je obiskovala organizirane oblike vadbe, je imela večjo stopnjo obolevnosti za osteoporozo in osteopenijo.

V raziskavi ni bilo ugotovljenih statistično pomembnih razlik v vrsti in pogostosti gibalne aktivnosti med skupinama.

Ugotovljene so bile statistično pomembne razlike med skupinama v udeležbi pri organiziranih oblikah gibalne aktivnosti, in sicer se je skupina, ki je že obiskovala tako obliko gibalne aktivnosti, tudi pogosteje odločila za podobno obliko, vendar druge vrste skupinske vadbe.

Med skupinama tudi ni bilo ugotovljenih statistično pomembnih razlik v motivih, ki vplivajo na odločitve za ukvarjanje z gibalno aktivnostjo (razen v motivih »izboljšanje in ohranjanje zdravja« ter »zmanjšanje in ohranjanje telesne teže«, ki jima je skupina, ki je obiskovala organizirane oblike gibalne aktivnosti, pripisovala večji pomen), ter vzrokih za gibalno neaktivnost.

Ugotovitve raziskave imajo pomembno praktično vlogo, saj prikazujejo stopnjo gibalne aktivnosti pri ženskah, starejših od 60 let, ter motive in ovire za gibalno aktivnost oz. neaktivnost. Dajejo pa nam tudi usmeritve, za katere gibalne aktivnosti se ženske v tej starostni skupini najraje odločajo.

Za natančnejši pregled gibalne aktivnosti te starostne skupine, pa so potrebne še nadaljnje raziskave.

## Literatura

Barnett, I. et al. Physical Activity and Transitioning to Retirement: a systematic review. *Am J Prev Med* 2012; 43 (3): 329–336.

Ciucurel, C., Iconaru, E. I. The importance of sedentarism in the development of depression in elderly people. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 2012; 33: 722–726.

Hamer, M. et al. Non-Exercise Physical Activity and Survival: English Longitudinal Study of Ageing. *Am J Prev Med* 2014; 47 (4): 452–460.

Mokhtari, M. et al. The Effect of 12-Week Pilates Exercises on Depression and Balance Associated with Falling in the Elderly. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 2013; 70: 1714–1723.

Montgomery, P., Dennis, J. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 4: CD003404.

Sabau, E. et al. The Attitude of the Elderly Persons towards Health Related Physical Activities. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 2011; 30: 1913–1919.

Sabia, S. et al. Physical Activity and Adiposity Markers at Older Ages: Accelerometer Vs Questionnaire Data. *J Am Med Dir Assoc* 2015; 16 (5): 438 e7–438 e13.

Torres, E. R. et al. Physical Activity and White Matter Hyperintensities: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Prev Med Rep* 2015; 2: 319–325.

Tribess, S. et al. Physical Activity as a Predictor of Absence of Frailty in the Elderly. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58 (3): 341–347.

Valadares, A. L. R. et al. Association between different types of physical activities and quality of life in women aged 60 years or over. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57 (4): 442–447.

Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. Dostopno na: [www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_olderadults/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/).

## TEHNIKE OBVLADOVANJA STRESA NA DELOVNEM MESTU TECHNIQUES TO MANAGE STRESS IN THE WORKPLACE

### Povzetek

*Uvod: Stres je prisoten na vseh področjih življenja, v vedno večjem obsegu tudi na delovnem mestu. Je obrambni mehanizem, ki opozarja na preobremenjenost ali obvaruje in opozarja, kdaj je telo preobremenjeno. Pomembno se je naučiti, kako se ubraniti stresa ter katere so tehnike, ki pri tem pomagajo. Namen raziskave je bil ugotoviti, kateri dejavnik povzroča zaposlenim na delovnem mestu največji stres ter katere tehnike jim pomagajo pri zmanjševanju ter odpravljanju stresa.*

*Metode: Članek je sestavljen iz teoretičnega in empiričnega dela. V prvem delu, v katerem smo uporabili študij literature v slovenskem jeziku, je predstavljen pomen besede stres, njen izvor ter kakšne stroške in posledice prinese le-ta na delovnem mestu. Empirični del naloge predstavljajo podatki, pridobljeni z anketnim vprašalnikom v izbranem podjetju.*

*Rezultati: Rezultati raziskave so pokazali, da slabe delovne razmere, nadurno delo in preveč dela v obsegu 8 ur povzročajo največji stres.*

*Razprava: Glede na ugotovljeno stanje predlagamo nekaj tehnik, ki bi lahko pomagale zaposlenim pri odpravljanju ali blaženju stresa na delovnem mestu, in sicer: joga, masaža, meditacija ali razne dihalne tehnike.*

*Ključne besede: stres, organizacija, izgorelost.*

### Abstract

*Stress is present in all areas of our lives and workplace stress is an increasing issue. Stress is a defensive mechanism which warns and protects our body from the overload. It is essential that we learn how to protect ourselves from stress and which techniques could be useful in achieving this goal. The purpose of the survey was to establish whether the employees are aware of stress and which techniques do they use in order to reduce and eliminate it.*

*Methodology: The article consists of the theoretical and the empirical part. The first part, which is based on the study of literature in Slovenian language, presents the meaning and the origin of the word stress, alongside with the costs and consequences of workplace stress. The empirical part represents the data that was obtained through the questionnaire in the chosen company. We have studied whether the employees can recognise the stressful situations and which stress reduction methods and techniques do they use.*

*Results: The survey results have shown that stress is highly influenced by the education of the employees and /or the characteristics of their working place (leading function, great responsibility, production line work, poor working conditions e.g. noise, heat or cold).*

*Discussion: In view of the above findings, we suggest some of the techniques that could eliminate and mitigate work-related stress, e.g. yoga, massage, meditation or various breathing techniques.*

*Key words: stress, organization, burnout.*

## 1 Uvod

Danes je stres postal človekov spremljevalec in stalnica za zaposlene v organizacijah. Zaposleni preživijo večino svojega časa na delovnem mestu, kar je razlog, da se premalo posvečajo svojemu prostemu času in skrbi za sebe. Meško (2011) navaja, da se stres na delovnem mestu pojavlja, kadar zahteve delovnega okolja presegajo sposobnosti zaposlenih, da jih izpolnijo in obvladajo. Določena raven stresa lahko poveča storilnost in ustvari zadovoljstvo ob doseganju ciljev.

Med zaposlenimi v organizacijah, pa prihaja do vedno večjega osveščanja, kako lahko stres negativno vpliva na zdravje. Zato je zanimanje za različne tehnike, ki lahko prispevajo k blaženju ali odpravljanju negativnih stranskih učinkov stresa, vedno večje. Ihan in Simonič Vidrih (2005) navajata, da je stres samo ena od številnih funkcij organizma, ki služijo njegovi boljši prilagoditvi na spremembe. A če pospešeno delovanje srca organizem prilagodi na povečan napor, je aktiviran stresni mehanizem, ki organizem prilagodi na grozečo nevarnost.

Izraz stres na delovnem mestu se vedno pogosteje uporablja, saj je življenjski tempo vedno hitrejši in človekove potrebe po kakovosti življenjskega sloga postajajo vedno večje. Meško (2011) navaja, da predstavlja stres na delovnem mestu zelo resen problem, pri katerem večkrat prihaja do predstav, da jih težko definiramo in nadzorujemo. Po Združenju delodajalcev Slovenije (2012) stres na delovnem mestu prizadene 28 % zaposlenih v EU-25; ocenjujejo, da so ekonomski stroški stresa na delovnem mestu v EU-25 med 3–4 % BDP (to je znašalo v letu 2007 okoli 1,378 MIO EUR), situacija v RS je torej nesprejemljiva. Pomembno je tudi izpostaviti, kaj povzroči stres oziroma stresno reakcijo. Meško (2011) ugotavlja, da je izvor stresa, imenovan stresor, lahko nekaj, kar človeku pomeni oviro, zahtevo, obremenitev ali izziv. Meško (2011) še navaja, da pojavom, ki telesno ali duševno obremenjujejo našo osebnost, pravimo stresorji. Looker in Gregson (1993) opredelita še pojem stresna reakcija, ki označuje zaporedje različnih in zapletenih odzivov na zahteve, s katerimi se soočamo. Stresna reakcija nenehno poteka v mejah normalnega območja, znotraj katerega premagujemo vsakdanje in predvidene težave. Kadar pa nastopijo neznane ali pretirane zahteve, novi izzivi in občutki ogroženosti, sproži stresna reakcija povečano pripravljenost, da se telo lahko z njim spopade (Looker, Gregson, 1993).

Zaposleni se včasih premalo zavedajo, da so preobremenjeni, in to je tudi posledica tega, da ne prepoznajo, kdaj so pod stresom in kako dolgo so že izpostavljeni stresnim reakcijam. Meško (2011) navaja, da ima vsako delo potencialne vire stresa. Izpostavili bi naslednje:

- delo v neugodnih razmerah, kot so hrup, onesnažen zrak, mraz, vročina ipd.;
- delo v nevarnih okoliščinah – veliko tveganje poškodb;
- delo v izmenah;
- dolgotrajni delavniki, ki presegajo več kot 40 ur na teden;
- neorganizirana potovanja (nenačrtovana, spremenjena tik pred zdajci ipd.);
- naloge, za katere imamo premalo časa, da bi jih dokončali.

Kadar so zaposleni predolgo izpostavljeni stresu, pogosto pride do izgorelosti na delovnem mestu. Masten (et. al., 2008) predpostavljajo, da če se stresno stanje nadaljuje, se sčasoma izčrpajo tudi prilagoditveni mehanizmi, zato se telo izčrpa. Človek naj bi izčrpanost občutil, če traja stanje intenzivnega stresa šest do osem tednov. Posledici tako podaljšane stresa sta telesna utrujenost in izguba prožnosti, ki je potrebna za obvladovanje situacij. Ta biokemična izčrpanost se imenuje »izgorelost«. Izgorelost je samo ena od mnogih negativnih posledic, ki jih prinese stres. Po raziskavi Združenja delodajalcev Slovenije (2012) so imeli največ težav zaposleni zaradi bolečin v hrbtu, 45,9 % (EU 24,7 %), splošne utrujenosti, 41,4 % (EU 22,5 %), bolečin v mišicah, 38,2 % (EU 22,8 %), stresa 37,7 % (EU 22,3 %), glavobola, 25,7 % (EU 15,5 %), razdražljivosti 24,3 % (EU 10,5 %), težav z vidom 24,0 % (EU 7,8 %), poškodb, 21,3 % (EU 9,7 %), težav s spanjem, 18,9 % (EU 8,7 %), težav s sluhom 17,5 % (EU 7,2 %). Iz raziskave je razvidno, da je med zaposlenimi največ težav z bolečinami v hrbtu ter splošne utrujenosti, najmanj jih ima težave s sluhom, kar lahko kaže na to, da znajo organizacije vseeno dobro poskrbeti za varnost na delovnem mestu.

Za zaposlene v organizacijah je zelo pomembno, da se naučijo obvladovati stres. Danes je znanih že ogromno tehnik in metod, ki pomagajo pri obvladovanju stresa. Pomembno pa se je tudi naučiti prepoznavati simptome stresa ter jih obvladati pravi čas.

Pri obvladovanju stresa ima pomembno vlogo posameznikovega življenjska naravnost in njegova trdnost ter kakovost medosebnih odnosov z ljudmi, ki ga obdajajo. Določen dogodek bo zato za nekoga predstavljal stresor, za drugega pa dobrodošlo spodbudo v življenju. Razmerje med našimi lastnimi zahtevami in zahtevami okolja ter sposobnostjo njihovega reševanja je tisto, kar nam pove, ali bo stres škodljiv in uničevalen (negativni stres) ali pa ga bomo obvladali in nas bo celo motiviral (pozitivni stres) (Publikacija za managerje, sindikalne zaupnike in zaposlene, 2012).

Looker in Gregson (1993) navajata, da poznamo kar nekaj tehnik, ki privedejo do sprostitve: joga, meditacija, progresivna in globoka mišična sprostitvev, avtogeni trening, samohipnoza ter biološki vzratni učinek. V nadaljevanju bo predstavljenih nekaj naštetih tehnik za samopomoč pri obvladovanju stresa.

### 1.1 Tehnike

Med najbolj znanimi tehnikami, ki pomagajo pri blaženju oziroma odpravljanju stresa, je joga. Joga je metoda, s katero se lahko naučimo obvladati stres na telesni in duševni ravni. Predstavimo jo lahko z metaforo, v kateri primerjamo telo z avtomobilom. Vsak avto potrebuje pet stvari, da dobro deluje: mazanje, hlajenje, električni tok, gorivo in voznik. Pri jogi položaji telesa (asane) mažejo telo in skrbijo, da mišice in sklepi delujejo gladko in lahkotno. Usklajujejo delovanje vseh notranjih organov ter pospešujejo krvni obtok. Sproščanje, ki je tudi sestavine joge, hladi telo (Treven, 2005).

### 1.2 Meditacija

Meditacija je učinkovita metoda za psihično umirjanje in sproščanje. Zajema razmišljanje, poglobljanje v problem, hkrati pa predstavlja tehniko obvladovanja in kontroliranja človekovega uma in misli. Med meditacijo potrebuje telo manj kisika, zato sta dihanje in srčni utrip upočasnjena, krvni pritisk pa se zmanjša (Tušak et al., 2008). Meditacija je lahko zelo priročna in uporabna tehnika tudi med delovnim časom. Vse, kar je potrebno, je, da se umaknemo v miren prostor (lahko je to pisarna), se udobno usedemo, zapremo oči, nekajkrat globoko vdihnemo in izdihnemo ter poizkušamo odpraviti vse misli in se umiriti. Tušak (v Tušak et al., 2008) navaja specifične učinke meditacije na telo:

- pomirja simpatični živčni sistem,
- upočasnjuje srčni utrip,
- zmanjšuje frekvenco dihanja,
- znižuje krvni pritisk,
- upočasni presnovo.

### 1.3 Dihalne tehnike

Zaradi čustvenega pretresa je dihanje med stresno reakcijo pospešeno in poglobljeno. Pri takšnem dihanju večina uporablja gornji del prsnega koša. Ker pa se stresni odziv večinoma ne more izraziti navzven, takšno dihanje (hiperventilacija) izloči preveč ogljikovega dioksida iz pljuč, kar poveča alkalnost krvnega obtoka in tkiva (Looker in Gregson, 1993). V takšnem primeru se je dobro naučiti tehnike dihanja, ki lahko pomaga v stresni reakciji, da se naučimo odreagirati v pravem trenutku. Looker in Gregson (1993) predstavita vaji za urjenje pravilnega in sproščujočega dihanja: s hrbtom ležite na tla in glavo položite na blazino. Upognite kolena, pri čimer naj stopala ostanejo na tleh. Eno dlan položite na prsi, drugo na trebuh. Počasi vdihnite skozi nos. Usta imejte zaprta. Nežno in počasi izdihnite. Med vdihovanjem s trebušnimi mišicami dvigujte trebuh proti dlani – osredotočite se na naraščanje trebuha in dvigovanje dlani. Dih zadržujte dve sekundi in nato počasi izdihnite skozi nos.

## 2 Metodologija

Predmet raziskovanja je, kako se organizacije oziroma zaposleni na delovnem mestu spoprijemajo s stresom ter kakšne tehnike za odpravljanje stresa uporabljajo, ter ali se zavedajo, kdaj so pod stresom. Gre za raziskavo, kakšen vpliv ima stres na delovnem mestu na splošno zdravje zaposlenih ter kakšne so znane tehnike pri blaženju ali odpravljanju stresa.

### 2.1 Cilji

Cilj raziskave je bil prikazati, kakšne tehnike so lahko učinkovite pri blaženju oziroma odpravljanju simptomov stresa na delovnem mestu, kako se zaposleni zavedajo, kdaj so preobremenjeni, ter kakšna so pogosta bolezenska stanja, ki jih prinese predolga izpostavljenost stresni reakciji. Ob predpostavki, da se zaposleni v izbranem podjetju zavedajo, kdaj so izpostavljeni stresni reakciji, in kaj je največji povzročitelj stresa, sva preverjali, kakšnih tehnik se zaposleni poslužujejo.

V raziskavi sva preverjali naslednje predpostavke:

- kakšnim stresorjem so zaposleni izpostavljeni,
- ali se zavedajo, kdaj so preobremenjeni,
- katera so pogosta bolezenska stanja.

### 2.2 Metoda raziskovanja

Raziskavo opredelimo kot kvantitativno in kvalitativno hkrati, saj razen izkustvenega dela prav tako vsebuje pojasnitev teoretičnega okvirja.

### 2.3 Merski instrument

V raziskavi smo za zbiranje podatkov uporabili strukturiran anketni vprašalnik. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s koeficientom Cronbach' s Alpha, ki z vrednostjo 0,844 kaže na zelo dobro zanesljivost.

### 2.4 Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 60 anketirancev (46,7 % žensk in 53,3 % moških), od tega 30 takšnih, ki opravljajo delo v proizvodnji, in 30 takšnih, ki opravljajo pisarniška, organizacijska ali pedagoška dela. Povprečna starost merjencev je bila 33, 1 leta ( $SO = 8,9$ ).

### 2.5 Postopek zbiranja podatkov

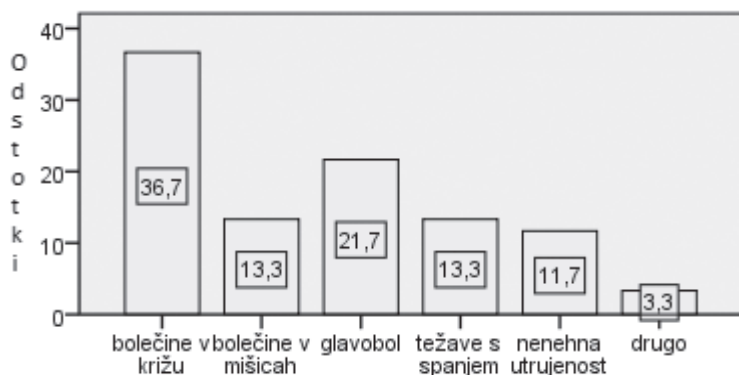
Podatki so bili zbrani z metodo razdeljenih in kasneje vrnjenih vprašalnikov. Merjenci so bili o anketiranju predhodno obveščeni. Vsa anketiranja so bila opravljena v obdobju dveh tednov v februarju 2016.

### 2.6 Postopek analize podatkov

Zbrane podatke smo obdelali z računalniškim programom SPSS Statistics 20. Izračunali smo osnovne statistične parametre, Spearmanov koeficient korelacije in izvedli T-test za neodvisne vzorce.

### 3 Rezultati

Graf 1: S katero zdravstveno težavo, povezano s stresom, se najpogosteje srečujete?



Vir: Lastna raziskava

Graf 1 prikazuje, s katero zdravstveno težavo, povezano s stresom, se anketiranci najpogosteje srečujejo. Podatki kažejo, da je s 36,7 % najpogostejša zdravstvena težava bolečina v križu, sledi glavobol z 21,7 %, pogoste so prav tako bolečine v mišicah in težave s spanjem.

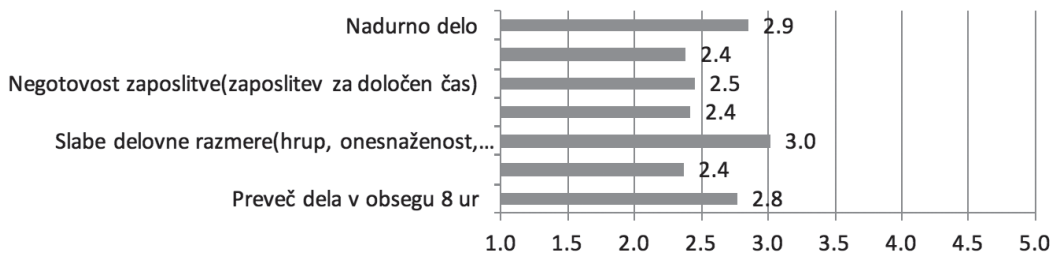
Graf 2: S katero od naštetih aktivnosti se sproščate?



Vir: Lastna raziskava

Graf 2 prikazuje sproščanje z gibalnimi aktivnostmi. Izmed vseh veljavnih odgovorov jih je 58,3 % odgovorilo, da je sprehod njihova najpogostejša gibalna aktivnost, meditacija in masaža predstavljata 10 %, dihalne tehnike 5,0 %, pod drugo 15 %. Z jogo se ukvarja le 1,7 % anketirancev.

### Graf 3: Kateri od naštetih dejavnikov vam na delovnem mestu povzroča največji stres?



Vir: Lastna raziskava

Graf 3 prikazuje, kateri od naštetih dejavnikov povzroča anketirancem na delovnem mestu največji stres. Odgovore so anketiranci podali na osnovi petstopenjske lestvice. Zaposlenim v povprečju predstavljajo največji stres slabe delovne razmere (Mean = 3,0), najmanj obremenjujoča je slaba organiziranost dela (Mean = 2,38).

S pomočjo T-testa za neodvisne vzorce smo prišli do ugotovitve, da ni statistično pomembnih razlik med merjenci, ki delajo v proizvodnji, in merjenci, ki opravljajo pisarniška, organizacijska dela. Najbližje statistično pomembnim razlikam (Tabela 1) je razlika v zadovoljstvu z delovnimi razmerami, kljub temu da smo ugotovili, da na osnovi Levenovega testa ne moremo zavrniti ničelne domneve o enakosti varianc pri 5 % stopnji značilnosti, saj je p-vrednost enaka  $0,902 > 0,05$ . P-vrednost t-testa enakosti povprečij je enaka  $0,07 > 0,05$ , torej ničelne domneve o enakosti povprečij ne moremo zavrniti pri 5% stopnji značilnosti, to pa pomeni, da ni statistično značilnih razlik glede slabih delovnih razmer med anketiranci, ki opravljajo delo v proizvodnji, in med anketiranci, ki opravljajo pisarniška, organizacijska, pedagoška dela.

**Tabela 1: Opisna statistika dejavnika, ki povzroča največji stres**

Dejavnost	Dejavnost	Povprečna vrednost	Standardni odklon
slabe delovne razmere (hrup, onesnaženost, prevroče,premrzlo)	pisarniška, organizacijska, pedagoška	2,73	1,202
	delo v proizvodnji	3,30	1,179

Vir: Lastna raziskava

S Spearmanovim koeficientom korelacije smo ugotovili, da sta spremenljivki: na delovnem mestu sem razdražljiv/a in na delovnem mestu imam občutek preobremenjenosti, utrujenosti s p- vrednostjo, ki znaša  $0,000 < 0,01$  statistično značilno povezani pri 1% tveganju, kar kaže na najvišjo korelacijo med vsemi spremenljivkami.



## 4 Razprava

Tako delavci v proizvodnji kot delavci, ki opravljajo pisarniška, organizacijska, pedagoška dela, so pogosto izpostavljeni stresu. Dejavniki, ki zaposlenim povzročajo največ stresa, so slabe delovne razmere (Mean = 3,0). Kot slabe delovne razmere smo opredelili hrup, onesnaženost, prevroče in premrzlo delovno okolje. Pričakovali smo, da bodo s slabimi delovnimi razmerami obremenjeni predvsem delavci v proizvodnji, a je preizkus s t-testom pokazal, da ni statistično značilnih razlik med delavci v proizvodnji in tistimi, ki opravljajo pisarniška, organizacijska in pedagoška dela. Prav tako jim povzročajo stres nadurno delo in preveč dela v obsegu osmih ur. Zanimalo nas je, s katero zdravstveno težavo, povezano s stresom, se anketiranci najpogosteje srečujejo. Ugotovili smo, da z bolečinami v križu (36,7 %), sledi glavobol (21,7 %) in bolečine v mišicah ter težave s spanjem (13,3 %). Ker nas je zanimalo predvsem, kako obvladujejo stres, smo povprašali, s katerimi gibalnimi aktivnostmi se sproščajo, največ, 58,3 %, se jih sprošča s sprehodom, sledi drugo (tek, nogomet, fitnes) s 15 %, 10 % jih je obkrožilo meditacijo in 10 % masažo, s tehnikami, ki smo jih predstavili v raziskavi, pa le majhen delež; z dihalnimi tehnikami 5,0 % in jogo 1,7 %, kar pomeni, da se s to tehniko ukvarja le en anketiranec. Slednje tehnike so slabo znane. Ugotovili smo, da anketiranci namenijo svoj prosti čas za gibalne aktivnosti s 48,3 %, kar 10 % pa jih prostega časa sploh ne nameni gibalnim aktivnostim. Na vprašanje, »ali v vaši službi organizirajo delavnice/izobraževanja za obvladovanje stresa na delovnem mestu«, nobeden izmed anketirancev ni odgovoril pritrdilno. Sklepamo, da so še vedno v ospredju individualne tehnike za obvladovanje stresa ter da je izobraževanje v okviru organizacij v Sloveniji neznanka. Prav tako ugotavljamo, da bi bilo treba več časa nameniti gibalnim aktivnostim, ki bi omilile stresne situacije in hkrati s tem povezane zdravstvene težave.

V prihodnje želimo raziskati ali tehnike za obvladovanje stresa delujejo na dolgi rok ali samo trenutno omilijo stresne situacije, prav tako nas zanima točen izvor stresa in stresnih situacij ter kakšen vpliv ima stres na uspešnost podjetja.

## Literatura In viri

Ihan, A., Simonič Vidrih, M. Stres na delovnem mestu in spoprijemanje z njim. Ljubljana: ARX d.o.o.; 2005: 4.

Looker, T., Gregson, O. Obvladajmo stres: kaj lahko z razumom storimo proti stresu. Ljubljana: Tiskarna Delo; 1993: 37–132.

Meško, M. Stres na delovnem mestu. Maribor: Zavod za varnostne strategije pri Univerzi v Mariboru; 2011: 21.

Stres ter z njim povezani pojavi: absentizem, prezenizem, fluktuacije, izgorevanje ter usklajevanje poklicnega in družinskega življenja: publikacija za menedžerje, sindikalne zaupnike in zaposlene. Ljubljana: Zveza svobodnih sindikatov Slovenije: Inštitut za razvoj in inovacije Ljubljana, d. o. o., št. 6/2012.

Šprah, L., Bertonec, F. Obvladajmo poklicni stres, preden on obvlada nas. Program konferen- ce Obvladajmo poklicni stres, preden on obvlada nas, 17. maj 2012. Ljubljana: Združenje de- lodajalcev Slovenije; 2012: 9.

Treven, S. Premagovanje stresa. Ljubljana: GV Založba; 2005: 64.

Tušak, M., Masten, R., eds. Stres in zdravje: znanstvena monografija. Ljubljana: Univerza v Lju- bljani. Fakulteta za šport. Inštitut za kineziologinjo; 2008: 22–137.

## VLOGA ZDRAVSTVENIH DELAVČEV PRI PREPOZNAVNI IN OBRAVNAVI NASILJA V DRUŽINAH MIGRANTOV *THE ROLE OF HEALTHCARE WORKERS IN RECOGNISING AND RE- SPONDING TO DOMESTIC VIOLENCE IN FAMILIES OF MIGRANTS*

### Izvleček

*Prispevek se osredotoča na migrantke in migrante, ki so žrtve nasilja v družini in jih uvrščamo v ranljive skupine predvsem zaradi slabšega poznavanja jezika, zakonskih določil in delovanja sistema pomoči žrtvam, odsotnosti socialnih in podpornih mrež ter razpetosti med lastnimi občutji in kulturno pogojenimi percepcijami razumevanja nasilja. Prispevek temelji na izsledkih kvalitativne raziskave, opravljene v sklopu projekta Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND SiZdrav), v kateri so sodelovali zdravstveni delavci, socialne delavke in strokovnjaki iz nevladnih organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z nasiljem v družini. Predstavljeni bodo njihovi pogledi, izkušnje in priporočila za senzibilno, kulturno kompetentno obravnavo migrantk in migrantov, ki so žrtve nasilja v družini, v zdravstvu. Tematika je aktualna v luči spoznanja, da je zdravstveno osebje v Sloveniji pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini premalo aktivno in učinkovito. Prav gotovo je v primeru obravnave žrtev iz raznolikih kulturnih okolij temu tako tudi zaradi pomanjkanja ustreznega znanja in veščin.*

*Ključne besede: nasilje v družini, migranti, zdravstveni delavci, ranljive skupine, kulturno kompetentna obravnava.*

### Abstract

*The paper focuses on migrant victims of domestic violence, who are a particularly vulnerable group due to the language barrier, unfamiliarity with legal proceedings and functioning of the established networks of assistance, absence of personal social networks and culturally-conditioned perceptions of violence. The paper draws from the results of the qualitative research conducted within the framework of the ongoing project Recognising and treating victims of domestic violence in healthcare settings: guidelines and trainings for healthcare workers (POND SiZdrav). The participants in the research were healthcare workers, social workers and experts at NGOs concerned with the problematic of domestic violence. Their views, experiences and recommendations for culturally competent treatment of migrant victims of domestic violence in healthcare settings will be presented and discussed. The topic is a currently a pressing issue in Slovenia in the light of recognition that healthcare staff has not been efficient enough in responding to domestic violence. This can largely be attributed to lack of knowledge and skills - especially when victims encountered come from diverse ethnic and cultural backgrounds.*

*Key words: domestic violence, migrants, healthcare workers, vulnerable groups, cultural competence in healthcare.*

## 1 Uvod

Dobra seznanjenost zdravstvenega osebja s problematiko nasilja v družini je pogoj za učinkovito prepoznavo in obravnavo žrtev iz ranljivih skupin, kamor spadajo tudi migrantke in migranti.<sup>1</sup> Pomembno je poznati osnovne značilnosti, oblike in dinamiko nasilja v družini; zdravstvena tveganja in posledice nasilja v družini; klinične in druge znake za boljše prepoznavanje žrtev; protokole, smernice, zakonodajo in druge pravno zavezujoče dokumente; dinamiko medinstitucionalnega sodelovanja in obstoječe vladne in nevladne oblike ter mehanizme pomoči žrtvam in povzročiteljem nasilja v družini. Prav tako je pomembno razvijanje veščin za ustrezno sporazumevanje in kulturno kompetentno obravnavo migrantk. Kulturne kompetence v zdravstvu so opredeljene kot sposobnost učinkovitega nudenja zdravstvenih storitev, prilagojenega socialnim, kulturnim in jezikovnim potrebam pacientov (Betancourt et al., 2002). Konkretnije, gre za prepoznavanje in ozaveščanje obstoja različnih kultur in kulturnih praks, prepoznavanje lastne kulture, pridobivanje znanja o različnih kulturah, spoštovanje raznolikosti mnenj, zmožnost prilagoditve sporazumevanja za doseg učinkovite izmenjave informacij, etičnost, potrpežljivost in empatijo (cf. Van Eyken et al., v Vrečer, 2009: 10). Ne gre torej zgolj za politično korektnost in toleranco do različnosti, temveč predanost za razumevanje različnosti in vseživljenjsko učenje z namenom obogatitve ponujenih storitev žrtvam nasilja v družini (Lockhart in Danis, 2010: 6). Odzive in ukrepanja zdravstvenega osebja je treba prilagoditi drugačnim normam, vrednotam, verovanjem in prepričanjem, da se lahko vzpostavi spoštljiv odnos z žrtvami različnih narodnosti in veroizpovedi, brez predsodkov in diskriminacije (Lockhart in Danis, 2010). Pri tem je seveda pomembno, da se nasilja ne etnizira kot nekaj normalnega in lastnega specifičnim kulturam (Zaviršek, 2010).

Prispevek temelji na izsledkih kvalitativne raziskave, opravljene v sklopu projekta Prepoznavna in obravnavna žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND SiZdrav),<sup>2</sup> v kateri so sodelovali zdravstveni delavci, socialne delavke in strokovnjaki iz nevladnih organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z nasiljem v družini. Opravljenih je bilo 30 polstrukturiranih intervjujev s strokovnimi delavci, ki se pri svojem delu srečujejo z žrtvami nasilja v družini. V raziskavo je bilo vključenih 8 socialnih delavk s centrov za socialno delo, socialna delavka iz azilnega doma, 4 strokovne delavke iz nevladnih organizacij, 2 socialni delavki iz kliničnih ustanov, 10 zdravnikov, 4 medicinske sestre, zaposlene v patronaži, in raziskovalka nasilja v družini. Zanimalo so nas predvsem njihove izkušnje pri zdravstveni obravnavi migrantk, ki so žrtve nasilja v družini, o prilagojenih načinih iskanja rešitev po prijavi nasilja in pomenu razvijanja empatičnega in razumevajočega odnosa do specifičnih stisk, s katerimi se spopadajo. Mnenja, dobre in slabe prakse, stališča, dileme in vprašanja zdravstvenega osebja so bili zbrani tudi na 9 strokovnih izobraževanjih za zdravstvene delavce, ki potekajo v sklopu omenjenega projekta pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Prispevek bo najprej orisal specifičnost ranljivosti migrantk, ki so žrtve nasilja v družini, nato pa se bo osredotočil na njihovo ustrezno obravnavo v zdravstvu. Tematika je aktualna v luči spoznanja, da je zdravstveno osebje v Sloveniji pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini premalo aktivno in učinkovito. Prav gotovo je v primeru obravnave žrtev iz raznolikih kulturnih okolij temu tako tudi zaradi pomanjkanja ustreznega znanja in veščin, na kar so sodelujoči v raziskavi vztrajno opozarjali.

1 Prispevek se v nadaljevanju osredinja na ženske migrantke, čeprav so žrtve nasilja v družini seveda lahko tudi moški migranti in otroci.

2 Projekt POND SiZdrav je sofinanciran s strani programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 in traja od 1. 2. 2015 do 30. 6. 2016.

## 2 Ranljivost migrantk

Ranljivost migrantk, ki so žrtve nasilja v družini, je večplastna. Na osebni ravni gre predvsem za ranljivost zaradi nepoznavanja ali slabega poznavanja jezika. Dostop do informacij in storitev, ki jih nudijo centri za socialno delo in nevladne organizacije, je tako otežen. Tudi po prijavi nasilja je pogosto težko vzpostaviti učinkovito komunikacijo med migrantko in strokovnim osebjem ter je potrebna navzočnost tolmača. Težave nastanejo, če tolmači niso dostopni (predvsem pri intervenciji) in strokovni delavci začnejo iskati informacije o dogodku s strani povzročitelja in njegove družine. Pri tem je žrtev sekundarno viktimizirana, zapis dogodka pa je lahko povsem izkrivljen (Erez, 2000). Podobna situacija lahko nastane tudi, če tolmač ne odobrava žrtvine prijave in določene podrobnosti, ki so lahko izjemnega pomena, izpusti ali nekorektno prevede (ibid.). Pomanjkanje informacij ali posredovanje napačnih informacij poveča ranljivost ženske, zato je treba razmisliti o prevodu informacij o postopkih pri prijavi nasilja, mogočih oblikah socialne in psihološke pomoči, možnostih nastanitve in podobno tudi v tuje jezike (Bhuyan in Smith-Carrier, 2012). Zaradi jezikovne ovire, nepoznavanja delovanja socialnega in varnostnega sistema v državi priselitve, protokolov in različnih možnosti, ki so na voljo, lahko namreč žrtve postanejo sumničave do sistema in s prijavo odlašajo ali jo pozneje umaknejo.

Pomemben dejavnik ranljivosti pri obravnavi migrantk, ki so žrtve nasilja v družini, je etnična in kulturna raznolikost. Pri tem lahko gre za kulturne vzorce posamezne migrantke v družini, ki jo sestavljajo člani večinske družbe, ali za pripadnost manjšinski skupnosti, v obeh primerih pa se pojavi potreba po kulturno kompetentnem ukrepanju s strani strokovnega osebja (Humljan Urh, 2013; Lockhart in Danis, 2010). Socialna izolacija ob odsotnosti socialnih mrež je prav tako pomemben dejavnik ranljivosti. Tukaj ne gre zgolj za odsotnost čustvene in finančne podpore s strani družine in prijateljev ter možnosti nudenja namestitve v primeru odhoda. Odsotnost socialnih mrež lahko spodbudi agresivnost povzročitelja in poveča njegovo moč in nadzor nad žrtvijo. Nadzor se tako lahko izvaja intenzivneje – tako na fizični kot tudi na čustveni ravni (Menjivar in Salcido, 2002: 904). Prisotnost socialnih mrež seveda ni vedno v funkciji nudenja podpore. V nekaterih skupnostih, kjer veljajo ortodoksna prepričanja glede ustrezne dinamike zakonske zveze in dodeljenih vlog glede na spol, je lahko nasilje opravičeno kot sprejemljivo dejanje. Odločitev migrantke, da nasilje v družini prijavi pristojnim organom, lahko vodi v izključitev iz skupnosti, kulturno stigmatizacijo (Ang, 1995), pri ženski pa spodbudi občutke sramu in krivde (Menjivar in Salcido, 2002: 905).

Na drugi strani pa nasilno vedenje lahko spodbudita tudi uspešna integracija migrantke v večinsko družbo in postopna emancipacija, zaradi česar partner začne izgubljati moč in nadzor ter se za ponovno pridobitev nadvlade zateče k nasilju (Menjivar in Salcido, 2002: 904). Pomemben dejavnik integracije je predvsem vključitev žensk na trg delovne sile in posledično večja finančna neodvisnost ter pomanjkanje časa in energije za opravljanje gospodinjskih opravil (Kibria, 1994). Avtoriteta in samozavest moškega sta okrnjeni predvsem v primerih, ko je tudi sam migrant in ima večje težave pri iskanju ustrezne zaposlitve kot partnerka. Nekateri študije navajajo, da lahko migrantka pogosto najde službo prej kot moški, kar lahko vodi v izrazito sporne situacije, v katerih je tveganje za nasilje večje (Menjivar in Salcido, 2002: 907).

Vpliv na doživljanje nasilja in sposobnost migrantke, da se nasilju upre, sta v veliki meri odvisna od pridobljenega migracijskega statusa v državi priselitve. Najranjlivejše so tiste migrantke, ki so v državi nedokumentirane in torej nimajo (zakonitega) osebnega dohodka, niso upravičene do socialnih prejemkov in storitev, ki jih nudijo centri za socialno delo. Ranljivost zaradi neurejenega migracijskega statusa povzročitelj izrablja na številne načine: prepove stike z okolico, učenje jezika, skriva ali uniči pomembne osebne dokumente (potni list, osebno izkaznico), grozi s prijavo policiji in z zaporom ali izgonom, odvzemom otrok, prijavo relevantnim institucijam zaradi zanemarjanja otrok in podobno. Migrantke pa imajo lahko tudi status prosilke za mednarodno zaščito oziroma jim je priznana subsidiarna zaščita ali status begunke. Prosilke za mednarodno zaščito nasilja pogosto ne prijavijo, ker želijo oh-

raniti pozitivno podobo družine in svoje etnične skupnosti, ker jih je strah, da bodo s prijavo ogrozile zakonski status družinskega člana, ki je povzročil nasilje, ali pa s prijavo povzročile izgon celotne družine. Želijo ostati ponižne, poslušne in hvaležne za zatočišče, ki jim ga nudi država (Wendt in Zannettino, 2015).

### 3 Vloga zdravstvenega osebja

Na izobraževanju za zdravstvene delavce o nasilju v družini se je pri delu predavanj, ki obravnava migrantke, najpogosteje zastavilo vprašanje o ukrepanju v primeru nepoznavanja jezika. Tudi zdravstveni delavci, ki so sodelovali v raziskavi, ugotavljajo, da je pri obravnavi migrantk velika ovira nepoznavanje ali slabo poznavanje jezika na obeh straneh – tako migrantk kot zdravstvenih in strokovnih delavcev. Ponazorjeno na primeru:

Ja, imamo tudi migrante, ko sem pridejo, dostikrat pridejo, tukaj je problem jezika. Se ne razumemo. Dostikrat pripeljejo s sabo prevajalce, tudi mlajše. Recimo mladoletne otroke, ki sploh, recimo, ali so v sorodstvu ali pa sploh niso, ali pa kakšna soseda pride z mamico [...]. Tako da to imamo kar problem, včasih tudi, bom rekla, pri diagnostiki, da mi slišimo, kaj je. Da pravilno informacijo dobimo. Ampak smo dobili odgovor, da mi nismo sodišče, da mi ne rabimo prevajalca. Da mi dešifriramo tiste podatke. Tako da sedaj starši že vedo, da če ne znajo, če ne razumejo jezika, da morajo pripeljati nekoga, ki bo prevajal. (pediatrinja v zdravstvenem domu)

Težave zaradi jezika se ne kažejo samo pri razumevanju poteka različnih postopkov in pravil, ko je žrtev že v postopku, temveč tudi in predvsem pri iskanju virov pomoči. Osnovne informacije so namreč večinoma dostopne samo v slovenskem jeziku. Zato bi bilo smiselno pripraviti informacije in relevantne stike tudi v tujih jezikih in jih objaviti na spletnih straneh, kjer tujci pogosto iščejo informacije o uradnih postopkih v povezavi s svojim migracijskim statusom, socialnim in zdravstvenim varstvom, življenju v Sloveniji itd. Eden izmed takšnih je na primer pogosto obiskana spletna stran Ministrstva za notranje zadeve, Informacije za tujce, ki nudi informacije v sedmih jezikih. Zdravstveno osebje ugotavlja, da bi morali imeti v ordinacijah pripravljene informacijske zloženke v izbranih tujih jezikih, izpostavila pa se je tudi potreba po prostovoljcih prevajalcih, kajti zaradi pomanjkanja finančnih sredstev je stalno pripravljenost in prisotnost uradnih prevajalcev po njihovih izkušnjah težko zagotoviti. Ob odsotnosti usposobljenega in empatičnega tolmača so nekatera sporočila pogosto tudi izgubljena s prevodom:

V bistvu, koliko stvari je izgubljenih s prevodom. Gospa je govorila samo angleško, pa še to je njen tuji jezik. Torej, ona je govorila angleško in seveda v ... jaz nekaj govorim angleško, v varni hiši so tudi govorili angleško, na timih smo tudi poskušali angleško govoriti. Ampak seveda to kar jaz v slovenščini lahko povem na tak nežen način ... tega jaz ne znam v angleščini povedati in ravno tako tudi ona. Tako da je bilo milijon besed izgubljenih v prevodu in napačno razumljenih, seveda. (socialna delavka na centru za socialno delo)

Pomemben je tudi način sporazumevanja, ki upošteva ranljivost žrtve migrantke zaradi specifičnosti življenjske situacije, v kateri se je znašla, in vrednote, vezane na njeno etničnost in/ali veroizpoved. Pri tem je pomembna t. i. etnična občutljivost, ki temelji na antirasističnih načelih (gl. Humljan Urh, 2013). Zdravstveno osebje mora spoštovati kulturne razlike in drugačne življenjske sloge, prepoznavati in poskušati preseči svoje lastne predsodke, obravnavati žrtve nediskriminatorno in brez posploševanja na osnovi njihove etničnosti in/ali veroizpovedi (stereotipiziranja). Neobčutljivost na razlike namreč prispeva k odtujevanju in izključevanju migrantk, ustvarjanju občutka, da ne spadajo v družbo, in vzbujanju občutka manjvrednosti (Thompson, v Humljan Urh, 2013).

Udeleženci izobraževanja in strokovni delavci, ki so sodelovali v raziskavi, so izpostavili dejstvo, da se v času študija niso primerno usposabljali za delo v večkulturni družbi in s pripadniki različnih kultur in torej niso pridobili tovrstnih kompetenc. Izpostavili so tudi moralne dileme glede ukrepanja, če žrtev prihaja iz etnične skupnosti, v kateri je toleranca do nasilja visoka, na kar so opozorile tudi socialne delavke na primeru obravnave Rominj:

Se mi zdi nevarno, da bi človek zapadel v ta občutek, da je pri njih to kar malo kultura. To je tako nevarno. Hitro zapadeš, zaradi tega ker, ja, seveda, da je drugačna kultura. Je. Ampak zdaj, kako iti v ta odnos pomoči, da boš na nek način vseeno kulturo spoštoval in jo razumel pa da seveda kljub vsemu ves čas daješ to sporočilo, da neke stvari so pa nedopustne in nesprejemljive. (socialna delavka na centru za socialno delo)

Pomembno je, da zdravstveno osebje zavzame ničelno toleranco do nasilja in se zave, da je za nasilje vedno odgovoren/-rna izključno povzročitelj/-ica. Treba je razbijati široko razširjena zmotna prepričanja o nasilju v družini in odpraviti miselnost, da je večja toleranca do nasilja v nekaterih kulturah nekaj normalnega in se vanjo ne posega. Pri nasilju gre vedno za izvajanje moči močnejšega nad šibkejšim, ne glede na spol, starost, družbenoekonomski položaj, versko in etnično pripadnost, kraj bivanja ali katero koli drugo osebno okoliščino. Naloga strokovnih delavcev – tudi zdravstvenih – je, da zaščitijo šibkejšega. Seveda so zdravstveni delavci samo člen v verigi medinstitucionalnega podpornega sistema in odgovornost za nadaljnjo obravnavo in presojanje v veliki meri prevzamejo druge ustrezne institucije. Vloga zdravstvenega osebja je predvsem aktivno poslušanje brez vnaprej izoblikovanih mnenj in pripravljenih generičnih odgovorov in nasvetov za nadaljnje ukrepanje, posredovanje relevantnih informacij in aktivno sodelovanje z relevantnimi institucijami v multidisciplinarnih timih.

## 4 Zaključek

V Sloveniji za zdaj še nimamo opravljenih teoretsko in empirično podkrepljenih analiz pojavnosti nasilja v družinah migrantov, tuje literature pa je na tem področju precej. Literatura, ki uporablja intersekcionalni pristop in upošteva preplet različnih statusov migrantk, je posebej relevantna in uporabna. Sokoloff in Dupont (2005), na primer, obravnavata nasilje v družini v kontekstu rase, etnične pripadnosti, razredne pripadnosti in spola; Hightower in drugi (2000) se osredotočajo na nasilje v družini, nad revnimi, migrantkami in sezonskimi delavkami v ruralnem okolju; Bograd (2005) v svojo teoretsko študijo vključi preplet spolne usmerjenosti, rase in socialno-ekonomskega statusa. Študije primera z intersekcionalnim pristopom so pomembne, ker opozarjajo na dejstvo, da je tveganje za nasilje v družini in ranljivost migrantke večje, če je ta umeščena v več ranljivih skupin hkrati (na primer, če je migrantka socialno ogrožena in ima okvaro sluha ali pa gre za nosečo migrantko z osebno motnjo). V Sloveniji bi bilo priporočljivo raziskovalno nišo zapolniti tudi z orisom ukrepov za izboljšanje dostopa do pomoči migrantkam in migrantom, ki so žrtve nasilja v družini, ter pripravo preventivnih programov, katerih namen je obveščanje in osveščanje o mogočih oblikah pomoči.

Primer dobre prakse na tem področju je Avstralija, ki vsaki migrantki, ki zaprosi za vstop v državo na podlagi združevanja družine, posreduje informacije o tem, kako je v Avstraliji opredeljeno nasilje v družini, spolna zloraba, prisilna poroka in podobno. V brošuri je pojasnjeno, da je nasilje v družini popolnoma nesprejemljivo in kazensko pregonljivo dejanje, da lahko povzročitelj nasilja konča v zaporu in da je avstralska policija varna in vredna zaupanja. Podane so telefonske številke policije, svetovalne službe in službe za tolmačenje, ki zagotovi brezplačno prevajanje, če je to potrebno. Pojasnjeno je tudi, da žrtvam nasilja v družini ni treba vztrajati v nasilnem odnosu z namenom ohranjanja dovoljenja za prebivanje in da je pomoč dostopna vsem migrantkam ne glede na njihov migracijski status in ne glede na to, ali so še v partnerskem razmerju ali ne. Brošura je prevedena v 22 jezikov, prilagojena pa je tudi za migrantke z nizko stopnjo pismenosti (Family Violence and Parter Visas).

Vključitev migracijskih tematik v splošno izobraževanje javnih uslužbencev (policistov, socialnih delavcev, javnih tožilcev, sodnih izvedencev, sodnikov, zdravstvenih delavcev itd.) o nasilju v družini je ključnega pomena. Zdravstveni delavci imajo pri prepoznavi pomembno vlogo, kajti pogosto je stik migrantke z njimi edina priložnost, da o nasilju spregovorijo in poiščejo pomoč, zato morajo biti ustrezno usposobljeni in morajo pridobiti večšine za ustrezno odzivanje. Pripadniki različnih etnij in kultur, ki bodo deležni kulturno kompetentne obravnave, bodo lažje zaupali svoje strahove in stiske, boljše bodo sodelovali pri iskanju rešitev,

manj bo tudi nesporazumov. Tudi pri odločitvi o nadaljnjih korakih se je pomembno vživeti v življenjsko situacijo, v kateri se je žrtev znašla, in spoštovati njeno morebitno odločitev, da nasilja (še) ne prijavi. Opolnomočenje žrtve do te mere, da je zmožna nasilje prijaviti in iz nasilne situacije oditi, je namreč pogosto dolgotrajen proces. Pomembno je, da so zdravstveni delavci do žrtve ves čas empatični, da ji sporočajo, da ni sama kriva za to, kar se ji dogaja, da so na voljo za nadaljnje pogovore in da obstaja pomoč. Če so žrtve nasilja v družini otroci, pa je prijava ustreznim organom seveda nujna.

## Literatura

Betancourt, J. R., Green, A. R. in Carrillo, J. E. *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches*. New York: The Commonwealth Fund; 2002.

Bhuyan, R. in Smith-Carrier, T. The Production of the "Battered Immigrant" in Public Policy and Domestic Violence Advocacy: *Journal of Interpersonal Violence*. 2012; 23 (2): 153–170.

Bograd, M. Strengthening Domestic Violence Theories. Intersections of Race, Class, Sexual Orientation, and Gender. V: Sokoloff, N. J. in Dupont, I. (ur.). *Domestic Violence at the Margins. Readings on Race, Class, Gender, and Culture*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press; 25–38.

Erez, E. Immigration, Culture Conflict and Domestic Violence/Woman Battering: *Crime Prevention and Community Safety: An International Journal*. 2000; 2 (1): 27–36.

Family Violence and Partner Visas. Australian Government, Department of Social Services. Dostopno na: [https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/07\\_2015/pre-departure\\_pack\\_family\\_violence\\_and\\_partner\\_visas.pdf](https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/07_2015/pre-departure_pack_family_violence_and_partner_visas.pdf) (28. 12. 2016).

Hightower, N. R. V., Gorton, J., DeMoss, C. L. Predictive Models of Domestic Violence and Fear of Intimate Partners among Migrant and Seasonal Farm Worker Women: *Journal of Family Violence*. 2000; 15 (2): 137–154.

Humljan Urh, Š. *Kulturno kompetentno socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2013.

Kibria, N. Household Structure and Family Ideologies: The Dynamics of Immigrant Economic Adaptation Among Vietnamese Refugees: *Social Problems*. 1994; 41: 81–96.

Lockhart, L. L. in Danis, F. S. (ur.). *Domestic Violence: Intersectionality and Culturally Competent Practice*. New York, NY: Columbia University Press; 2010.

Sokoloff, N. J., Dupont, I. Domestic Violence. Examining the Intersections of Race, Class, and Gender – An Introduction. V: Sokoloff, N. J. in Dupont, I. (ur.). *Domestic Violence at the Margins. Readings on Race, Class, Gender, and Culture*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press; 1–13.

Vrečer, N. *Medkulturne kompetence v izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije; 2009.

Wendt, S., Zannettino, L. *Domestic Violence in Diverse Contexts. A Re-examination of Gender*. Abingdon, New York: Routledge; 2015.

Zaviršek, D. Etnizacija in patologizacija Romov in romskih skupnosti: socialno-antropološki in socialnodelovni teoretski koncepti: *Socialno delo*. 2010; 49 (2/3): 85–97.

## DOŽIVLJANJE NASILJA MED MLADIMI A VIEW ABOUT VIOLENCE AMONG YOUNG PEOPLE

### Povzetek

Nasilje se največkrat odvija znotraj družine, v domačem in šolskem okolju. Pri srečanju z danimi situacijami žrtve velikokrat ne vedo, kako ravnati, ali pa mislijo, da jih priznanje dejanj lahko izobči od vrstnikov in okolica obsoja. Različni vzroki, kot sta fizična in čustvena nemoč, privedejo žrtev do zanikanja in uporabe strategije preživetja.

Zavedati se je treba, da nasilje prinaša negativne posledice na zdravje in psihofizični razvoj vseh učencev – tako žrtev, nasilnežev in učencev opazovalcev. Gre za agresivno vedenje, ki je namerno in vključuje neravnovesje moči, med žrtvijo in napadalcem. Nasilje nad otroki je pogostokrat skrito učiteljem ali odraslim. Deluje tudi kot grožnja, ne samo na žrtev, temveč tudi na priče nasilju, torej na opazovalce. Tako se postavljajo raziskovalna vprašanja: Kako velik problem predstavlja v šolah psihično in fizično nasilje? Kdo in kako se lahko vključuje v reševanje obravnavanega problema nasilja? S kakšnimi dejavnostmi in ukrepi lahko preprečujemo tovrstne oblike nasilja?

Raziskava temelji na empirični kvalitativni metodologiji, s polstrukturiranim intervjujem. S soglasjem staršev sta v raziskavi sodelovala dečka, učenca zadnje triade v osnovni šoli, ki sta bila podvržena fizičnemu in psihičnemu nasilju v šolskih prostorih in avtobusu. Z analizo je bilo ugotovljeno, da sta pogostokrat izpostavljena nasilju v šolskem okolju – verbalnemu in telesnemu. Dečka sta zaradi doživljanja nasilja manj samozavestna in oba z nizkimi socialnimi veščinami.

Na osnovi ugotovitev raziskave lahko zaključimo, da mora osnovnošolski otrok znati prepoznati nasilje, se v nasilni situaciji primerno odzvati in se nasilju ubraniti. Pomembno vlogo pri ozaveščanju otrok na področju varovanja pred nasiljem predstavljajo družina, vzgojno-izobraževalne institucije, mediji ter raziskovalna dejavnost, pri čemer je potrebna interdisciplinarnost ved, ki se soočajo s tematiko nasilja v vseh oblikah.

Ključne besede: žrtev, vzgoja, pomoč, ozaveščenost.

### Abstract

Violence most often occurs in families, in social and school environment. When facing difficult situations, the victims often don't know how to react or think that telling someone about their problem can cause isolation or disapproval. For reasons like physical or emotional weakness the victim resorts to denial and survival strategies.

Regarding health and psychological development we need to be aware that violence has negative consequences for all pupils – the victims, the bullies and the observers. It involves aggressive behavior that is intentional and is based on strength imbalance of victims and bullies. Peer violence is most often hidden to teachers and other adults. It also presents a threat not only for the victims but also for the observers. From these statements the following research questions pose: How big of a problem is emotional and physical violence in schools? Who can help resolve the individual cases of violence and how?



*The research is based on empirical qualitative methods with half-structured interview. Two boys from the last triad of the elementary school and with parent's consent were included in the study. There had both been subjected to emotional and physical violence in school and on the school bus. The research showed they had been victims of verbal and physical violence on school grounds many times. Consequently the boys suffered from lack of confidence and low social skills.*

*The research showed that pupils of elementary school need to recognize violence first and then react to it in a correct manner so they can avoid it. Family, educational institutions, media and research activity involving many different spheres that all face violence in different forms are key to raising awareness about violence prevention.*

*Key words: victim, education, help, awareness.*

## **1 Uvod**

Ko govorimo o nasilju, lahko rečemo, da gre za najbolj nedopustna dejanja. Medvrstniško nasilje (uporablja se tudi izraz »bullying«) se dogaja vsak dan, v družini, med prijatelji, v šoli. Pogosto se prične z malenkostmi, iz katerih se lahko razvije verbalno zbadanje, suvanje, udarci, na koncu pretep. Olweaus (1995) govori o medvrstniškem nasilju med učenci, kadar je neki učenec v daljšem časovnem obdobju večkrat izpostavljen agresivnemu vedenju oziroma negativnim dejanjem, ki jih povzročča njegov vrstnik ali skupina učencev. Medvrstniško nasilje je namerna, ponavljajoča se uporaba verbalnega, fizičnega ali psihičnega nasilja povzročitelja nad drugim otrokom podobne ali enake starosti. Namen medvrstniškega nasilja je, prestrašiti, prizadeti žrtev in povečati povzročiteljev občutek moči (Zabukovec, Kerin, 2002). Vedeti pa moramo, da za nekoga, ki je še v procesu razvoja in še nima izoblikovane osebnosti, vse to predstavlja zelo resno težavo (Erb, 2004). Ob nasilju je mladostniku težko, trpi, lahko pa mu pusti psihološke posledice. Nasilje med učenci narašča (Weiss, 2000). Opravljene raziskave (Dekleva, 1995; Olweus, 2003; Grujičič, 2007; Pšunder, 2005; 2012) so pokazale, da je nasilje med mladimi zaznano in predstavlja resen problem. O nasilju mladostnik težko spregovori. Vzroke lahko vidimo v njegovem strahu zaradi nesprejemanja ostalih mladostnikov, sramu, ustrahovanja. Ti mladostniki so običajno tihi, plašni, zapirajo se vase, hitro lahko spremenijo razpoloženje, imajo motnjo v koncentraciji, odmaknjeni so od ostalih in imajo slabo samopodobo. Ne glede na razširjenost in pogostost medvrstniškega nasilja ne smemo nikoli pozabiti, da vsak otrok, žrtev nasilja vrstnikov, doživlja neprijetne občutke, trpi in ga je strah. To so ranljivi mladostniki, ki imajo lahko tudi posebne potrebe, so drugih narodnosti ali drugače spolno usmerjeni. To pa ima lahko dolgotrajne posledice za njihov osebnostni razvoj (Habbe, 2000). V raziskavi nas je zanimalo, kje in kako pogosto se odvija medvrstniško nasilje ter kdo in kako se lahko vključuje v reševanje problema.

## **2 Metodologija**

Raziskava, ki temelji na empiričnem kvalitativnem pristopu s študijo primera, je bila izvedena v januarju 2016. Z vednostjo in pridobitvijo soglasja staršev (obrazec OŠ – soglasje za zbiranje osebnih podatkov) sta v raziskavi prostovoljno sodelovala dečka, stara 12 let, ki obiskujeta zadnjo triado v eni izmed osnovnih šol v gorenjski regiji. Z njima je bil opravljen polstrukturirani intervju, ki je vključeval osrednje teme fizičnega in psihičnega nasilja v osnovni šoli. Prvi intervju je trajal 19 in drugi 14 minut. Opravljena je bila kvalitativna vsebinska analiza: odprto kodiranje, združevanje sorodnih pojmov v kategorije in pojasnjevanje.

### 3 Rezultati

Učenca sta bila v vlogi žrtve psihičnega in fizičnega nasilja. Doživljala sta veliko trpljenje. Zaradi tega bi bilo potrebno, da bi učenca poiskala pomoč oseb, ki bi jima prisluhnile. Lahko bi to bili starši, učitelji, delavec v šolski svetovalni službi ali prijatelji, ki bi pomagali poiskati rešitev. Dečka (F1, F2) sta bila deležna podobnih psihičnih in fizičnih napadov sovrstnikov. Sprožali so se jima občutki manjvrednosti in zaničevanja. Čutila sta breme.

Eden od dečkov (F1) ima prilagoditve pri pisanju testov in dodatno učno pomoč. Nenehno poslušaja pripombe o svoji nesposobnosti, goljufanju pri reševanju testov. Pri tem pravi, da ga spremljajo občutki ponižanja. »Pol me začnejo zajebovat zarat učne pomoči. Pa največkrat me to deček (NF1), pa mi govori pred usmi, da mi učitelca reš test, pol me pa še deček (NF2) začne, pa deklica (ND1) sploh ne neha.« (F1/1) V šoli joka, se umika. Dečka (F1) pripombe prizadenejo, o njih premišluje tudi doma. »Ta najraj b nekam šou dap to miniu, pol se tut nardi, da neb šu u šolo.« (F1/1) Drugi deček (F2) psihično nasilje podoživlja z občutki manjvrednosti in občutkom zaničevanja. Govorijo mu grde besede in se mu smeji. »Mal nazaj so mi govoril, da sm peder in pejt stran peder, k smo bli u garderob, in nism vedu, kva nj rečem, in sm biu zmer brez besed in sm se počutu grozn. Takrt, k me majo tko, ne bi biu rd tm. Rajš bi bil nek drget, pa da se to neb zgodil. Grozen se počutm, včash se tresem. Doma poj premišlujem o teh stvarah.« (F2/1).

Pri dečku (F1) je večkrat tedensko prihajalo tudi do fizičnega nasilja, ščipanja, davljenja, streljanja z gumico, frcanja v glavo in zvijanja rok. Ker je deček (F1) vedno občutil fizično nemoč, se je poskušal odmakniti in brezuspešno braniti. »Počutm se nemočnga prot unm, k so večji kt jest. Sploh kje močnej pa še več. Enkrat mej davu, sm težko govoru, poj mej začeu hrbet bolet pa lopatce, roke.« (F1/2) Dogajalo se je fizično nasilje tudi nad njegovim mlajšim bratom. »Mojga brata skos štrapcirajo, pol su mu pa enkrat čevl dol uzal pa so ga zgrabil. Deček (NF3) muj zueu čevl pa plunu muj notr tak, smrku.« (F1/2) Čeprav bratu stopi v bran, sta velikokrat oba nemočna.

Deček (F1) je bil priča fizičnemu nasilju nad dečkom (F2). Deček (F1) pripoveduje: »Deček (NF4) je zafrkavou dečka (F2) in je on popenu, je reku, da če ga bo šenkrat, nej se pazi, in poj sta se z dečkom (NF2) nanga spraula, tko ni fore, k je deček (NF2) velik, veči, tko ni fore, pa deček (NF4) tut, k sta močnejša. Pa ga totalka lohk primeta. Jes sm se umaknu. Deček (NF2) gaj zabijou ob tla pa še u ta leseno steno gaj not zabijou s telesam. Deček (NF4) gaj pa strelou z gumico.« (F1/2) Kraji dogodkov so bili vedno avtobus pri prihodu in odhodu iz šole, moška garderoba, hodniki in učilnice. Oba sta bila večkrat tedensko izpostavljena fizičnemu nasilju s strani različnih otrok. Odrasli v nobenem primeru niso bili navzoči.

### 4 Razprava

Nasilje v šoli je prisotno. Raziskava je pokazala vključitev večjega števila otrok v nasilje določene generacije. Dečka o nasilju nista hotela spregovoriti, kajti bala sta se fizično močnejših in številčnejših otrok, ki so izvajali nasilje. Raziskave (npr. Medved, 2007) kažejo, da skoraj vsak četrti otrok, ki je izpostavljen medvrstniškemu nasilju, o njem ne spregovori, saj se boji nasilneža, obenem pa ga je sram priznati, da je šibek in da potrebuje pomoč. Učenca sta situacijo ocenila kot nerešljivo. Znašla sta se v hudi stiski. Nasilje je bilo prisotno večkrat tedensko in ponavljajoče. Vedno je bilo nasilje izvršeno na območjih, kjer odrasli niso bili prisotni: v garderobi, na hodniku, v avtobusu. V fizično nasilje so bili vključeni dečki, pri psihičnem nasilju so sodelovale tudi deklice. Opravljene raziskave (Dekleva, 1995; Grujičić, 2007; Olweus, 1995; 2003; Pšunder, 2005, v Pšunder, 2012) kažejo, da nasilje med mladimi predstavlja velik in resen problem. Agresivnost je bila lahko odziv na težave in ovire, vendar je sprejemljiva le do stopnje družbeno sprejemljivega in dokler imamo nad njo nadzor. V našem primeru ni bilo sprejemljivih dejanj. Pri nasilnih dejanjih so bili prisotni tudi drugi sošolci, ki so bili v vlogi opazovalcev. Erb (2004) navaja, da je vsakdo, ki ne ukrepa proti nasilju, si zatiska oči pred njim ali ga namerno prezre, soodgovoren za njegovo naraščanje in širjenje. Govorimo lahko o senzibilnosti, pri čemer moramo postati dojemljivejši za pojave medvrstniškega nasilja in jih prepoznati.

Raziskava je bila omejena, vendar pa jo velja razširiti na večji del generacije. Treba je iskati vzroke za negativna vedenjska dejanja nasilnežev. Poiskati je treba pomoč tako nasilnežem kot žrtvam.

## 5 Zaključek

Izvedena raziskava je pokazala nujnost zgodnjega prepoznavanja nasilja in takojšnjega doslednega ukrepanja. Bistvenega pomena je, da otroka slišimo, in ne samo poslušamo. Prepoznavati moramo oblike nasilja in prepoznati lastnosti vpletenih. Ne smemo spregledati dejstva, da je mladostnika sram, počuti se ogroženega in doživlja strah. Ob nasilju je potrebno takojšnje ukrepanje in pomoč tako žrtvi kot nasilnežu. Nasilje moramo preprečiti in doseči, da se otroci počutijo varne. Pozornost moramo posvečati na vsa rizična mesta, kot so hodniki, garderobe in prostori, v katerih odrasli niso prisotni. Potrebno je povezovanje in sodelovanje med otroki, starši in vzgojno-izobraževalno institucijo in kontinuirano nadgrajevati znanje ter nazadnje poiskati pomoč, če sami ne zmoremo razrešiti nedopustne situacije. Pomembno je poznavanje učinkovitih preventivnih in intervencijskih programov spoprijemanja s tem problemom. V vzgojno-izobraževalnih ustanovah bo morda treba nekoliko spremeniti in poudariti vzgojno nalogo šole. Sodobni svet postavlja pred otroke s hitro naraščajočim znanjem vsako leto večje izobraževalne zahteve in za otroke večje obremenitve. V šolah so pomembne spremljajoče dejavnosti, ki naučijo mladostnike sprejeti nasilje z ničelno toleranco, kar naj bi veljalo kot pomembna vrednota šole.

Nasilja tudi ne bomo odpravili s kamerami in varnostniki, temveč je potreben sistematski pristop vseh udeležencev. Med vrstniki morajo prevladovati medsebojni odnosi, ki temeljijo na strpnosti, razumevanju in tolerantnosti. Otroci so naša prihodnost in od njih je odvisna tudi naša jesen.

## Literatura

- Aničič, K., Lešnik, D., ur. Nasilje – nenasilje. Ljubljana: i2, družba za založništvo, izobraževanje in raziskovanje, d. o. o., 2002.
- Dekleva, B. Nasilje med vrstniki v šoli in v zvezi s šolo. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 1996.
- Helmut, H. E., Schneider, S. (prevedla Ambrožič, J.). Nasilje v šoli in kako se mu lahko zoperstaviš. Radovljiva: Didakta, d. o. o., 2004.
- Lešnik Mugnaioni, D., Koren, A., ur. Nasilje v šoli: opredelitev, prepoznavanje, preprečevanje in obravnava. Kranj: Šola za ravnatelje, 2009.
- Olweus, D. Nasilje medu djecom u školi. Zagreb: Školska knjiga, 1998.
- Pečjak, S. Medvrstniško nasilje v šoli. Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, 2014.
- Tušak, M. Šport mladih. 9(65) (januar 2001): 42–43.
- Tušak, M., Marinšek, M., ur. Družina in športnik. Univerza v Ljubljani: Fakulteta za šport – Inštitut za šport, 2009.
- Zabukovec Kerin, K. Vrstniško nasilje v šoli. V: Nasilje – nenasilje. Ljubljana: i2, 2002.
- Wenner, L. Media, Sports and Society. London: Sage, 1989.

Jurica Veronek, mag., PhD student, dr. Natalija Uršulin Trstenjak, Assistant professor, Damir Poljak, dipl. med. techn., PhD student, Melita Sajko, dipl. med. techn., PhD student, Pavao Vlahek, dr. med., PhD student  
Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin

## STAVOVI STUDENATA O TJELESNOJ AKTIVNOSTI I NJEZINOJ POVEZANOSTI SA ZDRAVLJEM

### THE ATTITUDES OF STUDENTS TOWARDS PHYSICAL ACTIVITY AND ITS CONNECTION WITH HEALTH

#### Povzetek

*Uvod: Današnje vrijeme karakterizira izrazito smanjenje tjelesne aktivnosti. Nedovoljna tjelesna aktivnost jedan je od ključnih uzročnih rizičnih čimbenika raznih kroničnih bolesti. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi učestalost fizičke aktivnosti kod studenata, te kakvi su njihovi stavovi o tjelesnoj aktivnosti i njezinoj povezanosti sa zdravljem.*

*Metodologija: Istraživanje je provedeno unutar studentske populacije različitih studijskih smjerova. Instrument provedbe istraživanja bio je on-line upitnik. Prikupljeni podaci obrađeni su metodama deskriptivne statistike. Postavljena je hipoteza da ispitanici u većini slučajeva nisu svjesni vlastite nedovoljne tjelesne aktivnosti kao ozbiljne prijetnje u narušavanju zdravstvenoga stanja.*

*Rezultati: Broj anketiranih studenata je 158 u dobi od 18-33 godine. Rezultati su pokazali da većina ispitanika ima pozitivne stavove o tjelesnoj aktivnosti kao jednom od važnih čimbenika u prevenciji bolesti i održavanju zdravlja; međutim, pozitivan stav ne znači aktivno pozitivan stav, odnosno, da se tjelesna aktivnost i provodi na način na koji se percipira.*

*Rasprava: Nedostatak ljudskog kretanja u suvremenim uvjetima življenja današnja je realnost i nepobitna činjenica. Percepcija tjelesne aktivnosti dobra je polazna točka za intervenciju u populaciji.*

*Ključne riječi: tjelesna aktivnost, kronične bolesti, studenti*

#### Abstract

*Introduction: Decreased physical activity is a trend in these times. Insufficient physical activity is one of the main causes of risk factors for various chronic diseases. The goal of this research was to determine frequency of student physical activity and about their attitudes towards physical activity and its connection with health.*

*Methodology: The research was conducted within the student population of different study programs. The instrument of conduction was an online inquiry. The collected data was analyzed with methods of descriptive statistic. The hypothesis was that the examinees are mostly not aware of their own insufficient physical activity as a serious deficit in their health condition.*

*Results: The number of examined students is 158, 18 to 33 years old. Results show that most of the examinees have a positive attitude towards physical activity as one of the important factors in the prevention of diseases and in preservation of health, but the positive attitude does not mean the active positive attitude, meaning that the physical activity is not exhibited in the way it is perceived.*

*Discussion: The lack of human movement in the modern conditions of living is a reality, and an undeniable fact. The perception of physical activity is the good starting point for the intervention in the population.*

*Key words: physical activity, chronic diseases, students*

## 1 Uvod

Današnje vrijeme karakterizira izrazito smanjenje tjelesne aktivnosti. Nedovoljna količina kretanja i tjelesne aktivnosti u svim oblicima odražava se i na zdravstvenom statusu čovjeka (Mišigoj-Duraković i sur., 1999). Prema Warburton, Nicol i Bredin (2006), tjelesna aktivnost najčešće se promatra kroz četiri osnovne kategorije: tjelesna aktivnost na poslu; tjelesna aktivnost vezana uz prijevoz, tj. putovanje s mjesta na mjesto; tjelesna aktivnost u kućanstvu i tjelesna aktivnost u slobodnom vremenu. S javnozdravstvenog gledišta tjelesna je aktivnost ponašanje koje izravno i neizravno može utjecati na zdravlje populacije.

Znanstvene spoznaje uvjerljivo pokazuju kako je tjelesna neaktivnost danas jedan od najjačih čimbenika narušavanja zdravlja (Vuori, 2004).

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), donoseći preporuke za zdrav život i održavanje zdravlja populacije, navodi tjelesnu aktivnost kao imperativ dobrog zdravlja i preporuča 30 minuta umjerene tjelesne aktivnosti dnevno kao minimalnu količinu potrebnu za očuvanje zdravlja i prevenciju bolesti. Brojna istraživanja pokazuju da su mnoge bolesti češće u osoba koje se rijetko ili uopće ne bave tjelesnom aktivnošću, nego kod redovito fizički aktivnih osoba. Niz znanstvenih, zdravstvenih i medicinskih organizacija diljem svijeta formalno su priznale važnost redovite tjelesne aktivnosti kao sredstva za poboljšanje i održanje zdravlja (Blair i sur., 1996).

Posljednjih desetljeća kontinuirano raste broj bolesti ili stanja koje tjelesna neaktivnost potiče, odnosno hipokinezija (Booth i sur., 2002), kao što su dijabetes, prekomjerna težina i pretilost, metabolički sindrom, hipertenzija, koronarne bolesti, astma itd. Redovita tjelesna aktivnost je do sredine 20. stoljeća bila dio života svakog pojedinca, a pojavom većeg tehnološkog stupnja civilizacije polako je pala u drugi plan, te ju se sada mora ponovno otkrivati i uključivati u život (Eaton i Eaton, 2003).

Mišigoj-Duraković (2000) navodi da umjerena tjelesna aktivnost koja se redovito provodi u slobodnom vremenu može biti dovoljna u primarnoj prevenciji koronarne bolesti srca, odnosno modifikaciji nekih čimbenika opasnosti od razvoja koronarne bolesti srca.

Preporučuje se aerobna aktivnost, koja ima veći utjecaj na promjenu čimbenika opasnosti od ostalih vrsta aktivnosti. Aerobne aktivnosti, koje uključuju rad velikih mišićnih skupina tijekom dužeg vremena, odabiru se prema zdravstvenom stanju i sklonostima osobe, poput pješčenja, brzog hodanja, plivanja, trčanja, vožnje biciklom.

Prosječno preporučeno trajanje vježbanja obično iznosi 30 do 40 minuta. Pate, Pratt i Blair (1995) zagovaraju i intermitentnu aktivnost, ako nije moguće provoditi kontinuiranu aktivnost. Autori smatraju vrijednim provođenje aktivnosti kraćeg trajanja: 10-15-ak minuta više puta na dan kako bi ukupno dnevno trajanje aktivnosti ili vježbanje iznosilo najmanje trideset minuta. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi učestalost fizičke aktivnosti kod studenata, te kakvi su njihovi stavovi o tjelesnoj aktivnosti i njoj povezanosti sa zdravljem.

## 2 Metodologija

U istraživanju je korišten kvalitativni istraživački pristup. Instrument provedbe istraživanja bio je on-line upitnik, izrađen za potrebe istraživanja, s ukupno 18 pitanja od kojih su 8 opći podaci o ispitanicima, dok su ostalo zatvorena pitanja s ponuđenim odgovorima i četiri tvrdnje. Za ocjenjivanje slaganja s tvrdnjama korištena je petostupanjska Likertova ljestvica, pri čemu je 1 značilo u potpunosti se ne slažem, 2 ne slažem se, 3 niti se slažem, niti se ne slažem, 4 slažem se, a 5 u potpunosti se slažem.

Istraživanje je provedeno unutar studentske populacije Sveučilišta Sjever različitih studijskih smjerova. Anketni upitnik je ispunilo 158 ispitanika, što znači 100% realizacije uzorka. Anketa je ispitanicima bila dostupna tijekom prosinca 2015. godine i siječnja 2016. godine, kao Google docs obrazac. Sudjelovanje u istraživanju bilo je anonimno i dobrovoljno.

Prikupljeni podatci statistički su obrađeni u programu MS Excel. Povezanost između indeksa tjelesne mase i stavova o korisnosti kretanja kao doprinosu kvaliteti života izračunata je na temelju vrijednosti Pearsonovnog koeficijenta korelacije. Također, temeljem izračunate vrijednosti Pearsonovnog koeficijenta korelacije, ispitano je postoji li veza između indeksa tjelesne mase i dobi ispitanika. Za utvrđivanje povezanosti između indeksa tjelesne mase i vremena pješaćenja kod ispitanika korišten je point-biserijalni test korelacije, koji pokazuje povezanost dihotomne i numeričke kontinuirane varijable.

Postavljena je hipoteza da ispitanici u značajnom broju nisu svjesni vlastite nedovoljne tjelesne aktivnosti kao ozbiljne prijetnje u narušavanju zdravstvenoga stanja.

### 3 Rezultati

Prikaz rezultata grupe pitanja koji se odnose na opće podatke: broj anketiranih, spol, životna dob, područje stanovanja, studentski smjer, godina studija (tablica 1)

**Tablica 1: Opći podaci o ispitanicima**

Spol		Životna dob				Područje stanovanja		Studijski smjer		Godina studija		
M	Ž	18-22	23-27	28-32	33 i više	Gradsko naselje	Seosko naselje	Studij se-strinstva	Ostali studijski smjerovi	1.	2.	3.
40	118	103	24	13	18	81	77	90	68	87	36	27

Izvor: Anketni upitnik 2015.

Uzeti su podatci o težini i visini, te je na temelju toga izračunat indeks tjelesne mase (BMI); od 158 njih 94 (59,49%) je pripalo u skupinu normalno uhranjenih, 46 (29,12%) u skupinu preuhranjenih, a 18 (11,39) u skupinu pothranjenih. Prosječna vrijednost indeksa tjelesne mase za svih 158 ispitanih je 22,9 kg/cm<sup>2</sup>, što je u rasponu optimalnih vrijednosti.

Iz tablice 2 razvidno je da se od 158 ispitanih, njih 92 (58,23 %) bavi tjelesnom aktivnošću, od toga dvoje profesionalno, dok se 66 (41,77) izjasnilo da se ne bavi tjelesnom aktivnošću.

**Tablica 2: Tjelesna aktivnost kod ispitanika**

Bavite li se tjelesnom aktivnošću?		
Odgovori	Broj ispitanih	Struktura (%)
Rekreativno	90	56,96
Profesionalno	2	1,27
Ne bavim se tjelesnom aktivnošću	66	41,77
<b>UKUPNO :</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Izvor: Anketni upitnik 2015.

Najveći broj ispitanika, njih 45 (52,53%), navelo je da se tjelesnom aktivnošću bavi manje od jednom tjedno, 36 (29,12%) ispitanika navodi da je to 2-3 puta tjedno, 22 (13,92%) ispitanika 1 puta tjedno, dok se 12 (4,43%) ispitanika izjasnilo da se tjelesnom aktivnošću bavi svakodnevno. Od 158 ispitanih, njih 43 nije dalo odgovor na navedeno pitanje.

**Tablica 3: Učestalost tjelesne aktivnosti kod ispitanika**

Ako se bavite tjelesnom aktivnošću, koliko je to često?		
Odgovori	Broj ispitanih	Struktura (%)
Svaki dan	12	4,43
2 - 3 puta tjedno	36	29,12
1 puta tjedno	22	13,92
Manje od 1 puta tjedno	45	52,53
<b>UKUPNO :</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

\*43 ispitanika nije dalo odgovor na postavljeno pitanje  
Izvor: Anketni upitnik 2015.

Na sljedeća 3 pitanja, sastavljenih u obliku tvrdnji, anketirani su odgovorili sa stupnjem slaganja s navedenom tvrdnjom: 1 - u potpunosti se ne slažem, 2 - ne slažem se, 3 - niti se slažem, niti se ne slažem, 4- slažem se i 5 - u potpunosti se slažem.

S tvrdnjom „osobno se krećete dovoljno za vaše zdravlje“ više od polovice (57,59%) ispitanih se nije složilo, potom na tvrdnju: „kretanje doprinosi kvaliteti života“ većina (64,56%) je odgovorila „u potpunosti se slažem“ ili (24,68%) „slažem se“. Na tvrdnju „nedostatak tjelesne aktivnosti može imati posljedice na zdravlje“ 44,94% ispitanika je odgovorilo „slažem se“, a nešto manji postotak (31,01) je odgovorio „u potpunosti se slažem“, dok 15,19% ispitanika nema stav o tome (tablica 4).

**Tablica 4: Odgovori na pitanja: Osobno se krećete dovoljno za vaše zdravlje, kretanje doprinosi kvaliteti života, i nedostatak tjelesne aktivnosti može imati posljedice na zdravlje**

Odgovori	Osobno se krećete dovoljno za svoje zdravlje?		Kretanje doprinosi kvaliteti života?		Nedostatak tjelesne aktivnosti može imati posljedice na zdravlje	
		%		%		%
U potpunosti se ne slažem	30	18,98	10	6,33	8	5,06
Ne slažem se	61	38,61	0	0,00	6	3,80
Niti se slažem, niti se ne slažem	40	25,32	7	4,43	24	15,19
Slažem se	18	11,39	39	24,68	71	44,94
U potpunosti se slažem	9	5,70	102	64,56	49	31,01
<b>UKUPNO:</b>	<b>158</b>	<b>100</b>	<b>158</b>	<b>100</b>	<b>158</b>	<b>100</b>

Izvor: Anketni upitnik 2015.

Uvidom u navedenu tablicu moglo bi se zaključiti da je većina ispitanih svjesna vlastite nedovoljne tjelesne aktivnosti kao ozbiljne prijetnje u narušavanju zdravstvenoga stanja. Najčešći je odgovor „ne slažem se“, što znači da većina njih smatra da bi trebala više vremena posvetiti kretanju i tjelesnoj aktivnosti. Navedeno smo provjerili utvrđivanjem povezanosti između indeksa tjelesne mase i odgovora na pitanje: „U uobičajenom tjednu, koliko dnevno bez prekida pješačite s jednog mjesta na drugo?“ Svaki ispitanik koji ima indeks tjelesne mase izvan optimalnog okvira (18,5 – 24,9 kg/cm<sup>2</sup>) kodiran je oznakom „1“, a one čiji je indeks u granicama preporučenog označeni su s „2“. Koristili smo point-biserijalni test korelacije, koji pokazuje povezanost dihotomne i numeričke kontinuirane varijable (vrijeme pješačenja).

t-Test: Paired Two Sample for Means

	Variable 1	Variable 2
Mean	22,3	25,1
Variance	2,4025	0,9604
Observations	90	68
Pearson Correlation	0,6128	
Hypothesized Mean Difference	0	
df	2	
t Stat	11,33452	
t Critical two-tail	2,306004133	

Point-biserijalni koeficijent 0,65 pokazuje da između vremena dnevnog pješaćenja i indeksa tjelesne mase postoji korelacija srednje jačine, što znači da ispitanik koji duže dnevno bez prekida pješaći ima veću vjerojatnost da njegov indeks tjelesne mase bude u rasponu optimalnog. Također, ispitano je postoji li veza između indeksa tjelesne mase i dobi ispitanika, kako bi provjerili pretpostavku da se porastom životne dobi smanjuje vrijeme kretanja i fizičkih aktivnosti, što rezultira povećanjem navedenog indeksa, ponekad i iznad preporučenog okvira. Izračunati koeficijent linearne korelacije ( $r = 0,88$ ) pokazuje da između navedenih varijabli postoji znatna pozitivna linearna korelacija, odnosno da se s porastom godina života povećava i indeks tjelesne mase, te da su nešto starije osobe u sklopu studentske populacije manje sklone fizičkim aktivnostima.

Nadalje, željeli smo utvrditi jesu li indeks tjelesne mase i stav o korisnosti kretanja za kvalitetu života u korelaciji. Ako za nezavisnu varijablu uzmemo indeks tjelesne mase, korelacija odgovara na pitanje da li osobe s višim indeksom imaju pozitivnije ili negativnije stavove o korisnosti kretanja (zavisna varijabla).

Jačinu korelacije odredit ćemo koristeći kao pokazatelj Pearsonov koeficijent linearne korelacije ( $r$ ). Za svakog ispitanika u uzorku zabilježili smo indeks tjelesne mase, kao i kodirani odgovor na pitanje: Smatrate li da kretanje doprinosi kvaliteti života?

SUMMARY OUTPUT

Regression Statistics	
Multiple R	0,72003
R Square	0,5184
Adjusted R Square	0,3379
Standard Error	2,9371
Observations	158

Na temelju izračunate vrijednosti Pearsonovnog koeficijenta korelacije, možemo zaključiti da postoji srednje jaka povezanost između stava o kretanju kao doprinosu kvaliteti života i indeksa tjelesne mase, odnosno stav o korisnosti kretanja ima utjecaja na vrijednost BMI-a.

Testiranje radne hipoteze: Studenti u značajnom broju nisu svjesni vlastite nedovoljne tjelesne aktivnosti kao ozbiljne prijetnje u narušavanju zdravstvenoga stanja.

Hipoteze glase:

Ho: Ne postoji određeni stav studenata o opasnosti nedovoljne tjelesne aktivnosti na njihovo zdravlje

H1: Više od polovine ispitanih u uzorku svjesno je da nedostatak tjelesne aktivnosti predstavlja opasnosti po zdravlje



Koristeći podatke iz ankete i odgovore na pitanje: „Smatrate li da se Vi osobno krećete dovoljno za svoje zdravlje?“ uz izostavljanje onih koji su se odlučili za odgovor: „niti se slažem, niti se ne slažem“, ostali su podijeljeni u dvije grupe: oni koji se slažu i oni koji se ne slažu.

-Test: Two-Sample proportion	Variable 1
Observations	2
Pooled Variance	10,56433
Hypothesized Mean Difference	$p \geq 51\%$
df	116
t Stat	3,9955
P(T<=t) two-tail	9,08E-11
t Critical two-tail	2,1186

Vrijednost t-testa je 3,9955, što je više od kritične vrijednosti (2,1186), pa se alternativna hipoteza može prihvatiti: Većina (više od polovine) ispitanih u uzorku svjesno je da nedostatak tjelesne aktivnosti predstavlja opasnosti po zdravlje.

Nadalje, testiranjem radne hipoteze da izbor studija utječe na vrijednost indeksa tjelesne mase, odnosno da su polaznici studija sestrinstva fizički aktivniji od studenata ostalih smjerova.

Izračunali smo prosječni indeks tjelesne mase za polaznike studija sestrinstva, kao i prosječni indeks za one ostalih smjerova, te ih usporedili.

Ho: Izbor studijskog smjera nema utjecaja na kretanje vrijednosti indeksa tjelesne mase.

H1: Studenti smjera sestrinstva imaju povoljniju vrijednost tog indeksa.

Hipotezu smo testirati t-testom o jednakosti dvije aritmetičke sredine

t-Test: Paired Two Sample for Means

	Variable 1	Variable 2
Mean	22,3	25,1
Variance	2,4025	0,9604
Observations	90	68
Pearson Correlation	0,6128	
Hypothesized Mean Difference	0	
df	2	
t Stat	11,33452	
t Critical two-tail	2,306004133	

Kako je vrijednost izračunatog t-testa veća od kritične vrijednosti (2,306), prihvaća se alternativna hipoteza: smjer studija statistički značajno utječe na vrijednost indeksa tjelesne mase. Prosječna vrijednost indeksa tjelesne mase studenata smjera sestrinstva je u intervalu optimalnosti, pa se može zaključiti: studenti smjera sestrinstva imaju povoljnije vrijednosti indeksa tjelesne mase zbog veće fizičke aktivnosti.

Tvrđnju da postoji povezanost između smjera studija i vrijednosti BMI-a potvrđuje i Pearso-nov koeficijent linearne korelacije, koji iznosi 0,61, što znači da između navedenih varijabli postoji korelacija srednje jačine.

## 4 Rasprava

Iz dobivenih rezultata vidljivo je da većina ispitanika ima pozitivne stavove o tjelesnoj aktivnosti kao jednom od važnih čimbenika u prevenciji bolesti i održavanju zdravlja. To prvenstveno govori o stavovima i informiranosti ili educiranosti, međutim, pozitivan stav ne znači aktivno pozitivan stav, odnosno da se tjelesna aktivnost i provodi na način na koji se percipira. Pretvaranje pozitivnog stava u akciju je ključno.

Pokušaj uspoređivanja dobivenih rezultata s već prethodnim istraživanjima donosi zaključak da je tjelesna aktivnost važna (Hawker, 2012).

Preventivna akcija je ono što je potrebno, a i dokazano na drugim modelima (konzumacija alkohola, pušenje, nekretanje) (Kazemi i sur., 2015, ALBashtawy, 2015, Martin, Saunders, Shenkin, Sproule, 2014).

Jurakić, Pedišić i Andrijašević (2009) navode da je zabrinjavajući podatak kako najnižu tjelesnu aktivnost iskazuju adolescenti i mladi odrasli ljudi (15–24 godina), zbog čega postaju prioritetna ciljna grupa u strategiji promicanja tjelesne aktivnosti.

Prevencija u našem slučaju je aktivacija studenata iz njihovih pasivnih stavova u aktivno kretanje. Nisu toliko ključni modeli, koliko želja i način da ih se promijeni. Pitanje je tko su poticatelji i u kojem vremenskom i prostornom okviru. U našem slučaju, eksperimentalni pokušaj biti će izborni kolegij na studiju Sestrinstva, Odjela za biomedicinske znanosti pod imenom: Tjelesna aktivnost u prevenciji kroničnih bolesti. Dio studenata će osim znanja, morati usvojiti i navike, koje će onda u budućnosti moći prenositi na populaciju. Eventualna uspješnost tog modela može se i proširiti. Sličan model postoji već niz godina u okviru škole trčanja. Osobe se prijave u tzv. školu trčanja te kroz 8 mjeseci i tri puta tjedno vježbanja postepeno dolaze do toga da mogu istrčati 10 do 20 km. Istraživanje tog modela pokazalo je višestruke koristi usvajanja zdravog načina života (Vlahek, Matijević-Mikelić, Kišiček, 2012). Sličan model pokušat će se u okviru navedenog predmeta.

## 5 Zaključak

Za postizanje željenih ishoda potrebno je više godina sveobuhvatnog društvenog i stručnog djelovanja različitih društvenih sektora, u suradnji sa znanstvenim institucijama i udrugama na području zdravlja, ekologije, urbanizma, javnog i osobnog prijevoza, te sporta i tjelesne aktivnosti. Nedostatak ljudskog kretanja u suvremenim uvjetima življenja današnja je stvarnost i nepobitna činjenica. Percepcija tjelesne aktivnosti dobra je polazna točka za intervenciju u populaciji.

## Literatura

- ALBashtawy, M. (2015). Overweight and obesity interventions and prevention strategies Nurs Child Young People; 27(7): 16-21.
- Blair, SN., Booth, M., Gyarfas, I., Iwane, H., Marti, B., Matsudo, V., Morrow, MS., Noakes, T., Shephard, R. (1996). Development of public policy and physical activity initiatives internationally. Sports Medicine; 21(3): 157-163.
- Booth, FW., Chakravarthy, MV., Gordon, SE., Spangenburg, EE. (2002). Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. Journal of Applied Physiology; 93(1): 3-30.
- Eaton SB, Eaton SB. (2003). An evolutionary perspective on human physical activity: implications for health. Comp Biochem Physiol Part A; 136: 153-9.
- Hawker, CL. (2012). Physical activity and mental well-being in student nurses, Nurse Educ Today; 32(3): 325-31.
- Jurakić, D., Pedišić, Ž., Andrijašević, M. (2009.) Physical activity of Croatian population: cross-sectional study using International Physical Activity Questionnaire. Croat Med J; 50(2): 165-73.
- Kazemi, DM., Levine, MJ., Dmochowski, J., Roger Van Horn, K., Qi, L. (2015). Health behaviors of mandated and voluntary students in a motivational intervention program Prev Med Rep; 13(2): 423-8.
- Martin, A., Saunders, DH., Shenkin, SD., Sproule, J. (2014). Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents Cochrane Database Syst Rev; 14(3): CD009728.
- Mišigoj-Duraković, M. (2000). Uloga tjeleovježbe u prevenciji kroničnih nezaraznih bolesti MEDICUS; 9(1): 99-104.
- Mišigoj-Duraković, M. i sur. (1999). Tjelesno vježbanje i zdravlje. Fakultet za fizičku kulturu Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb: Grafos.
- Pate, RR., Pratt, M., Blair, SN. i sur. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and the American College of Sports Medicine. JAMA; 273: 402-7.
- Vlahek, P., Matijević-Mikelić, V., Kišiček, P. (2012). Running schools: a new concept for integration of healthy and active lifestyle in Croatia. XXXII World congress of sports medicine, Sports medicine the challenge for global health: Quo vadis? Posters guide / Casasco, Maurizio (ur.). – Rim.
- Vuori, I. (2004). Physical inactivity is a cause and physical activity is a remedy for major public health problems. Kineziologija; 36(2): 123-153.
- Warburton, DER., Nicol, CW., Bredin, SS. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ; 174: 801-9.

Saša Zorjan, mag. psih., mag. kognitivne in klinične nevroznanosti,  
Urška Smrke, mag. psih., dr. Lilijana Šprah, univ. dipl. psih.  
Družbenomedicinski inštitut, ZRC SAZU

## **ODNOS MED OVIRAMI, PREPOZNAVNO IN UKREPANJEM ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V PRIMERIH SUMA NA NASILJE V DRUŽINI**

### **THE RELATIONSHIP BETWEEN BARRIERS, RECOGNITION AND TAKING ACTION IN THE CASE OF DOMESTIC VIOLENCE**

#### **Povzetek**

*Teoretična izhodišča:* Področje obravnave žrtev nasilja v družini (NVD) je v Sloveniji zakonsko urejeno od leta 2008. Navkljub jasnim zakonskim določilom, ki zdravstveno osebje pooblašča za prijavo nasilja, se še vedno soočamo z neustreznim ukrepanjem zdravstvenega osebja ob NVD. K temu lahko prispevajo tudi ovire, s katerimi se zdravstveno osebje srečuje pri svojem delu. Namen študije je bil preveriti odnos med ovirami zdravstvenega osebja ter prepoznavo in ukrepanjem v primeru suma na NVD.

*Metodologija:* V raziskavi je sodelovalo 332 zdravstvenih delavcev, ki so se v preteklosti že srečali s primeri nasilja v družini (56,2 % zdravnikov, 31,4 % osebja zdravstvene nege ter 7,6 % ostalih strokovnih delavcev). Udeleženci so izpolnili vprašalnik o prepoznavi in obravnavi NVD.

*Rezultati:* Rezultati so pokazali, da se s prepoznavo NVD negativno povezujejo strahovi zdravstvenega osebja v povezavi s prijavo NVD, pomanjkanje znanja in pooblastil ter preobremenjenost zdravstvenega osebja. Strahovi in primanjkljaji zdravstvenega osebja se negativno povezujejo tudi z ukrepanjem zdravstvenega osebja v primeru suma na NVD. Tisti, ki so se v preteklosti že udeležili izobraževanj na temo NVD, so pri vseh spremenljivkah dosegali višje povprečne vrednosti.

*Razprava:* Rezultati izpostavljajo ključne ovire, ki negativno prispevajo k prepoznavi NVD in ukrepanju zdravstvenega osebja v primeru NVD.

*Ključne besede:* nasilje v družini, zdravstveno osebje, ovire, prepoznavna, ukrepanje.

#### **Abstract**

*Theoretical background:* The area of treating victims of domestic violence (DV) is regulated in Slovenia since 2008. Despite the clear legal regulations, stating that healthcare professionals are obligated to report domestic abuse, we are still facing inappropriate actions of healthcare professionals when confronted with DV. Factors that may contribute to this are the barriers that healthcare professionals encounter. The purpose of the study was to examine the relationship between the barriers that healthcare professionals encounter, recognition and taking action in the case of DV suspicion.

*Methodology:* The sample consisted of 332 healthcare professionals that have a past experience with DV victims (56.2 % of doctors, 31.4 % of nursing staff and 7.6 % of other professionals). Participants completed a questionnaire about DV.

*Results:* The results showed a negative relationship of DV recognition and healthcare professionals' fears about reporting DV, lack of knowledge and authorizations and their overload. Healthcare professionals' fears and shortcomings correlate negatively also with their willingness or ability to take action when it comes to DV. Those, who took part in DV training in the past, scored higher on average on all of the variables.

*Discussion: The results of this study highlight the key barriers that are contributing negatively to the recognition of DV and taking action.*

*Key words: domestic violence, healthcare professionals, barriers, recognition, taking action*

## 1 Uvod

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND, 2009) nasilje v družini (NVD) definira kot »vsako uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana proti drugemu družinskemu članu oziroma zanemarjanje družinskega člana ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročiteljice oziroma povzročitelja nasilja«. Čeprav je lahko žrtev NVD vsakdo, kar 90 % vseh primerov NVD predstavlja nasilje moških nad ženskami oziroma nasilje v partnerskih odnosih (Department of Health, 2008). V Sloveniji je prevalenca nasilja med partnerjema med 15 % in 17 % (Kopčavar Guček, Švab, Selič, 2011; Selič, Švab, Kopčavar Guček, 2013; Selič et al., 2008). Ocene prevalence NVD in nasilja v partnerskem odnosu nad ženskami pa so še nekoliko višje (49,3 % za psihično nasilje, 5,9 % za fizično nasilje, 7 % za premoženjsko nasilje, 6,1 % za omejevanje gibanja in stikov ter 1,5 % za spolno nasilje; Leskošek, Urek, Zaviršek, 2010).

Osebe, izpostavljene NVD, zaradi številnih telesnih in duševnih posledic nasilja, ki vodijo v splošno slabše zdravje (Selič, 2010), pogosteje uporabljajo različne zdravstvene storitve (Bergman, Brismar, Nordin, 1992) in tako pogosto prihajajo v stik z zdravstvenim osebjem. Le-to ima posledično veliko možnosti, da posumi na NVD in ustrezno ukrepa ter žrtvi pomaga. Kljub temu pa raziskave kažejo, da zdravstveno osebje pogosto ne izkoristi priložnosti za pomoč žrtvam nasilja oziroma se ob sumu na NVD ne odzove primerno (Riggs, Caulfield, Street, 2000). Po podatkih tujih raziskav se ocenjuje, da zdravniki v povprečju prepoznajo le eno od 20 žrtev NVD (Elliott et al., 2002). Pogosto pa se v primeru, ko NVD prepoznajo, ne odzovejo ustrezno. V eni izmed slovenskih raziskav so na primer ugotovili, da pri 20 % žrtev nasilja družinski zdravnik ni storil ničesar, čeprav ga je žrtev prosila za pomoč. Na neustrezen odziv kaže tudi podatek, da je le 15 % zdravnikov ob prošnji za pomoč s strani žrtve o nasilju v družini obvestilo policijo ali center za socialno delo (Selič et al., 2008).

Za ustrezno prepoznavo in obravnavo žrtev NVD je nujno visoko profesionalno delovanje zdravstvenega osebja z upoštevanjem moralnoetičnih norm, pri čemer je pomembna tudi sistemska urejenost področja (Kopčavar Guček, 2004). Tako lahko razloge za manj uspešno prepoznavo iščemo tako na ravni zaposlenih v zdravstvu kot tudi na sistemski ravni. Na obeh se zdravstveno osebje namreč sooča s številnimi ovirami, ki pripomorejo k maloštevilnim prepoznanim primerom NVD (Alotaby et al., 2013).

Številne ovire zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi NVD se povezujejo s pomanjkanjem osnovnega znanja o NVD (Cann et al., 2001) in pomanjkljivimi kompetencami za pomoč žrtvam. Nastanejo namreč že zaradi nerazumevanja npr. razlogov žrtev, zakaj pogosto ostajajo s povzročiteljem nasilja (Hamberger et al., 2004), širše pa nezadostno znanje in kompetentnost na tem področju pogosto vodita do občutkov nezadostnosti in frustracije ob soočanju s primeri NVD (Husso et al., 2012). Tudi samo zdravstveno osebje prepozna, da je pomanjkanje znanja in spretnosti glavna ovira pri prepoznavi in obravnavi NVD (Alotaby et al., 2013; Kopčavar Guček, 2004). Premajhna ozaveščenost in poučenost o NVD je prisotna tudi med slovenskimi zdravniki, ki poročajo, da je eden izmed mogočih razlogov za slabo prepoznavo ravno nevednost glede ustreznih načinov odzivanja na primere NVD (Selič, 2010). Pogoste so tudi ovire na osebni ravni zdravstvenega osebja, kjer so prisotni strahovi pred škodovanjem zaupnemu odnosu med pacientom in zdravnikom, strah pred tem, da bi pacienta oziroma uporabnika s povpraševanjem o NVD užalili, ter pogosto tudi strah pred povzročiteljem nasilja in njegovim morebitnim maščevanjem (Allen et al., 2007). Sprague s sodelavci (2012) namreč poroča, da je kar 23 % zdravnikov bilo strah za lastno varnost pri obravnavi NVD.

Poleg ovir na osebni ravni zdravstvenega osebja so pomembno prisotne tudi tiste, ki izhajajo iz sistemske urejenosti področja, značilnosti organizacije, v kateri je zdravstveni delavec zaposlen, ter njegovih delovnih obremenitev. Te ovire vključujejo pomanjkanje ustreznih postopkov ob prepoznavi NVD, neustrezne resurse in podporo v delovnem okolju in podobno. Podporno delovno okolje ter jasno oblikovane in razumljive politike glede NVD ter postopkov ob morebitni prepoznavi lahko zdravstvenemu osebju olajšajo delo in ga opogumijo za spraševanje pacientov ob sumu na NVD in za ustrezno ukrepanje (Allenet et al., 2007). Poleg navedenega zdravstveno osebje od učinkovite prepoznave in obravnave odvrta tudi obremenjujoča zdravstvena administracija, omejitve pri delu v smislu časa, ki ga zdravstveno osebje lahko nameni posameznemu pacientu, ter velike delovne obremenitve (Alotaby et al., 2013).

V praksi so se kot koristna pri obvladovanju nekaterih ovir, s katerimi se sooča zdravstveno osebje, izkazala izobraževanja, namenjena povečanju znanja in kompetenc zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi žrtev NVD (Wong et al., 2006). Pripomorejo namreč k večji pozornosti zdravstvenega osebja na znake NVD, hkrati pa so zdravniki po izobraževanjih poročali tudi, da se počutijo boljše opremljene za prepoznavo in obravnavo NVD pri svojem delu (Wong et al., 2007). Tudi s strani žrtev je ustrezna izobraženost zdravstvenega osebja pomembna, saj so družinske situacije, v katerih se znajdejo žrtve nasilja v družini, tako kompleksne, da je lahko nudenje pomoči z malo ali nič znanja o naravi in značilnostih NVD pri zdravstvenem osebju za žrtve dodatno obremenjujoče in celo nevarno, še posebej če se ne upošteva vprašanje varnosti žrtve ob pogovoru o različnih možnostih pomoči (Mørk, Tanggaard Andersen, Taket, 2014).

Namen raziskave je bil, na vzorcu slovenskega zdravstvenega osebja preveriti odnos med ovirami, s katerimi se srečuje ob prepoznavanju in obravnavi NVD, ter ukrepanjem v primeru suma na NVD. V nadaljevanju smo preverjali tudi, ali se zdravstveni delavci, ki so se v preteklosti že udeležili izobraževanj s področja NVD, razlikujejo glede zaznanih ovir in ukrepanja ob prepoznavi in obravnavi NVD.

## 2 Metoda

### 2.1 Udeleženci

Raziskava je bila izvedena v okviru projekta Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND SiZdrav, Cukut Krilić et al., 2015). V raziskavi je sodelovalo 448 udeležencev, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti. V vzorec smo vključili le tiste udeležence, ki so se pri svojem delu že srečali s primerom suma na prisotnost NVD. Končni vzorec je sestavljalo 332 posameznikov (85,2 % žensk in 14,8 % moških). Povprečna starost je bila 43,5 leta (SD = 11,0) v razponu od 21 do 72 let. Po poklicnem profilu so prevladovali zdravniki in zobozdravniki (56,4 %), sledilo je osebje zdravstvene nege (32,4 %) in drugi zaposleni v zdravstvu (psihologi, socialni delavci, administrativno osebje; 11,2 %). Med področji dela je prevladovalo področje družinske oziroma splošne medicine (37,8 %), sledila so področja psihiatrije (8,8 %), pediatrije (8,2 %) in ginekologije (6,0 %). Ostala področja so bila zastopana v manj kot 6 %.

## 2.2 Pripomočki

V raziskavi je bil uporabljen anonimni spletni vprašalnik o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini za zdravstveno osebje, razvit v sklopu širše raziskave projekta POND SiZdrav. Namenjen je preverjanju stališč, izkušenj, ravnanj in ovir pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini v zdravstvu. V predstavljeni raziskavi je bil uporabljen le del vprašalnika, in sicer: vprašanje o udeležbi na izobraževanjih o nasilju v družini ter naslednji sklopi vprašalnika:

- sklop postavk o ovirah, ki jih zdravstveno osebje zaznava pri obravnavi nasilja v družini (npr. Strah pred maščevanjem s strani povzročitelja nasilja.) je vseboval 10 postavk na 3 podlestvicah: strah pred negativnimi posledicami ( $\alpha = 0,78$ ), kompetenčni in sistemski primanjkljaji ( $\alpha = 0,81$ ) in delovne obremenitve ( $\alpha = 0,96$ ), na katerih so udeleženci svoje odgovore podajali na petstopenjski lestvici (1 – se nikakor ne strinjam, 5 – se popolnoma strinjam);
- sklop postavk o izkušnjah in ravnanjih ob srečevanju žrtev nasilja v družini na delovnem mestu: vseboval je 14 postavk (npr. Pri svojem delu uporabljam predpisan protokol za ravnanje z žrtvami nasilja v družini.), organiziranih v 3 podlestvice: ravnanja, ki se nanašajo na prepoznavo nasilja v družini ( $\alpha = 0,86$ ), ukrepanje ob prepoznavi nasilja v družini ( $\alpha = 0,74$ ) in odziv ob prepoznavi nasilja v družini ( $\alpha = 0,23$ ). Udeleženci so pogostost navedenih izkušenj oziroma ravnanj označevali na petstopenjski lestvici (1 – zelo redko oziroma nikoli, 5 – zelo pogosto oziroma vedno).

## 2.3 Postopek in statistične analize

Zbiranje podatkov je potekalo v prvi polovici leta 2015. Udeleženci so bili k sodelovanju povabljeni z oglasi, objavljenimi na različnih spletnih straneh, ter razposlanimi vabili prek seznamov elektronskih naslovov projektnega konzorcija. Odnose med spremenljivkami smo preverjali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije ter Mann-Whitneyjevega U-testa za neodvisne vzorce. Izbrana kriterijska raven vseh analiz je bila 5 %. Analize so bile opravljene s statističnim programom SPSS 22.0.

# 3 Rezultati

## 3.1 Značilnosti osrednjih spremenljivk raziskave

V tabeli 1 so navedene osnovne opisne značilnosti vključenih spremenljivk.

**Tabela 1: Aritmetične sredine, standardni odkloni, koeficienti sploščenosti in asimetričnosti ter test Kolmogorov-Smirnova za ocenjevanje normalnosti porazdelitve**

Spremenljivke	M	SD	Koeficient asimetričnosti s SE	Koeficient sploščenosti s SE	K-S	
					D	p
Ovire						
Strahovi	2,65	0,97	0,24 (0,14)	-0,50 (0,28)	0,08	> 0,01
Primanjkljaji	3,30	1,04	-0,45 (0,14)	-0,38 (0,28)	0,11	> 0,01
Obremenitve	3,11	0,81	0,41 (0,14)	0,20 (0,28)	0,20	> 0,01
Ukrepanje	2,19	0,92	0,47 (0,13)	-0,57 (0,27)	0,10	> 0,01
Prepoznava	2,97	0,75	-0,10 (0,13)	-0,12 (0,27)	0,05	0,04

Vir: Vprašalnik o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini za zdravstveno osebje, projekt POND SiZdrav, Cukut Krilič et al., 2015.

Na podlagi rezultata testa Kolmogorov-Smirnova lahko vidimo, da porazdelitev vseh spremenljivk odstopa od normalne. Posledično smo za preverjanje odnosa med vključenimi spremenljivkami uporabili neparametričen korelacijski koeficient – Spearmanov korelacijski koeficient.

### 3.2 Povezanost osrednjih spremenljivk raziskave

Mere povezanosti osrednjih spremenljivk raziskave so prikazane v tabeli 2.

**Tabela 2: Korelacije (Spearmanovi korelacijski koeficienti) osrednjih spremenljivk**

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Ovire – strahovi	–				
2. Ovire – primanjkljaji	0,57**	–			
3. Ovire – obremenitve	0,35**	0,44**	–		
4. Ukrepanje	-0,18**	-0,34**	-0,71	–	
5. Prepoznava	-0,19**	-0,27**	-0,13*	0,38**	–

Vir: Vprašalnik o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini za zdravstveno osebje, projekt POND SiZdrav, Cukut Krilič et al., 2015.

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , dvostranski test.

Kot je razvidno iz tabele 2 se različni vidiki ovir (strahovi, primanjkljaji ter obremenitve) med seboj zmerno do visoko pozitivno statistično značilno povezujejo (rs od 0,35 do 0,57; Cohen, 1988). Prav tako se zmerno pozitivno statistično značilno povezujeta prepoznava NVD in ukrepanje v primeru prepoznave suma na NVD.

Rezultati so pokazali, da se s prepoznavo NVD nizko negativno statistično značilno povezujejo ovire zdravstvenega osebja v smislu strahov v povezavi s prijavo NVD, primanjkljaji, kot sta pomanjkljivo znanje ter preobremenjenost zdravstvenega osebja. Primanjkljaji zdravstvenega osebja, kot je pomanjkanje znanja in pooblastil v primeru NVD, se s prepoznavo povezujejo zmerno negativno statistično značilno.

Z ukrepanjem v primeru prepoznave suma na NVD se strahovi zdravstvenega osebja povezujejo nizko negativno statistično značilno, medtem ko je povezava med ukrepanjem ter primanjkljaji zdravstvenega osebja zmerno negativna.

### 3.3 Razlike med udeleženci izobraževanj in tistimi, ki se izobraževanj niso udeležili

Preverili smo tudi, ali se posamezniki, ki so se v preteklosti že udeležili izobraževanj na temo nasilja v družini, razlikujejo v ovirah in prepoznavi ter ukrepanju ob NVD od tistih, ki se izobraževanj na to temo niso udeležili. Povprečne vrednosti pri omenjenih spremenljivkah so v tabeli 3 prikazane ločeno za tiste, ki so se, in tiste, ki se niso udeležili izobraževanj na to temo v preteklosti.

**Tabela 3: Aritmetične sredine in standardni odkloni ovir, prepoznave NVD in ukrepanja v primeru suma na NVD ločeno glede na pretekla izobraževanja na temo NVD ter Mann-Whitneyjev U-test za neodvisne vzorce**

	Izobraževanje na temo nasilja v družini v preteklosti					
	Da (n = 83)		Ne (n = 225)		Mann-Whitneyjev U-test	
	M	SD	M	SD	U	p
Ovire – strahovi	2,44	0,95	2,73	0,97	10971,00	0,02
Ovire – primanjkljaji	2,90	1,08	3,45	1,00	11807,50	> 0,01
Ovire – obremenitve	2,86	1,42	3,20	1,32	10727,50	0,07
Prepoznava	3,28	0,78	2,86	0,72	6940,00	> 0,01
Ukrepanje	2,71	0,90	2,01	0,86	5962,50	> 0,01

Vir: Vprašalnik o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini za zdravstveno osebje, projekt POND SiZdrav, Cukut Krilič et al., 2015.

Kot je razvidno iz tabele 3, tisti zdravstveni delavci, ki so se v preteklosti že udeležili izobraževanj na temo NVD, zaznavajo več ovir pri obravnavi NVD ter poročajo tudi o ustreznejši prepoznavi in ukrepanju v primeru suma na NVD kot tisti, ki se izobraževanj niso udeležili.



Ali so razlike statistično značilne, smo preverili z neparametrično alternativo t-testu – Mann-Whitneyjevim U-testom za neodvisne vzorce. Rezultati so pokazali, da so razlike med skupino tistih, ki so se izobraževanj v preteklosti že udeležili, in tistih, ki se jih niso, statistično značilne pri vseh spremenljivkah, razen pri ovirah, ki se nanašajo na preobremenjenost zdravstvenega osebja ( $p = 0,07$ ).

#### 4 Razprava

V predstavljeni raziskavi smo preverjali odnos med ovirami, s katerimi se srečuje zdravstveno osebje, in prepoznavo NVD ter ukrepanjem v primeru suma na NVD. Dodatno smo preverili še, kako se tisti zdravstveni delavci, ki so se v preteklosti že udeležili izobraževanj na temo NVD, razlikujejo od tistih, ki se tovrstnih izobraževanj še niso udeležili, s povprečnimi vrednostmi na lestvicah ovir, ki jih prepoznajo pri svojem delu ter pri prepoznavi in ukrepanju v primerih suma na NVD. Tematika je aktualna, saj je NVD kompleksen javnozdravstveni problem, ki je med drugim povezan tudi z zelo visokimi (zdravstvenimi) stroški (Centers for Disease Control and Prevention, 2003). Kljub temu da je področje prepoznave in obravnave NVD v Sloveniji zakonsko regulirano od leta 2008, pa raziskave kažejo, da se zdravstveno osebje še vedno pogosto ne odzove ustrezno v primeru suma na NVD (Riggs, Caulfield, Street, 2000; Elliott et al., 2002; Selič et al., 2008). Posledično je nujno, da se preučijo razlogi pri zdravstvenih delavcih, ki bi lahko bili v ozadju neustrezne obravnave NVD.

Rezultati predstavljene raziskave so pokazali, da je povezava med prepoznavo in ukrepanjem v primeru suma na NVD na eni strani ter med ovirami, s katerimi se zdravstveno osebje srečuje na delovnem mestu, negativna, kar pomeni, da sta prepoznavna in ukrepanje ustrežnejša ob manj zaznanih ovirah. Prepoznavna NVD je bila ustrežnejša takrat, ko je zdravstveno osebje poročalo o manj prisotnih strahovih glede prijave NVD, ko je zaznalo manj primanjkljajev na področju znanja in pooblastil in če so poročali o manjši preobremenjenosti. Ukrepanje je bilo ustrežnejše tudi, kadar so zaznali manj strahov in primanjkljajev na področju svojega znanja in/ali pooblastil.

Ugotovitve se skladajo s primerljivimi študijami na področju ovir zdravstvenega osebja pri prepoznavi in ukrepanju v primerih NVD. Beyon s sodelavci (2012) na primer navaja pomanjkanje časa kot enega izmed pomembnejših dejavnikov v zdravstvenih okoljih, ki lahko otežuje uspešno prepoznavo in obravnavo žrtev NVD, kar sovпада z našo spremenljivko preobremenjenosti zdravstvenega osebja. Podobno študije ugotavljajo tudi na področju pomanjkanja znanja zdravstvenega osebja na področju NVD. Študija Canna in sodelavcev (2001) je pomanjkanje znanja in kompetenc izpostavila kot enega izmed ključnih dejavnikov pri uspešni prepoznavi in obravnavi NVD. Enako ugotavljajo tudi raziskave, ki so preučevale mnenje zdravstvenega osebja glede dejavnikov, ki zavirajo uspešno prepoznavo in obravnavo NVD. Ena izmed ključnih ugotovitev teh študij je, da tudi zdravstveno osebje pomanjkanje znanja in kompetenc na tem področju prepoznavna kot eno izmed ključnih ovir pri obravnavi NVD (Alotaby et al., 2013; Kopčavar Guček, 2004). Pomanjkanje pristojnosti, pooblastil in znanja so avtorji izpostavili tudi ob pregledu tako kvalitativnih kot kvantitativnih študij, ki so preučevale ovire zdravstvenega osebja pri spraševanju in ukrepanju ob sumu na nasilje med partnerjema (Waalén et al., 2000). Odpravljanje strahov zdravstvenega osebja v povezavi s prijavo NVD ter poglobljanje znanja s področja NVD lahko predstavljata dobro izhodišče za pripravo intervencij, ki bi opolnomočile zdravstvene delavce glede ustrezne prepoznave in obravnave NVD.

Rezultati predstavljene raziskave so pokazali, da tisti zdravstveni delavci, ki so se v preteklosti že udeležili izobraževanj na temo NVD, poročajo o večji pogostosti srečevanja z različnimi ovirami pri obravnavi nasilja v družini. Ti rezultati niso v skladu s pričakovanji, saj raziskave kažejo, da ravno izobraževanja pripomorejo k lažjemu soočanju z ovirami pri prepoznavi žrtev NVD (Wong et al., 2006, 2007). Vseeno pa je treba izpostaviti, da se z obravnavo žrtev NVD ter dojemanjem ovir, ki to onemogočajo, povezuje veliko število dejavnikov, ki jih v tej

študiji nismo preučevali. Mogoče je tudi, da posamezniki, ki so se udeležili dodatnih izobraževanj na to temo, zaznavajo problematiko NVD kot pomembnejšo in imajo več znanja ter se posledično tudi bolj zavedajo različnih ovir, ki otežujejo delo z žrtvami NVD. Raziskave kažejo, da tisti, ki se dodatnih izobraževanj udeležujejo, to počnejo predvsem zaradi lastne motivacije in zanimanja za temo NVD (Smrke, Šprah, 2015). Za jasnejše zaključke na tem področju bi bilo v prihodnje treba izvesti še dodatne raziskave.

Pričujoča študija ima tudi določene omejitve, ki jih je treba upoštevati ob interpretaciji rezultatov. Prva pomanjkljivost je nereprezentativnost vzorca, ki omejuje posploševanje na celotno populacijo zdravstvenih delavcev v Sloveniji. Dodatna omejitev je način zbiranja podatkov. V okviru raziskave so udeleženci izpolnili spletni vprašalnik, pri katerem je mogoče tudi podajanje socialno zaželenih odgovorov. Dodatno pomanjkljivost predstavlja tudi uporabljen instrument, ki je bil konstruiran za namene te študije. Zanesljivosti določenih podstevic, ki so bile vključene v statistične analize, so nizke, kar dodatno otežuje sklepanje jasnih zaključkov. Rezultati temeljijo na korelacijah, kar prav tako omejuje zaključke o neposredni vzročni povezanosti med zaznanimi ovirami ter ukrepanjem v primerih suma na NVD. Za ugotavljanje vzročnosti bi bile priporočljive eksperimentalne študije ali longitudinalno spremljanje odzivov zdravstvenih delavcev na NVD.

Navkljub omenjenim pomanjkljivostim predstavljeni rezultati nudijo dodaten vpogled v področje ovir, ki otežujejo učinkovito prepoznavo in obravnavo NVD pri slovenskih zdravstvenih delavcih, še posebej, ker v našem prostoru podobnih raziskav primanjkuje. V nasprotju z nekaterimi študijami v naši raziskavi pri zdravstvenih delavcih nismo preverjali le njihovih mnenj glede ovir, ki jim osebno najbolj otežujejo obravnavo NVD, ampak smo analizirali ovire, s katerimi se srečujejo, v povezavi z njihovim dejanskim ukrepanjem v preteklih primerih obravnave NVD. Ta raven analize nudi nekoliko neposrednejši vpogled v odnos med preučevanimi koncepti, ki preseže zgolj mnenje zdravstvenih delavcev o tem, kateri dejavniki so ključni pri problematiki NVD. Kljub relativno dobri pokritosti področja ovir zdravstvenih delavcev pri obravnavi NVD z raziskavami pa bi bilo v prihodnosti dobro sistematično raziskati vlogo izobraževanj pri soočanju z ovirami, ki jih zdravstveno osebje zaznava pri prepoznavi in obravnavi NVD, kar bi omogočalo jasnejše zaključke glede učinkov izobraževanj na ukrepanje in prepoznavo NVD.

Prispevek je bil pripravljen v sklopu projekta »Prepoznavna in obravnavna žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce« (POND SiZdrav), ki je sofinanciran v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Koordinator programa je Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.

## Literatura

- Allen, N. E., Lehrner, A., Mattison, E., Miles, T., Russell, A. Promoting systems change in the health care response to domestic violence: *Am J Community Psychol.* 2007; 35(1): 103–20.
- Alotaby, I. Y., Alkandari, B. A., Alshamali, K. A., Kamel, M. I., El-Shazly, M. K. Barriers for domestic violence screening in primary health care centers: *Alexandria Journal of Medicine.* 2012; 49(2): 175–80.
- Benyons, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., MacMillan, H. L. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis: *BMC Public Health.* 2012; 12(473): 1–12.
- Bergman, B., Brismar, B., Nordin, C. Utilisation of medical care by abused women: *BMJ.* 1992; 305(6844): 27–8.
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas, J. Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers: *Public Health.* 2001; 115: 89–95.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States.* 2003. Atlanta: GA.
- Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). 1988. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cukut Krilić, S., Modic, K. U., Smrke, U., Šimenc, J., Zver Makovec, M., Šprah, L., Knežević Hočevar, D., Vah Jevšnik, M. *Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: kvantitativna in kvalitativna raziskava – končno poročilo projekta Pond SiZdrav.* Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, 2015.
- Department of Health. *Departmental Report: The Health and Personal Social Services Programmes.* 2005. London: UK.
- Elliot, I., Nerney, M., Jones, T., Friedman, P. D. Barriers to Screening for Domestic Violence: *J Gen Intern Med.* 2002; 17: 112–6.
- Hamberger, L. K., Guse, C., Boerger, J., Minsky, D., Pape, D., Folsom, C. Evaluation of a Health Care Provider Training Program to Identify and Help Partner Violence Victims: *J Fam Violence.* 2004; 19: 1–11.
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., Mäntysaari, M. Making sense of domestic violence intervention in professional health care: *Health Soc Care Community.* 2012; 20(4): 347–55.
- Kopčavar Guček, N. Pristojnosti zdravstvenih ustanov na področju preprečevanja nasilja v družini. V: Veselič, Š., Horvat, D., Plaz, M. (ur.). *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja: izdaja ob 25. letnici delovanja Društva SOS telefon.* Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja; 2004: 220–35.
- Kopčavar Guček, N., Švab, I., Selič, P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005–2009): *Croat Med J.* 2011; 52: 728–34.
- Leskošek, V., Urek, M., Zaviršek, D. *Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih: končno poročilo 1. faze raziskovalnega projekta; 2010.* Dostopna na: [https://books.google.si/books/about/Nacionalna\\_raziskava\\_o\\_nasilju\\_v\\_zasebni.html?id=j\\_8zMwEACAAJ&pgis=1](https://books.google.si/books/about/Nacionalna_raziskava_o_nasilju_v_zasebni.html?id=j_8zMwEACAAJ&pgis=1) (5. 1. 2016).
- Mørk, T., Tanggaard Andersen, P., Taket, A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study: *BMc Women's Health.* 2014; 14(74): 1–10.

- Riggs, D. S., Caulfield, M. B., Street, A. E. Risk for domestic violence: factors associated with perpetration and victimization: *J Clin Psychol.* 2000; 56(10): 1289–1316.
- Selič, P., Švab, I., Guček, N. K. How many Slovenian family practice attendees are victims of intimate partner violence? A re-evaluation cross-sectional study report: *BMC Public Health.* 2013; 13(1): 703.
- Selič, P. Dejavno odkrivanje in pogostnost nasilja v družini: podatki in osnova za sodelovanje med strokami. V: Dvoršek, A., Selinšek, L. (ur.). *Nasilje v družini: kazenskopравни, kriminalistični in kriminološki problemi.* Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede, Pravna fakulteta; 2010: 31–44.
- Selič, P., Pesjak, K., Kopčavar - Guček, N., Kersnik, J. Factors that Increase Likelihood of Violence in the Family and Seeking for Help at Family Practitioner. Pilot Study about Violence in the Family: *Zdravniški Vestnik.* 2008; 77: 505–10.
- Smrke, U., Šprah, L. Vloga izobraževanja zdravstvenih delavcev pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti. V: Čebašek Travnik, Z. (ur.). *Družina in šola pred skupnimi izzivi: znanstvena monografija III. mednarodne znanstvene konference Izzivi in težave sodobne družbe,* 29.–30. junija 2015, Rakičan. RIS Dvorec Rakičan; 2015: 224–40.
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Goden, K., Pham, N. K., Bhandari, M., Goslings, J. C. Barriers to screening for intimate partner violence: *Women & Health.* 2012; 52(6): 587–05.
- Waaalen, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R., Salzman, L. E. Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions: *Am J Prev Med.* 2000; 19(4): 230–37.
- Wong, S. L. F., Wester, F., Mol, S. S. L., Lagro-Janssen, T. L. M. »I am not frustrated anymore«. Family doctors' evaluation of a comprehensive training on partner abuse: *Patient Educ Co-uns.* 2007. Wong, S. L. F., Wester, F., Mol, S. S. L., Lagro-Janssen, T. L. M. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial: *Br J Gen Pract.* 2006; 56(525): 249–57.
- Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). Uradni list Republike Slovenije, št. 16/2008.

## **SAMOPROCJENA I FIZIOLOŠKA EVALUACIJA UTJECAJA STRESA NA DJELATNIKE U ZDRAVSTVU SELF-EVALUATION AND PHYSIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE STRESS IMPACT ON PEOPLE AT HEALTH CARE**

### **Sažetak**

*Teoretski temelji: Stres predstavlja stanje u kojem osoba smatra da zahtjevi u njenom životu premašuju osobna i društvena sredstva koja ima na raspolaganju. Najveću ulogu u djelovanju stresa na organizam imaju autonomni živčani sustav (AŽS) i žlijezde s unutarnjim izlučivanjem. Oba sustava su povezana s dijelom mozga gdje se svjesno doživljava emocionalna uzbuđenost u uvjetima stresa. Praćenje fizioloških parametara daje uvid u suočavanje i prilagodbu na stresnu situaciju. Stresnija zanimanja su najčešće ona usmjerena na rad s ljudima.*

*Metodologija: Istraživanje je provedeno u dva dijela. Prvi uzorak (n=100) obuhvaćen je Upitnikom sociodemografskog sadržaja te Upitnikom intenziteta stresa na poslu (Radošević-Vidaček, B). Na osnovu rezultata odabrano je 25% s najnižim i 25% s najvišim vrijednostima. Drugi uzorak (n=50) obuhvaćen je snimanjem fizioloških promjena u situacijama sa i bez stresora. Mjereno je disanje, periferna temperatura, mišićna aktivnost, vodljivost kože, varijabilnost srčanog rada pomoću uređaja NEXUS-10, softver Bio Trace. Fiziološko praćenje uz Stres Test trajalo je 21 minutu po ispitaniku.*

*Rezultati: Rezultati prvog uzorka (n=100) podijelili su uzorak na tri grupe. Nije dobivena četvrta grupa koja se nalazi u fazi izgaranja. U skupini visoko samoprocjenjene razine stresa značajno je veći broj žena, dok je u nisko procijenjenoj skupini približno jednak broj osoba oba spola. Broj djece je veći u grupi visoke samoprocjene. U rezultatima fizioloških mjerenja statistički značajna razlika između grupa ispitanika pokazala se na mjerama varijabilnosti srčanog ritma.*

*Rasprava: Iako su se pokazale značajne razlike između dviju grupa u mjerama varijabilnosti srčanog ritma, fiziološki obje grupe su pokazale parasimpatičko djelovanje AŽS-a. Iz rezultata je vidljivo da iako su statistički značajne razlike u pojedinim mjerenjima, obje grupe su fiziološki bez razlike. Dobiveni rezultat može slijediti iz premalog uzorka onih koji su visoko procijenili svoje stanje te su dvije grupe relativno blizu u svojim vrijednostima.*

*Ključne riječi: stres, djelatnici, fiziologija, samo-procjena*

## Abstract

*Introduction: Stress is a condition where a person considers that the requirements of the life exceed her personal and social resources at its disposal. The autonomic nervous system (ANS) system and endocrine glands have the greatest role in the effect of stress on the body. Both systems are closely linked to the part of the brain where conscious experiences emotional arousal in terms of stress. The monitoring of physiological parameters is giving an image of coping and adaptation to stressful situations. Stressful professions are more focused on working with people.*

*Methods: The study was conducted in two parts. The first sample (n=100) was included with Sociodemographic questionnaire and Intensity of stress at work questionnaire (Radošević-Vidaček, B). Based on the results, sample was divided on 25% highest and 25% lowest values. Other sample (n=50) was included the recording of physiological changes in the situation with and without stressors. Measured was the breathing, peripheral temperature, muscle activity, skin conductance, blood volume pulse with NEXUS-10, software BioTrace). Physiological monitoring lasted 21 minutes and used Stress Test.*

*Results: The results of the first sample (n=100) were divided into three groups. The fourth group (in the process of burnout) was not obtained. In the group of high stress significantly is higher number of women, while in the low group is approximately equal to the estimated number of persons of both sexes. The number of children is higher in the high stress level group. The results of the physiological measurements (n=50) was statistically significant between the groups at the measures of heart rate variability.*

*Discussion: Although they have shown significant differences between the groups in measures of heart rate variability, physiologically both groups have shown parasympathetic activity of ANS. The results show that although there is statistically significant difference in some measurements, both groups are physiologically similar. The result can be derived from a small sample of those who are highly assessing their situation, the two groups are relatively close in their values.*

*Key words: stress, health workers, physiology, self evaluation*

## 1 Uvod

Stres je izrazito složen proces interakcije između određene osobe i njenog života. Predstavlja način na koji osoba mentalno, fizički i emocionalno reagira na različita stanja, promjene i zahtjeve u životu. Problem postavljanja definicije stresa leži u tome što stres čine skupine različitih iskustava, životnih reakcija i ishoda, uzrokovanih širokim rasponom različitih događaja ili okolnosti. Stres predstavlja stanje ili osjećaj u kojem se nalazi određena osoba kada smatra da zahtjevi u njenom životu premašuju osobna i društvena sredstva koja ta osoba ima na raspolaganju. (Lazarus, 1966) Postoje mnogobrojne teorije stresa, neke od njih su: Selyeova teorija stresa (Selye, 1956), Psihoanalitička teorija stresa (Alexander, 1950), Dohrenwendova teorija stresa (Dohrenwend i Dohrenwend, 1970), Lazarusova teorija stresa (Lazarus, 1966). Hans Selye je najzaslužniji za sistematizaciju psihofizioloških učinaka stresa i za spoznaje o djelovanju endokrinološkog sustava tijekom stresnih reakcija. Izuzetan je Selyeov doprinos razumijevanju odnosa između hipofize i nadbubrežnih žlijezda u stanjima djelovanja stresa na organizam (Havelka, 1995). Najveću ulogu u djelovanju stresa na organizam imaju autonomni živčani sustav (AŽS) i sustav žlijezda s unutarnjim izlučivanjem. Oba ova sustava blisko su povezana s dijelom mozga gdje se svjesno doživljava emocionalna uzbuđenost u uvjetima stresa. Veliki značaj u povezanosti korteksa s nižim područjima mozga, koja su u funkciji djelovanja stresa, ima limbički sustav. Središnji dio limbičkog sustava čine hipotalamus i susjedna subkortikalna područja te stariji dijelovi kore mozga smješteni u medijalnim i ventralnim stranama moždanih hemisfera (Guyton, 1973). Hipotalamus djeluje kao jedinstveni sustav s hipofizom – koja je središnja žlijezda regulacije svih endokrinih funkcija.

Svaka stresna situacija uzrokuje naglo povećanje aktivnosti u sustavu kora mozga – hipotala-

mus – hipofiza – žlijezde s unutarnjim izlučivanjem, te u ustavu mozak – hipotalamus – autonomni živčani sustav. Zato kažemo da se djelovanje stresa na organizam zbiva s jedne strane humoralnim putem, pa se utjecajem hormona izluče razni hormoni u krv iz ostalih endokrinih žlijezda, i neuralnim putem, kojim vlakna autonomnog živčanog sustava izravno podražuju brojne unutarnje organe i tako mijenjaju njihovu aktivnost (Havelka, 1995).

Danas smo svjesniji nego ikada da je emocionalna samoregulacija prepoznata kao ključni faktor ravnoteže zdravlja, oporavka od bolesti i boljeg funkcioniranja u budućnosti. Emocije imaju snažan utjecaj na naše tijelo. Negativne emotivne reakcije dugoročno posreduju neželjenoj fiziološkoj promjeni koja može rezultirati različitim zdravstvenim problemima, uključujući: srčane bolesti, visoki krvni tlak, glavobolje, depresiju, poremećaje spavanja i dr. Pozitivne emocije, s druge strane, kao što su razumijevanje, ljubav, nježnost i suosjećanje, nisu samo dobar osjećaj, oni su dobri za zdravlje.

U istraživanjima povezanim s estimacijom emocija na temelju fiziologije najkorišteniji fiziološki senzori su:

1. Elektromiografija (EMG) ukazuje na mišićnu aktivnost ili frekvenciju naprezanja određenog mišića. Ovaj signal je izabran jer se snažna mišićna aktivnost često događa pod stresom. Ipak, apsolutna razina mišićne napetosti snažno ovisi o mišiću na kojem je mjerena.
2. Senzori za mjerenje vodljivosti kože (Skin Conductivity, SC). Vodljivost kože se povećava ukoliko je koža znojna. Ovaj signal se pokazao kao dobar i osjetljiv pokazatelj stresa te također pomaže u razlikovanju između konfliktnih i nekonfliktnih situacija ili izmjeni bijesa i straha. Problem s ovim sensorom je u tome da je osjetljiv na vanjske utjecaje poput okolne temperature.
3. BVP (Blood Volume Pulse) je mjera za određivanje količine trenutnog protoka krvi kroz krvne žile, pomoću PPG – (fotopletizmograf je neinvazivni "transducer" za mjerenje relativnih promjena krvnog volumena u periferiji). BVP je psihofiziološki indeks koji pokazuje aktivaciju autonomnog živčanog sustava (AŽS). Ova mjera nam može odrediti i varijabilitet srčanog ritma (HRV).
4. EKG (elektrokardiogram) signal je manifestacija stezajuće aktivnosti srca. Može biti korišten za mjerenje srčanog pulsa (HR) i intervala među otkucajima (RR) da bi se odredila varijabilnost srčanog ritma (Heart Rate Variability, HRV). Niski HRV može ukazati na stanje opuštenosti, dok povišeni HRV može ukazivati na potencijalno stanje mentalnog stresa ili frustracije.
5. Respiracijski senzori mjere kako duboko i brzo osoba diše. Brzo i duboko disanje može ukazivati na uzbuđenje poput bijesa ili straha, ali ponekad također i užitak. Brzo, plitko disanje može ukazivati na napeto iščekivanje uključujući paniku, strah ili koncentraciju. Sporo i duboko disanje ukazuje na opušteno odmarajuće stanje, dok sporo i plitko disanje može ukazivati na stanja isključenosti, pasivnosti, poput depresije ili smirene sreće.

Stanje stresa izaziva uglavnom negativne osjećaje (strah, ljutnju, tugu, bijes i sl.) koji utječu na tjelesne funkcije putem autonomnog živčanog sustava. U slučaju nagle ugroženosti organizma, dolazi do uzbuđenja simpatičkog dijela autonomnog živčanog sustava: ubrzavaju se disanje i rad srca, šire se zjenice, pojačava se znojenje, raste krvni tlak. (Pavičević i sur. 2002) Koliko će se netko osjećati stresno uvelike ovisi o njegovom vlastitom mišljenju o tome koliko mu šteti pojedina situacija, te o sposobnosti odgovora zahtjevima situacije. Različiti pristupi nošenja sa stresom mogu uvelike pomoći mijenjanju interpretacije stresnih situacija. Kako će se netko nositi sa stresnom situacijom ovisi i o mehanizmima prilagodbe. Reakcije koje se javljaju u stresnim situacijama mogu biti toleriranje djelovanja stresora, kontroliranje i djelovanje na uvjete koji izazivaju stres i/ili simptome stresa te rezignacija odnosno smanjivanje adaptivnih napora ili odustajanje od pokušaja da se situacija savlada. Postoje pojedinci koji se lome u prvom susretu sa stresnom situacijom, dok postoje i one osobe koje mogu podnijeti veliku količinu stresora, svladavajući je na adekvatan način (Ajduković i sur. 1996).

Radni ili profesionalni stres označava nesuglasje između zahtjeva radnog mjesta i okoline spram mogućnosti, želja i očekivanja da tim zahtjevima udovoljimo. Nisu sva zanimanja podjednako podložna profesionalnom stresu. Među stresnija zanimanja ubrajaju se ona koja su usmjerena na rad s ljudima. Ljude koji rade s ljudima u nevolji ili s traumatiziranim osobama često nazivamo pomagačima, odnosno pomažućim strukama. Pomažuće struke su usmjerene na pomaganje drugim ljudima u rješavanju njihovih životnih problema, a zajednička karakteristika im je osobni kontakt osobe u nevolji i "pomagača". Pomažuća zanimanja stresogena su zbog neposredne komunikacije s osobama koje trebaju tuđu pomoć. Takva komunikacija zahtijeva uživljavanje u emocionalno stanje osobe. Čest je raskorak između očekivanja i stvarnih mogućnosti pomaganja. Svakodnevni susreti s traumom dovode u pitanje vlastiti osjećaj kontrole nad životom samih pomagača upravo zbog suočavanja s razornim iskustvima drugih ljudi (Ajduković i sur, 1996).

Prema istraživanjima provedenima u Engleskoj i Walesu, u periodu od siječnja 1991. godine do prosinca 1993. godine, bilo je 38 samoubojstava među liječnicima. Nadalje, njih 25 je bolovalo od depresije te su bili skloni zloporabi alkohola i droga. Dvadeset pet liječnika je imalo probleme vezane za posao, četrnaest ih je imao probleme u emocionalnoj vezi, a deset je imalo probleme financijske prirode. Najčešća metoda samoubojstva je bilo trovanje, i to lijekovima uzetim iz ordinacije ili bolnice (Ajduković i sur. 1996).

U 2008. godini B. Knežević, R. Golubić, M. Milošević, L. Matec, J. Mustajbegović u Hrvatskoj proveli su istraživanje naziva "Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: Istraživanje u Zagrebu". Koliko populacija doživljava stres na poslu pokazuje i istraživanje provedeno 2004. godine u SAD-u (Elizabeth Browning, Marianne Legato, Michael Petersen, Alice Domar), koje je pokazalo da jedan od tri Amerikanaca osjeća fizičke simptome stresa samo odlazeći na posao svaki dan. Iako su oba spola sklona riziku kardiovaskularnih bolesti, depresiji i većoj sklonosti infekcijama, rezultati su pokazali da postoje i razlike među spolovima i da su žene u odnosu na muškarce u većem zdravstvenom riziku od posljedica stresa na poslu. Nalazi istraživanja koja ispituju povezanost stresnih situacija i tjelesnoga zdravlja ispitanika pokazuju njihovo djelovanje na fiziološko, neuroendokrino i imunološko funkcioniranje (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Stres, utvrđeno je, može povećati vrijednosti kolesterola (Mattiasson i sur., 1990; Siegrist i sur., 1988), krvnoga tlaka (Fredrikson i Matthews, 1990) i urinarne kiseline (Shirom i sur., 2000; Trevisan i sur., 1997), a razna istraživanja upućuju i na njihovu povezanost s pušenjem (Adriaanse i sur., 1991), konzumacijom kofeina (Conway i sur., 1981) te problemima sa spavanjem (Gillin i Byerley, 1990.; Mattiasson i sur., 1990). Svi navedeni faktori smatraju se rizičnim za obolijevanje od kardiovaskularnih bolesti. Stresni događaji vezani uz radnu okolinu, pokazalo se, značajno prediciiraju javljanje nekih tjelesnih simptoma kod zaposlenika (De Jonge i sur., 1999; Schmitt i sur., 1980). Na uzorku medicinskih sestara Piko (2003) npr. nalazimo da javljanju psihosomatskih tjelesnih simptoma značajno pridonosi frekvencija stresnih situacija. Iz navedenih podataka jasno je da stres i stavove prema radu i organizaciji možemo opravdano smatrati prediktorima zdravlja.

Postavljene su sljedeće hipoteze:

H1 Djelatnici u zdravstvu imaju visoku samoprocjenu utjecaja stresa u vlastitom funkcioniranju  
H2 Visoka samoprocjena utjecaja stresa je vidljiva u fiziološkim pokazateljima autonomnog živčanog sustava (AŽS)

## 2 Metodologija

### 2.1. Uzorak

Istraživanje se odvijalo u dvije faze. U prvom dijelu istraživanja sudjelovalo je 100 ispitanika – djelatnika u zdravstvu. Njih 100 obuhvaćeno je općim Upitnikom sociodemografskog sadržaja te Upitnikom intenziteta stresa na poslu (Izvor: Radošević-Vidaček, B., "Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada", Centar za psihodijagnostička istraživanja, Zagreb. U drugom dijelu istraživanja sudjelovalo je 50 ispitanika kojima se mjerila psihosocijalna stresna reakcija.



## 2.2. Instrument

1 dio istraživanja – 100 ispitanika

- Upitnik sociodemografskog sadržaja
- Upitnik intenziteta stresa na poslu (Izvor: Radošević-Vidaček, B., "Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada", Centar za psihodijagnostička istraživanja, Zagreb.

Upitnik sa sociodemografskim obilježjima 100 ispitanika je dijelio prema spolu, dobi, stupnju obrazovanja, statusu u radnoj organizaciji, ukupnom radnom stažu, radnom stažu na sadašnjem radnom mjestu, bračnom stanju, broju djece, korištenju bolovanja i postojanju bolesti kod ispitanika. Upitnik intenziteta stresa na poslu je obuhvaćao 20 tvrdnji sa mogućnošću ocjenjivanja od 0-4, (0 – nikada, 1 – rijetko, 2 – povremeno, 3 – često, 4 – gotovo uvijek). Rezultati testa dijele ispitanike u 4 skupine pri čemu je prva skupina uspješna u svladavanju stresnih situacija, a četvrta skupina se nalazi u fazi "izgaranja".

2. dio istraživanja – 50 ispitanika

Na osnovu rezultata primijenjenog Upitnika intenziteta stresa na poslu, odabrano je 25% s najnižim i 25% s najvišim rezultatom. Za induciranje umjerene psihosocijalne stresne reakcije primijenjen je protokol prema uzoru na Trier Social Stress Test (Kirschbaum i sur, 1993) te protokol koji je korišten u sličnim istraživanjima, a koji sadrži Stroop test riječi i boja (Stroop, JR 1935.), matematički zadatak, te uputu ispitaniku da pripremi govor o sebi u zadanom vremenu. Prije, odnosno nakon prezentacije svakog stresora, ispitanik je dobio uputu da 2 minute sjedi opušteno. Primjena protokola je kompjuterizirana pomoću specijaliziranog softvera BioTrace+, Version Iv 2009a 3, nizozemske tvrtke Mind Media B. V. Fiziološke promjene/parametri tijekom primjene protokola pratile su se sustavom Nexus 10 Wireless Physiological Monitoring and Feedback platform, koji omogućava pohranu i daljnju obradu podataka pomoću specijaliziranog softvera BioTrace+, Mind Media B. V.

Praćeni parametri:

- Periferna temperatura kože na prstu nedominantne ruke (mogućnost praćenja promjena veličine i do 1/10000 stupnja Celzijusa).
- Električna vodljivost kože na prstima nedominantne ruke (mogućnost rezolucije i do 1/10000 mikro-siemensa)
- Relativni protok krvi kroz prst dominantne ruke pomoću fotopletizmografa
- Disanje pomoću respiratornog senzora – pojasa kojim se mjere pokreti/ekspanzija abdomena i/ili grudnog koša

Dobiveni podaci omogućili su daljnju analizu varijabiliteta srčanog ritma (HRV), također pomoću specijaliziranog softvera BioTrace+, Mind Media B. V.

Sukladno ciljevima istraživanja, dobiveni podaci bili su statistički obrađeni i analizirani adekvatnim statističkim postupcima, dijelom sadržani u navedenom specijaliziranom softveru, a koristio se i specijalizirani računalni statistički i matematički program prema dobivenim rezultatima. Rezultati su prikazani tablično i grafički. Normalnost distribucije je analizirana Smirnov-Kolmogorovljevim testom te su se shodno dobivenim podacima primijenili odgovarajući parametrijski, odnosno neparametrijski testovi.

Razlike u kvantitativnim vrijednostima između dviju skupina (Visoka i Niska samoprocjena stresa) u pojedinim vremenima mjerenja analizirane su nezavisnim t-testom ili neparametrijskim ekvivalentom Mann-Whitney U testom. Razlike između pojedinih vremena mjerenja analizirane su zavisnom analizom varijance. Izračunati su korelacijski koeficijenti pojedinih rezultata mjerenja s ukupnim zbrojem samoprocjene stresa. Sve P vrijednosti ispod 0,05 su smatrane značajnima. U analizi se koristila programska podrška PASW verzija 17.02 (SPSS, Inc. Chichago, Il.).

## 3 Rezultati

### 3.1. Sociodemografska analiza

Sociodemografski podaci su pokazali da se radi o ispitanicima od kojih je 74% žena i 26% muškaraca prosječne životne dobi približno 39 godina, prosječnog radnog staža 18 godina, te prosječnog dvanaestogodišnjeg radnog staža na sadašnjem radnom mjestu. Po stupnju obrazovanja najviše ispitanika bio je srednje stručne spreme (66%), te po statusu većina ispitanika su medicinske sestre/tehničari u smjenama (49%). Prema bračnom statusu većina je oženjenih (54%), prosječan broj djece: 1.27. Prema korištenju bolovanja 96% ispitanika je odgovorilo da ne koristi bolovanje, a prema postojanju bolesti i trošenju lijekova njih 75% je odgovorilo da ne boluje od nekih bolesti.

Usporedba svih sociodemografskih pokazatelja sa rezultatima testa kod 100 ispitanika nije pokazala značajne statističke razlike osim u spolu. Žene su češće samoprocjenjivale visoku razinu stresa.

Minimalni rezultat na Upitniku intenziteta stresa na poslu bio je 0 bodova, a maksimalni 55 (mogući raspon bodova bio je od 0-80). Prosječni broj bodova je 25,85, a standardna devijacija 12,297. Prema Upitniku, najveći broj ispitanika nalazio se u skupini I (49%) a najmanji broj ispitanika u skupini III (12%). U skupini IV nije bilo ispitanika. (tablica 1)

**Tablica 1. Frekvencija i postotak ispitanika s obzirom na samoprocjenjenu razinu stresa (N=100)**

Grupa	Frekvencija	%
I (0-25 bodova)	49	49,0
II (26-40)	39	39,0
III (41-55)	12	12,0
IV (56-80)	0	0
Ukupno	100	100,0

Izvor: Anketni upitnik, 2014

Analiza Upitnika intenziteta stresa na poslu podijelila je ispitanike na tri skupine, pri čemu je 49% ispitanika bilo u skupini I, 39% u skupini II i 12% u skupini III. U skupini IV nije bilo ni jednog ispitanika. Analizirajući rezultate upitnika intenziteta stresa možemo zaključiti da je većina ispitanika procijenila da se odlično nosi sa stresnim situacijama (49%), njih 39% procijenilo je da povremeno osjeća negativne posljedice stresa na poslu i samo njih 12% je procijenilo da pate od posljedica stresa na poslu te se kod njih preporučuju postupci koji bi spriječili "izgaranje" na poslu. Ovi rezultati mogu ukazivati da ispitanici posjeduju mehanizam i odgovarajuće tehnike koje im pomažu da se nose sa svakodnevnom stresnom situacijom.

### 3.2. Analiza samoprocjenjene razine stresa u odnosu na sociodemografska obilježja (N=50)

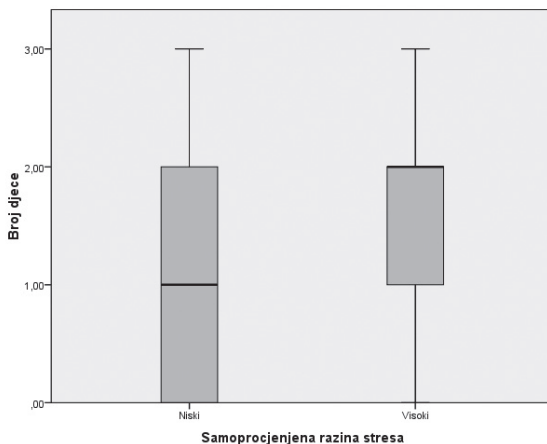
Analiza samoprocjenjene razine stresa i sociodemografskih obilježja ispitanika (N=50) pokazala je značajne statističke razlike u odnosu na spol. U skupini visoko samoprocjenjene razine stresa značajno je veći broj žena, dok je u nisko procijenjenoj skupini približno jednak broj muškaraca i žena. (tablica 2) Rezultati su pokazali da žene više samoprocjenjuju visoku izloženost stresu. Značajna razlika se pokazala i u odnosu na broj djece. U skupini visoko samoprocjenjene razine stresa broj djece je veći u odnosu na skupinu nisko procijenjene razine stresa (2:1). (slika 1) Postojanje većeg broja djece donosi i veće obiteljske obveze i odgovornosti pa je shodno tome moguće osjećati veću izloženost stresu.

**Tablica 2. Frekvencije i postotak ispitanika s obzirom na spol i samoprocjenjenu razinu stresa i rezultat Hi kvadrat testa (N=50)**

			Spol		Ukupno
			muškarci	žene	
Samoprocjenjena razina stresa	Niski	N	11	14	25
		%	44,0%	56,0%	100,0%
	Visoki	N	2	23	25
		%	8,0%	92,0%	100,0%
Ukupno		N	13	37	50
		%	26,0%	74,0%	100,0%
<b>Hi kvadrat test</b>					
		Vrijednost	df	P	
Hi kvadrat		8,420a	1	,004	

Izvor: Anketni upitnik, 2014

**Slika 1. Frekvencija broja djece u odnosu na dvije skupine ispitanika**

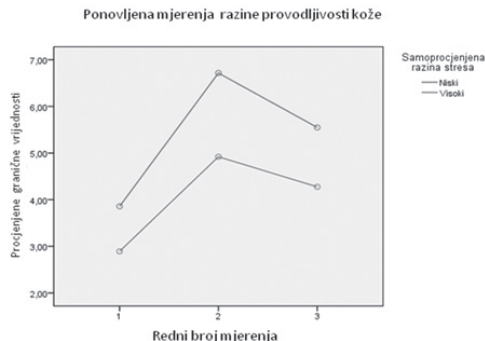


Izvor: Anketni vprašalnik, 2014

### 3.3. Rezultati Upitnika intenziteta stresa na poslu (samoprocjene) u usporedbi s fiziološkim mjerenjima

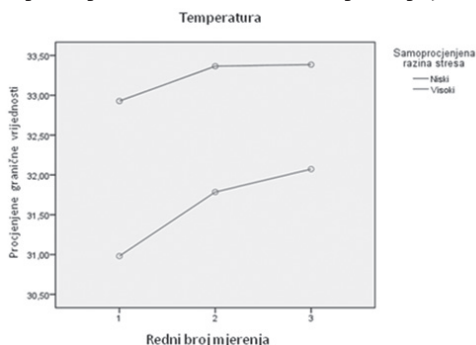
U svim fiziološkim mjerama ni jedna grupa nije pokazala tendenciju pada vrijednosti prema početnim vrijednostima nakon izlaganju stresorima, osim u vrijednostima srčanih otkucaja gdje su se obje skupine vratile na početna mjerenja. Ostale vrijednosti izmjerenih fizioloških mjera ostale su na tzv. uzlaznoj krivulji. Postoji vjerojatnost da obje grupe tijekom dana fiziološki akumuliraju stres kroz povećanje svih fizioloških vrijednosti, ali to nije moguće potvrditi, jer ne postoje ponovljene mjere početnih mjerenja nakon određenog vremena, primjerice nakon 8 ili 12 h rada. Kod obje skupine ispitanika periferna temperatura tijela (T) je usporedno s trajanjem Stres testa rasla i nije imala pad u vrijeme socijalnih stresora. U mjerama vodljivosti kože (SC) obje skupine su imale porast unutar skupina. Skupina visoke samoprocjene bazično je imala niže vrijednosti od skupine niske samoprocjene.

**Slika 2. Prikaz dviju skupina kroz ponovljena mjerenja razine provodljivosti kože u tri točke (početno mjerenje, stresori, završno mjerenje)**



Izvor: Autor, 2014

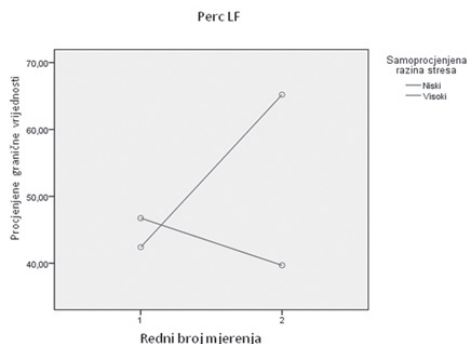
**Slika 3. Prikaz dviju skupina kroz ponovljena mjerenja temperature u tri točke (početno mjerenje, stresori, završno mjerenje)**



Izvor: Autor, 2014

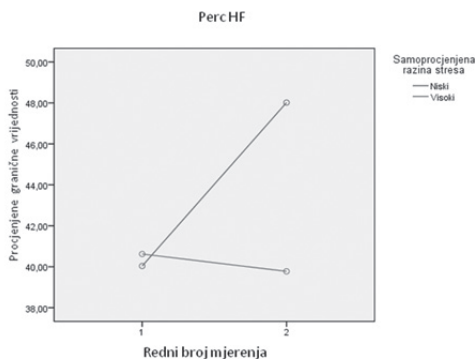
Statistički značajna razlika između samih skupina ispitanika pokazala se na mjerama varijabiliteta srčanog ritma (HRV). Ove mjere su analizirane samo na početnom i završnom mjerenju jer je prema fiziološkim istraživanjima potrebno minimalno 5 minuta snimanja kako bi koristili podatke za statističku analizu. Kod skupine ispitanika koja je imala visoku samoprocjenu bilo je manje uzastopnih uspješnih RR intervala u završnom mjerenju. Kod mjere odnosa LF/HF ("Low frequency/High frequency") omjer je bio viši kod onih koji su visoko procijenili izloženost stresu.

**Slika 4. Prikaz postotka niskih frekvencija (LF) u srčanom radu kroz dvije točke mjerenja (početno i završno) kod dvije skupine**



Izvor : Autor, 2014

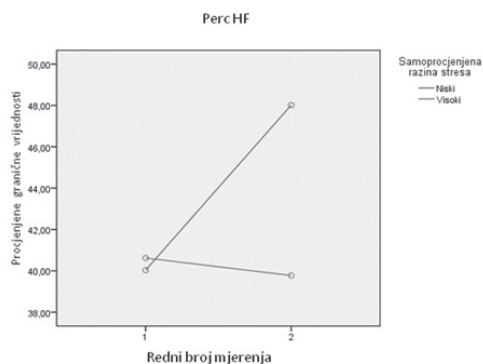
**Slika 5. Prikaz postotka visokih frekvencija (HF) u srčanom radu kroz dvije točke mjerenja (početno i završno) kod dvije skupine**



Izvor: Autor, 2014

Omjer LF/HF (niske i visoke frekvencije) kao mjera označava balans djelovanja parasimpatičkog i simpatičkog autonomnog živčanog sustava na srce.

**Slika 6. Prikaz omjera niskih i visokih frekvencija (LF/HF) u srčanom radu kroz dvije točke mjerenja (početno i završno)**



Izvor: Autor, 2014

Vrijednosti između 1,5-2 označavaju balans autonomnog živčanog sustava na srčani rad. Ako je omjer ispod 1,5 pokazuje predominantno parasimpatičko djelovanje, dok su vrijednosti iznad 2 znak predominantnosti simpatikusa.

Postojanje više HF (visokih frekvencija (0.15-0.4 Hz)) reflektira parasimpatičko djelovanje tj. djelovanje vagusa; dok LF (niske frekvencije (0.04-0.15 Hz)) uključuju i simpatičko i parasimpatičko djelovanje.

## 4 Rasprava

Istraživanja utjecaja stresora na svakodnevno mentalno, fizički i emocionalno funkcioniranje u populaciji se odvijalo kroz primjenu različitih upitnika. Zdravstveni djelatnici često samoprocjenjuju da su pod velikim stresnim utjecajima na svom radnom mjestu. U ovom istraživanju htjeli smo vidjeti da li osobe koje procjenjuju veliku izloženost stresu na radu pokazuju i intenzitet promjena fizioloških pokazatelja kod izloženosti stresu. Kako reakcije koje se odvijaju putem autonomnog živčanog sustava, tj. djelovanjem parasimpatikusa i simpatikusa, ubrzavaju i usporavaju ljudske reakcije u određenim situacijama induciranjem socijalnih stresora htjeli smo vidjeti fiziološke reakcije. Odabrana je skupina djelatnika u zdravstvu koju obilježava sklonost profesionalnom stresu.

Usporedba svih sociodemografskih pokazatelja s rezultatima testa kod 50 ispitanika nije pokazala značajne statističke razlike osim u spolu i broju djece. Žene su češće samoprocjenjivale visoku razinu stresa. Prema istraživanju Browning i suradnika (2004.) rezultati su također pokazali da postoje razlike među spolovima i da su žene u odnosu na muškarce u većem zdravstvenom riziku od posljedica stresa na poslu.

Prosječan broj djece kod visoko samoprocjenjene skupine je dvoje djece, dok druga skupina ima uglavnom jedno dijete. Veći broj djece donosi i veće obiteljske obveze i odgovornosti pa je time izloženost stresnim situacijama veća.

Kod praćenja fizioloških signala htjeli smo vidjeti postoje li razlike u fiziologiji kroz inducirane umjerene psihosocijalne stresne reakcije. Vrijednosti koje smo dobili tijekom mjerenja pokazale su da u određenim fiziološkim mjerama ima razlike, ali u fiziološkoj reakciji nema razlike. Obje skupine su reagirale fiziološkim pokazateljima koji su govorili da se nalaze u stanju opuštenosti. Bazično stanje ispitanika moglo je biti i pod utjecajem nekontroliranih pred-eksperimentalnih varijabli. Ispitanici koji su bili sudionici u istraživanju mogli su nedavno doživjeti neki emocionalni šok, mogli su pušiti ili konzumirati veće količine kofeina, biti uplašeni eksperimentom ili sl. Ti i brojni drugi faktori mogli su utjecati na njihove reakcije. Obje grupe u rezultatima su pokazale porast različitosti u sva tri mjerenja unutar grupe: početno, stresori i završno mjerenje, ali se međusobno nisu razlikovali.

Prema literaturi, tzv. "zakon početnih mjerenja" pokazuje na koji su način pojedina psihofiziološka mjerenja vezana magnitudnim porastom na podražaj. (Wilder, 1950) Viša razina fizioloških mjerenja prije prezentacije stresnog podražaja daje manji porast odgovora na stresor (često se naziva "gornji učinak"). Obrnuto, viša razina mjerenja fizioloških mjerenja prije prezentacije relaksacijskog podražaja vodi smanjenju odgovora na podražaj. Kada je predpodražajni odgovor niži prije prezentacije relaksacijskog podražaja, dolazi do smanjenja odgovora, što se često naziva "donji učinak". Ove tvrdnje se prije svega odnose na mjerenja disanja i kardiovaskularne aktivnosti (srčani rad i vazomotorna aktivnost) dok druge mjere kao elektrodermalni odgovor i salivacija nemaju dokazanih promjena povezanih sa predpodražajnim mjerama (Shwartz, 2003).

Stresori ili podražaji su korisni za provjeru psihofiziološke reakcije i vrijeme oporavka. Oboje pomažu otkrivanju uzroka i povezanosti sa psihosomatskim poremećajima, te mogu ukazivati i biti prediktori osoba koje su sklone ovim poremećajima. Statistički značajna razlika između samih skupina pokazala se na mjerama varijabiliteta srčanog ritma (HRV). Primarni fokus istraživanja varijabiliteta srčanog ritma je u praćenju i modeliranju ravnoteže u regulaciji impulsa n. vagusa i simpatičkog živčanog sustava. Smanjenje varijabilnosti srčanog ritma povezano je s povećanjem mortaliteta i morbiditeta od srčanih bolesti (Bigger, Fleis, Rolnitzky & Steinman; 1993a, 1993b).

No, iako su statistički značajne razlike bile prisutne, među skupinama nije bilo razlike u fiziologiji. Fiziološki gledano, obje grupe su u parametrima završnog snimanja pokazale parasimpatičko djelovanje autonomnog živčanog sustava, što pokazuje usporeno djelovanje autonomnog živčanog sustava i znak je opuštenih reakcija. Objašnjenje ovakvih rezultata može slijediti iz premalog broja uzorka onih koji su visoko procijenili svoje stanje, te su dvije skupine ispitanika bile relativno blizu u vrijednostima rezultata Upitnika.

## 5 Zaključak

Analizirajući rezultate Upitnika intenziteta stresa, zaključujemo da je najveći postotak ispitanika procijenio da se odlično nosi sa stresnim situacijama (njih 49%); njih 39% procijenilo je da povremeno osjeća negativne posljedice stresa na poslu i samo njih 12% je procijenilo da pate od posljedica stresa na poslu. S obzirom na dobivene rezultate možemo zaključiti da je H1 djelomično potvrđena.

Iako su se u nekim mjerama pokazale značajne razlike između dviju skupina ispitanika, fiziološki gledano obje skupine su u parametrima završnog snimanja pokazale više parasimpa-

tičko djelovanje autonomnog živčanog sustava, te time usporeno djelovanje autonomnog živčanog sustava i znak opuštene reakcije. Rezultati prema tome nisu potvrdili H2. Na neurofiziološkoj razini ne postoji jedna mjera uzbuđenja ili ekscitacije. Postoji tzv. specifičnost odgovora, tako da npr. jedna osoba može reagirati na emocionalni podražaj primarno kroz povećanje pulsa, a druga kroz električnu provodljivost kože, treća ubrzanim disanjem, itd. Ne postoji jedna mjera koja može obuhvatiti kompleksnost tih reakcija. Bazično stanje ispitanika može biti i pod utjecajem nekontroliranih pred-eksperimentalnih varijabli. Ispitanici koji su sudionici u istraživanju mogli su nedavno doživjeti neki emocionalni šok, mogli su pušiti ili unijeti veće količine kofeina, mogu biti uplašeni eksperimentom i sl.

Neurološki i hormonalni sustavi su u složenoj interakciji, a u isto takvoj su interakciji i crte ličnosti. Nikada ne možemo biti sigurni da efekti nekih crta ličnosti nisu pod utjecajem nekih drugih crta, inteligencije ili sl. Sve te kompleksne interakcije mogu činiti buku unutar koje je teško detektirati signal.

Buduća istraživanja bi trebala obuhvaćati veći broj ispitanika na Upitniku kako bi mogli odabrati dovoljan broj ispitanika koji se međusobno razlikuju u svojoj samoprocjeni. Samoprocjena je snažan subjektivni pokazatelj reakcije na stresore, ali isto tako može biti prilično netočan pokazatelj zbog izbjegavanja iskrenih odgovora. Iz tog razloga moguće je prvo obraditi snimljenu fiziologiju koja bi se dijelila na visoke i niske vrijednosti te nakon toga učiniti usporedbu sa samoprocjenom.

## Literatura

Ajduković, M., Ajduković, D. Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 1996.

Društvena istraživanja, Izd 102-104; Institut za primijenjena društvena istraživanja 2009.

Đuretić-Bartolović, A., Drezga-Janković, M., Šipušić, S. Profesionalni stres i sindrom sagorjevanja na poslu stručnih djelatnika koji rade s ljudima. Sažeci radova – 6. god. konf. hrv. psihologa, Dubrovnik, 1998.

Engel BT. Autonomic behavior. *Exp Gerontol* 1993; 28: 499-502.

Gelsema T. I., Doef M., Janssen M., Akerboom S., Verhoeven C. A Longitudinal Study of Job Stress in the Nursing Profession: Causes and Consequences; *Journal of Nursing Management* 2006, 14: 289-299.

Havelka M. Zdravstvena psihologija Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 1995.

Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: I Stres i tjelesno zdravlje. Naklada Slap: Jastrebarsko, 2006.

Hudek-Knežević, J., Krapić, N. i Rajter, L. Odnos između emocionalne kontrole, percipiranog stresa na radnom mjestu i profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara. *Psihološke teme*, 2005; 14: 41-54.

Jacobson R. Selected writings; Major Works 1976-1980; Amsterdam 1988.

Lazarus, R. S., Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping, Springer Publishing Company, Inc., New York, 1984.

Pavičević, L., Bobić, J. Stres na radu, Medicinska naklada, Zagreb, 2002.; 530-37.

Piko, B. F. Psychosocial work environment and psychosomatic health of nurses in Hungary. *Work and Stress*, 17(1) 2003: 93-100.

Schabracq M. J., Winnubst J. A. M., Cooper C. L., *The Handbook of Work and Health Psychology*; John Wiley & sons; LTD; 2003.

Schwartz, M, Andrasik, F. Biofeedback: a practitioner's guide, The Guilford Press, New York, 2003.

Turner J. R. Cardiovascular reactivity and stress; Patterns of Physiological Response; LLC; 1994.



Mi znamo z ljudmi.

## Pridružite se nam in izkoristite številne ugodnosti, ki smo jih pripravili za nove stranke:

- 6 mesecev brezplačno vodenje osebnega računa (TRR),
- brezplačno izdajo plačilne kartice Activa Maestro,
- podarjeno enoletno članarino za plačilno kartico z odloženim plačilom Activa MasterCard ali brezplačno izdajo predplačniške kartice Activa MasterCard,
- brezplačen pristop k e-banki DBS NET,
- brezplačen generator enkratnih gesel za dostop do e-banke s kateregakoli računalnika z internetnim priključkom,
- 6 mesecev brezplačno storitev DBS VARNOST SMS-obveščanje ob sklenitvi zavarovanja vsaj ene plačilne kartice.

**NOVO!**

**Z MOJIM BA vam za 1,49 EUR/mesec od 1. 4. 2016 omogočamo NEOMEJENO ŠTEVILO DVIGOV GOTOVINE in VPOGLEDV V STANJE NA VAŠEM RAČUNU BREZ DODATNE PROVIZIJE na BAnkomatih vseh bank v Sloveniji in v evroobmočju.**

Več informacij na telefonski številki 01 4727 228, v 85 poslovalnicah DBS in na prenovljenih spletnih straneh [www.dbs.si](http://www.dbs.si).

 DEŽELNA BANKA SLOVENIJE

*vedno blizu*



# ZDRAVSTVENA POLICA

Zavarovanje za kritje stroškov  
samoplačniških zdravstvenih  
storitev.



## NE ČAKAJTE, IZBERITE.

Z zdravstveno polico vam krijemo stroške  
specialističnih storitev, pridobitve drugega mnenja  
in operativnih posegov ter z brezplačno asistenco  
zagotavljamo lažji in hitrejši dostop do želenih  
storitev.



[www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si)

☎ 080 20 60

Vzajemna, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, Ljubljana.  
Vsa zavarovanja se sklepajo po veljavnih pogojih Vzajemne, d.v.z.

**VZAJEMNA**  
zdravstvena zavarovalnica

Terme Maribor





ALMA MATER  
EUROPAEA  
ECM

