

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sanja Vodovnik

**Dejavniki, ki vplivajo na pridobivanje informacij
o socialni oskrbi na domu**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2018

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sanja Vodovnik

Mentorica: prof. dr. Valentina Hlebec

**Dejavniki, ki vplivajo na pridobivanje informacij
o socialni oskrbi na domu**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2018

Dejavniki, ki vplivajo na pridobivanje informacij o socialni oskrbi na domu z vidika uporabnikov socialne oskrbe na domu

Staranje prebivalstva predstavlja različne družbene in politične izzive. V današnjem času potrebe starejših in njihova kakovostna oskrba predstavljajo vse večji problem. Starejši ljudje si želijo starost preživeti doma, zato je pomembno, da kot sodobna družba poskrbimo za razvoj storitev socialne oskrbe na domu. Pri dolgotrajni oskrbi starih ljudi v njihovem okolju je bistvenega pomena socialna oskrba na domu. Na podlagi podatkov iz kvantitativne anketne raziskave o socialni oskrbi na domu (raziskovalni projekt Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji pod vodstvom dr. Valentine Hlebec) sem poskušala ugotoviti, kje starejši ljudje pridobijo informacije o socialni oskrbi na domu, ali so informacije pridobili po neformalni ali formalni poti in kateri dejavniki vplivajo na pridobivanje teh informacij. Z analizo podatkov ugotovim, da se uporabniki za pridobivanje informacij največkrat obrnejo na neformalni krog ljudi, to so znanci oz. bližnji sorodniki, ter da različni dejavniki le delno vplivajo na pridobivanje informacij. Povzamem, da je informiranje uporabnikov in bodočih uporabnikov socialne oskrbe na domu v Sloveniji in tudi po drugih državah še vedno velik problem.

Ključne besede: pridobivanje informacij, dejavniki, socialna oskrba na domu, dolgotrajna oskrba.

Factors that affect obtaining information about social care at home from the perspective of users of social care at home

The aging of the population presents various social and political challenges. Today, the needs of the elderly and their quality care are an increasing problem. Older people want to spend their old age at home, so it is important that we, as a modern society, take care of the development of social care services at home. In the long-term care of an elderly in their environment, social care at home is essential. Based on data of a quantitative survey on social care at home (a research project Care of the elderly in a community in Slovenia led by Valentina Hlebec, PhD), I tried to determine where older people obtain information about social care at home, whether they obtained information through informal or formal channels, and which factors influence the obtaining of this information. By analyzing the data, I determine that users often turn to the informal circle of people for information acquisition, i.e. acquaintances or close relatives, and that different factors only partially influence the acquisition of information. I summarize that informing users and future users of social care at home in Slovenia and in other countries is still a major problem.

Keywords: obtaining information, factors, social care at home, long-term care.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	6
2	DOLGOTRAJNA OSKRBA	9
	2.1 Dolgotrajna oskrba v Sloveniji.....	10
	2.2 Neformalni oskrbovalci in formalni izvajalci socialne oskrbe na domu.....	11
3	SOCIALNA OSKRBA NA DOMU	13
	3.1 Socialna oskrba na domu v Sloveniji.....	14
4	VREDNOTENJE KAKOVOSTI OSKRBE	16
	4.1 Teorije in pristopi.....	16
	4.2 Mikroraven.....	16
5	KAKOVOST OSKRBE NA DOMU V SLOVENIJI	20
	5.1 Mikroraven: Uporabniki socialne oskrbe na domu.....	20
	5.2 Socialna oskrba na domu v Evropi.....	21
6	METODOLOGIJA	24
	6.1 Vrsta raziskave.....	24
	6.2 Raziskovalna vprašanja.....	24
	6.3 Hipoteze.....	24
	6.4 Postopki zbiranja podatkov.....	25
	6.5 Raziskovalni vzorec.....	25
	6.6 Opis izbranih vprašanj.....	25
	6.7 Rezultati analize.....	27
	6.7.1 Povezanost spola s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost.....	27
	6.7.2 Povezanost zakonskega stana s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost.....	29
	6.7.3 Povezanost zdravstvenega stanja s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost.....	33

6.7.4 Povezanost izobrazbe s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost.....	36
6.7.5 Povezanost dohodka s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost.....	40
6.7.6 Povezanost območja bivanja s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost.....	43
7 SKLEP.....	46
8 VIRI.....	56

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Storitve in prejemki formalno organizirane dolgotrajne oskrbe.....	11
Tabela 6.1: Povezava med pridobivanjem informacij, spolom in starostjo.....	27
Tabela 6.2: Povezava med pridobivanjem informacij, zakonskim stanom in starostjo.....	31
Tabela 6.3: Povezava med pridobivanjem informacij, zdravstvenim stanjem in starostjo.....	33
Tabela 6.4: Povezava med pridobivanjem informacij, izobrazbo in starostjo.....	38
Tabela 6.5: Povezava med pridobivanjem informacij, dohodkom in starostjo.....	40
Tabela 6.6: Povezava med pridobivanjem informacij, območjem bivanja in starostjo.....	44

1 UVOD

Med države, kjer se pričakuje dolga življenjska doba, sodi tudi Slovenija. Ker se prebivalstvo hitro stara, to predstavlja izzive v družbi in politiki, zato je za sodobno družbo pomembno, da ohranimo aktivno in zdravo populacijo do starosti in v starosti. V tradicionalnih družbah v preteklosti je starost prinašala visok status. V modernih družbah pa je položaj starejših ljudi slabši, saj nimajo zadostnih dohodkov, družbeno pa se jim ne priznava visokega statusa in moči. Zaradi tega družbi predstavljajo obremenitev. Pomembno je, da starejšim omogočimo družbeno udejstvovanje in aktivno staranje.

Ali bomo v starosti lahko sami poskrbeli zase? To vprašanje predstavlja določen strah, saj so družinski člani preveč zaposleni, da bi za starejše skrbeli in jim pomagali. To je razlog, da se poiščejo novi načini, ki bodo omogočali boljšo kakovost in zaščito starejših oseb, ki želijo starost preživeti v njim poznanem okolju. V Sloveniji je želja starejših, da bi starost preživeli doma, v svojih lastnih gospodinjstvih. Dom za starejše večini predstavlja zadnjo možnost izbire. Ločitev od kraja, kjer so preživeli večino svojega življenja, je za starejše stresno dejanje, zato se moramo kot sodobna družba zavzemati za razvoj storitev oskrbe starejših na domu.

Zadovoljevanje potreb pri starem človeku je bistvenega pomena za doživljanje kakovostne starosti (Ramovš, 2003, str. 97). Zaradi potrebe organizirane pomoči in podpore drugih ljudi, starejši vedno bolj posegajo po dolgotrajni oskrbi, ki izhaja iz področja (organiziranja) socialne in zdravstvene varnosti. Zaradi oslabelosti, bolezni, hendikepa ali dolgotrajne stiske, je vedno več ljudi, ki potrebujejo pomoč drugih, kar je posledica različnih demografskih dejavnikov. Problem nastane, ker je na razpolago premalo ljudi, ki bi lahko pomagali (Flaker in drugi, 2008, str. 19).

Potrebe in želje uporabnikov so različne, individualne, zato je pomembno, da omogočimo uporabnikom, da le-te izrazijo, saj se le s tem približamo uporabniku pri zadovoljevanju njegovih potreb in s tem pripomoremo h kvalitetnejšemu življenju uporabnikov socialne oskrbe na domu (Nagode, 2009, str. 130).

"Socialna oskrba na domu je v skladu s Pravilnikom o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (1995) namenjena osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne

morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanju nimajo možnosti" (Hlebec, 2013, str. 4).

Pri izvajanju oskrbe starejših je pomembno, da razumemo odnos med formalnimi in neformalnimi izvajalci oskrbe. Družina ima pri vsakemu posamezniku pomembno vlogo, saj se vsako življenje začne v družinskem krogu in želja je, da tudi v starosti ostanemo v krogu družine. Družina ima pozitiven vpliv na posameznikovo obnašanje, interakcijo in dobro počutje ter mu nudi socialno oporo. Poleg pomoči prijateljev in sosedov je pomemben dejavnik v neformalni mreži pomoči posameznikom (Hojnik Zupanc, 1999, str. 141). Kadar neformalna mreža ni prisotna, jo lahko nadomestimo s socialno oskrbo na domu, ki spada pod formalno oskrbo (Hlebec, Nagode in Filipovič Hrast, 2014, str. 15–19). Problem je tudi v tem, da je družina kot glavni nosilec dosedanje oskrbe starih pogosto nemočna zaradi družbenih trendov spreminjanja družine in družba na to še nima pravega odgovora (Nagode, 2009, str. 129). Starejši ljudje računajo predvsem na pomoč najožje družine, in prav družina je tista, ki v večini primerov prevzame skrb za starega človeka (Hlebec, Kogovšek, Domanjko in Pahor, 2007, str. 6). Skrb za svojca ni samo časovno in finančno breme, temveč tudi socialno in čustveno breme. Dolgotrajna oskrba svojca zahteva veliko časa, kar pomeni malo možnosti za osebni in karierni razvoj. Svojci zato nosijo fizično in psihično breme, ki ga zahteva skrb za starejše ljudi. Vključevanje drugih ljudi v oskrbo pomeni razbremenitev svojcev, ampak to pomeni tudi vstop tujih ljudi v zelo ranljive odnose (Flaker in drugi, 2008, str. 50–55).

Cilji moje diplomske naloge so ugotoviti, katere vire informacij so uporabniki uporabili pri iskanju pomoči zase, ali so uporabili več virov, ali le enega ter kdo je uporabil katere informacije glede na različne dejavnike (spol, starost, zakonski stan, tip okolja, dohodek, izobrazba, zdravstveno stanje in značilnosti socialnega omrežja – ima otroke, prijatelje, sosede).

Namen diplomske naloge je na podlagi podatkov iz kvantitativne anketne raziskave o socialni oskrbi na domu (raziskovalni projekt Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji pod vodstvom dr. Valentine Hlebec) odgovoriti na raziskovalna vprašanja:

- Katere vire informacij so starejše ljudje uporabili pri iskanju pomoči zase, ko niso bili več zmožni samostojnega življenja?
- Ali so informacije pridobili po neformalni ali formalni poti?
- Kateri uporabniki so uporabili katere informacije? Kateri dejavniki vplivajo na to?

Diplomsko delo je sestavljeno iz teoretičnega in empiričnega dela. V prvem, teoretičnem delu je moj namen najprej predstaviti pomen dolgotrajne oskrbe, kamor kot ena najpomembnejših storitev sodi socialna oskrba na domu. V tem sklopu predstavim tudi, kako je razvita dolgotrajna oskrba v Sloveniji, ter v nadaljevanju še pomen odnosa med neformalni oskrbovalci in formalnimi izvajalci socialne oskrbe na domu. V drugem poglavju predstavim socialno oskrbo na domu ter v nadaljevanju razvijanje in pomen socialne oskrbe na domu v Sloveniji. V tretjem, zaključnem poglavju teoretičnega dela se osredotočim na vrednotenje kakovosti oskrbe in nadalje na mikroraven socialne oskrbe na domu, torej na uporabnika te storitve. V empiričnem delu najprej predstavim ključne pojme, kot so vrsta raziskave, raziskovalna vprašanja, zastavljene hipoteze, postopke zbiranja podatkov ter vzorec. Nato sledi predstavitev rezultatov izračunanih statistik med tistimi spremenljivkami, kjer nas je zanimalo, ali obstaja povezanost. Na koncu predstavim še ključne ugotovitve ter podam predloge za možne izboljšave na tem področju.

2 DOLGOTRAJNA OSKRBA

"Danes imajo starejši možnost izbirati med naslednjimi možnostmi: pomoč na domu, dnevno varstvo, pomoč na daljavo, družinski pomočnik, domovi za starejše, oskrbovana stanovanja in stanovanja, prilagojena starejšim" (Romih, 2011, str. 12).

Socialna oskrba na domu kot ena od pomembnejših storitev sodi v področje dolgotrajne oskrbe. Ljudje, ki dolgotrajno potrebujejo pomoč drugega, lahko pri dolgotrajni oskrbi izbirajo med različnimi storitvami. Colombo, Llena-Nozal, Mercier in Tjadens,¹ (2011, str. 11–12, v Nagode, 2014, str. 32) navajajo:

Organizacija za ekonomski razvoj in sodelovanje (v nadaljevanju OECD) dolgotrajno oskrbo opredeljuje kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne) in ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih dnevnih opravil (ADL²). Ta komponenta osebne oskrbe se pogosto zagotavlja v kombinaciji z osnovnimi zdravstvenimi storitvami, kot so patronažna nega, storitve preventive in rehabilitacije ter paliativne oskrbe. Storitve dolgotrajne oskrbe lahko vključujejo tudi pomoč v gospodinjstvu oz. pomoč pri opravljanju podpornih dnevnih opravil (IADL³).

Dejstvo je, da se bo področje dolgotrajne oskrbe širilo tudi v prihodnosti. Prvi izmed 4 razlogov za nadaljnjo rast je ta, da se bo povpraševanje po storitvah dolgotrajne oskrbe povečalo v vseh družbah, zaradi demografskih sprememb, ne glede na to, kako hitro se bo prebivalstvo staralo po državah. Drugi razlog je, da bomo verjetno pričali pomanjkanju neformalnih oskrbovalcev zaradi manjšanja družinskih struktur in porasta vključevanja žensk na trg delovne sile. "Kot tretji razlog izpostavimo vedno večje bogastvo družb, potrebo ljudi po večji kakovosti in bolj odzivnih ter k uporabnikom usmerjenih socialnovarstvenih sistemih. Četrto, tehnološke rešitve povečujejo možnosti zagotavljanja velikega dela dolgotrajne oskrbe doma, na domu, kar pa posledično zahteva reorganizacijo oskrbe" (Colombo in drugi, 2011, str. 38, v Nagode, 2014, str. 33).

¹ Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. in Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

² Kopanje, oblačenje, hranjenje, leganje v posteljo in vstajanje iz nje, gibanje in uporabo kopalnice. Pogosto gre za osebno oskrbo (Colombo in drugi, 2011, str. 11, v Nagode, 2014, str. 32).

³ Pomoč pri hišnih opravilih, priprava obrokov, nakupovanje in prevozi. Pogosto gre za domačo oskrbo oz. pomoč na domu (Colombo in drugi, 2011, str. 11, v Nagode, 2014, str. 32).

2.1 Dolgotrajna oskrba v Sloveniji

Že vsaj zadnjih deset let je v Sloveniji dolgotrajna oskrba pomembna tema. Nekaj let že tudi lahko spremljamo nastajanje zakona, ki bo nekoč to področje sistemsko uredil. Trenutno lahko govorimo o treh pripravljenih različicah zakona. "Eden je nastal pod okriljem Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljevanju MDDSZ), drugi, ki se od prvega razlikuje predvsem v finančni konstrukciji, pod okriljem Zveze društev upokojencev Slovenije in tretji, ki se od prvih dveh razlikuje v več pogledih, v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (v nadaljevanju SSZS)" (Nagode, 2014, str. 35). Zaradi neenakih področnih zakonov se dolgotrajna oskrba trenutno izvaja v ločenih sistemih socialne varnosti in zagotavljanja oskrbe. "Takšen sistem zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe zatorej omogoča, da se storitve in prejemi pogosto zagotavljajo nepovezano in nekoordinirano, kar se posledično lahko odraža tudi v kakovosti oskrbe ter v (ne)transparentnosti zagotavljanja storitev in prejemkov" (Nagode, 2014, str. 35).

Starši v starosti v veliki večini nimajo več zagotovljene oskrbe in pomoči iz strani srednje generacije, saj prav ta zaradi prehitrega tempa življenja tega ne zmore več. Najbližji neformalni oskrbovalci starim ljudem, ki nimajo več bližnjih svojcev, so sosede in prijatelji (Kralj, 2016, str. 4). Tisti, ki imajo svojce in prav tako tisti, ki jih nimajo, potrebujejo pomoč organiziranih služb za redno oskrbo, kot je npr. pospravljanje stanovanja in kuhanje (Hojnik Zupanc, 1997).

Organizirane storitve v bivalnem okolju v okviru formalne mreže so sistemsko regulirane in se dogajajo na domu uporabnika ali v lokalni skupnosti v bližini njegovega doma (Hojnik Zupanc, 1999, str. 110).

"Poleg tega velja, da je formalna dolgotrajna oskrba pri nas institucionalizirana, saj velik del te oskrbe poteka v institucijah (npr. v domu za starejše, posebnem zavodu itd.). Na drugem polu zagotavljanja oskrbe pa se nahaja precej bolj okrnjena in slabše razvita formalna mreža oskrbe na domu, ki je v mnogih evropskih državah prepoznana kot najbolj zaželena oblika zagotavljanja in prejemanja oskrbe in pomoči" (Nagode, 2014, str. 35).

V okviru bolnišnic, centrov za usposabljanje, domov za starejše, varstveno-delovnih centrov, zavodov za usposabljanje, patronažne službe, delo in varstvo, dodatka za pomoč in postrežbo (preko zavodov ali na domu) se pri nas izvaja zdravstvena dolgotrajna oskrba. Preko socialne oskrbe (posebni zavodi, varstveno-delovni centri, pomoč na domu, zavod za usposabljanje za odrasle, družinski pomočnik, domovi za starejše), dodatkov za pomoč in

postrežbo ter preko osebne asistence, pa se izvaja socialni del dolgotrajne oskrbe. Dnevna oskrba, skupnostna oskrba, denarni prejemki in storitve institucionalne oskrbe so del formalne organizirane dolgotrajne oskrbe, ne glede na to, o katerem tipu dolgotrajne oskrbe govorimo (Nagode, 2014, str. 37).

Tabela 2.1 Storitve in prejemki formalno organizirane dolgotrajne oskrbe

Institucionalna oskrba	Dnevna oskrba	Skupnostna oskrba
Dom za starejše	Dnevni centri	Socialna oskrba na domu
Center za usposabljanje, delo in varstvo	Dnevni varstveno-delovni center in center za usposabljanje, varstvo in delo	Patronažna služba
Varstveno-delovni center	Skupine za samopomoč	Osebna asistenca
Posebni socialni zavod		Družinski pomočnik/ Delno plačilo za izgubljeni dohodek
(Negovalna) bolnišnica		Osebni paketi oz. koordinirana oskrba
		Stanovanjske skupine
		Varovanje na daljavo/teleoskrba
Denarni prejemek za oskrbo		
Dodatek za pomoč in postrežbo (po treh različnih zakonih)		
Dodatek za tujo nego in pomoč		
Dodatek za nego otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo		

Vir: Nagode (2014, str. 37).

Hrbtenico celotne oskrbe predstavlja neformalna dolgotrajna oskrba, ki se opravlja brezplačno. Izvajajo jo predvsem družinski člani, prijatelji in sosedje. Seveda tukaj ne smemo pozabiti na različne nevladne organizacije. Predpostavlja se, da družinski člani opravijo precej več oskrbe in nege v primerjavi s formalno organiziranimi storitvami (Nagode, 2014, str. 39).

2.2 Neformalni oskrbovalci in formalni izvajalci socialne oskrbe na domu

Družinski člani, sosedje in prijatelji so neplačani oskrbovalci neformalno organizirane oskrbe. Javni ali zasebni izvajalci storitev, ki so organizirane v skupnostih, izvajalci

institucionalne oskrbe in plačani oskrbovalci so del formalno organizirane oskrbe. (Timonen⁴, 2008, str. 111, v Hlebec, Nagode in Filipovič Hrast, 2014, str. 13).

V zadnjih dvajsetih letih se je povzpelo delovanje različnih društev ter izvajanje dejavnosti in programov za starejše. Prostovoljno delo in nevladne organizacije prav tako nudijo veliko podpore in pomoči. Neformalna oskrba (družinski člani) še vedno prevladuje za kakovostno življenje doma (Hlebec in drugi, 2014, str. 16). Ko je človek v stiski, mu najpogosteje pomoč nudijo prav svojci, kar kažejo tudi raziskave po svetu in v Sloveniji (Kralj, 2016, str. 3). Kadar neformalna oskrba ni prisotna, pa je njeno pomembno nadomestilo ali dopolnilo formalna oskrba, kot je socialna oskrba na domu (Hlebec in drugi, 2014, str. 16). "Socialna oskrba na domu je strokovno voden proces in organizirana oblika praktične pomoči, pri kateri sodelujejo strokovni delavec, strokovni sodelavec, neposredni izvajalec oskrbe (oskrbovalka), upravičenec ter ključni ali odgovorni družinski člani" (Nagode, Lebar, Kovač in Vidrih, 2015, str. 15). Odnos med formalnimi in neformalnimi izvajalci oskrbe je zelo pomemben za kakovostno izvajanje same oskrbe. Razvitih je bilo več modelov o odnosu in razmerju med neformalnimi in formalnimi oskrbovalci, ki se razlikujejo po delitvi dela med oskrbovalci. V literaturi največkrat zasledimo pet modelov, ki opisujejo različne odnose med neformalnimi in formalnimi oskrbovalci: model delitev nalog, hierarhični kompenzacijski model, model dopolnitve, substitucijski model/model zamenjave in komplementarni model (Hlebec in drugi, 2014, str. 15–19).

⁴ Timonen, V. (2008). *Ageing societies: a comparative introduction*. Maidenhead: Mc-Graw-Hill: Open University Press.

3 SOCIALNA OSKRBA NA DOMU

Socialna oskrba na domu starejšim predstavlja čim daljše bivanje doma in s tem manj stresa, ki bi ga predstavljala selitev in sprememba okolja. Predstavlja izboljšanje kakovosti življenja starejših ljudi ter omogoča družinskim članom lažje usklajevanje dela (Hlebec in drugi, 2014, str. 7).

Temeljna storitev v socialnem varstvu je socialna oskrba na domu posameznika. To pomeni, da starejšim ljudem omogoča, da ne rabijo oditi v dom za starejše, temveč lahko svojo starost preživijo doma (Nagode, 2014, str. 41).

"Socialna oskrba na domu (angl. *home/domiciliary care*) pa obsega storitve osebne nege in gospodinjsko pomoč oziroma praktične storitve (npr. čiščenje hiše, nakup), osebne storitve (npr. umivanje, oblačenje), nadzor (angl. *monitoring/supervision*, npr. pri bolnikih z demenco) in upravljanje (npr. opora pri koordiniranju zdravstvenih in drugih delavcev)" (Hlebec in drugi, 2014, str. 9).

"Socialna oskrba na domu je v skladu s Pravilnikom o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (1995) namenjena osebam, ki imajo zagotovljene bivalne in druge pogoje za življenje v svojem bivalnem okolju, vendar se zaradi starosti ali hude invalidnosti ne morejo oskrbovati in negovati sami, njihovi svojci pa take oskrbe in nege ne zmorejo ali zanjo nimajo možnosti" (Hlebec, 2013, str. 4).

Kralj (2016, str. 13) navaja, da se storitev prilagodi potrebam posameznega upravičenca in obsega naslednje sklope opravil:

- **pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih**, ki zajemajo pomoč pri oblačenju ali slačenju, pomoč pri umivanju, hranjenju, opravljanju osnovnih življenjskih potreb, vzdrževanju in negi osebnih ortopedskih pripomočkov;
- **gospodinjsko pomoč**, med katero sodi prinašanje enega pripravljenega obroka ali nabavo živil in pripravo enega obroka hrane, pomivanje uporabljene posode, osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov in odnašanje smeti, postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora;
- **pomoč pri ohranjanju socialnih stikov** predstavlja vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in s sorodstvom, spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti, informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca ter priprava upravičenca na institucionalno varstvo.

"Uporabnik prejema najmanj 2 opravili iz 2 različnih sklopov. Gre za strokovno voden proces in organizirano obliko praktične pomoči, pri kateri sodelujejo strokovni delavec, strokovni sodelavec, neposredni izvajalec oskrbe (oskrbovalka), upravičenec in ključni ali odgovorni družinski člani" (Nagode, 2014, str. 44).

"Storitev izvajajo strokovni delavci, strokovni sodelavci in laični delavci. Neposredno izvajanje socialne oskrbe na domu upravičenca opravljajo strokovni sodelavci 70. člena Zakona o socialnem varstvu, ki so končali najmanj srednjo poklicno ali srednjo strokovno šolo, osebe, ki se usposabljujejo za socialno oskrbo oz. nego, lahko pa tudi delavci, ki so pridobili nacionalno poklicno kvalifikacijo za izvajanje socialne oskrbe na domu" (Nagode, 2014, str. 44–45).

Po Kralj (2016, str. 13) so **upravičenci storitve pomoči na domu:**

- osebe, stare nad 65 let, ki zaradi starosti ali spremljajočih pojavov niso sposobne za popolno samostojno življenje,
- osebe s statusom invalida po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki po oceni pristojne komisije ne zmorejo samostojnega življenja, če stopnja in vrsta njihove invalidnosti omogoča občasno oskrbo na domu,
- druge invalidne osebe, ki jim je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij,
- kronično bolni in osebe z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nimajo priznanega statusa invalida in so po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobni za samostojno življenje,
- hudo bolni otroci ali otroci s težko motnjo v telesnem razvoju ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, ki niso vključeni v organizirane oblike varstva.

Ramovš (2003, str. 306–307) pravi, da je na razpolago velika izbira različnih storitev za tiste, ki starejše ljudi negujejo in jim pomagajo ostati v njihovem domu. Pomoč in nego posameznika razumemo kot kombinirano kombinacijo socialnih in zdravstvenih storitev. Takšna pomoč kaže na dober socialen program, ki pomaga starejšim osebam.

3.1 Socialna oskrba na domu v Sloveniji

V Sloveniji se je socialna oskrba na domu začela razvijati v devetdesetih letih, večinoma pod okriljem centrov za socialno delo. Postopoma so to vlogo prevzemali domovi za stare in različni zasebni izvajalci. "Pred tem so ljudje, ki so živeli doma, ostajali prepuščeni sami sebi in svoji socialni mreži" (Hlebec in drugi, 2014, str. 19).

Kot ugotavlja Hlebec (2010, str. 137), je bilo v teh letih sprejetih več dokumentov, ki usmerjajo razvoj področja skrbi za stare ljudi. Največje spremembe so se zgodile na

področju zagotavljanja storitev, ki omogočajo vzdrževanje kakovostnega življenja starih ljudi v domačem okolju in tudi na področju razvoja institucionalnega varstva.

"Storitev kot eno izmed 7 socialnovarstvenih storitev opredeljuje Zakon o socialnem varstvu, natančneje pa je storitev opredeljena v Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, ki določa npr. sestavo storitve, upravičenost do storitve, kadrovske pogoje in podobno" (Nagode, 2014, str. 25). Zasebni izvajalci ali javni zavodi lahko izvajajo storitev socialne oskrbe na domu, če jim je občina podelila koncesijo/pogodbo za opravljanje te socialnovarstvene storitve in s tem zagotovila mrežo javne službe.

Ključna storitev socialne oskrbe na domu je, da omogoči ljudem čim daljše življenje doma in v domači skupnosti. Zdravstvena socialna oskrba na domu ni vključena v oskrbo na domu, saj so za razliko od nekaterih drugih držav, v Sloveniji socialne in zdravstvene storitve ločene (Filipovič Hrast in drugi, 2014, str. 24). "Socialna oskrba na domu je temeljna socialnovarstvena storitev v Sloveniji. Izvaja se na domu posameznika in obsega pomoč pri temeljnih in podpornih dnevni opravih" (Hlebec in Nagode, 2013, str. 15). "Danes oskrbo na domu v Sloveniji prejema le 1,7 % oseb v starosti 65 let in več; zagotavljajo jo 76 organizacij, izvaja pa več kot 900 socialnih oskrbovalk" (Hlebec in Nagode, 2013, str. 15). Posameznik ima pravico do največ štirih ur oskrbe na dan ali do 20 ur na teden. Glavno finančno breme za storitev naj bi nosila občina, ki je po zakonu dolžna zagotavljati (min.) 50 % stroškov storitve (Filipovič Hrast in drugi, 2014, str. 25).

4 VREDNOTENJE KAKOVOSTI OSKRBE

4.1 Teorije in pristopi

Pri zagotavljanju socialne oskrbe na domu lahko vrednotenje opredelimo na treh ravneh: makro-, mezo- in mikroraven. Sistemsko organizirana storitev – kako, kdo in na kakšen način uravnava storitev na sistemski ravni, je opredeljena na makroravni. Organiziranost in zagotavljanje storitve z vidika izvajalca in zaposlenih (socialne oskrbovalke), je opredeljena na mezoravni, z vidika uporabnika pa na mikroravni (Hlebec in drugi, 2014, str. 30–31).

4.2 Mikroraven

Na različnih področjih ljudje mnogokrat potrebujejo strokovno pomoč ali nasvet. "Informacije na temo zdravja lahko posameznik dobi iz različnih virov – tako od zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov, potrošniških skupin, stikov iz vsakdanjega življenja (družina, prijatelji, znanci...) in množičnih medijev" (Kamin⁵, 2006, v Bajt, 2008, str. 20–21). Napoli⁶ (2001, v Bajt, 2008, str. 29) deli informacijske vire v tri različne kategorije: formalne vire (zdravstveni strokovnjaki), neformalne vire (družina in prijatelji) in medijske vire (televizija, radio, časopisi, revije, internet).

Osebe lahko svetuje uporabniku ali njegovi družini o pomembnih virih podpore in kje so na voljo nadaljnje informacije. Medicinske sestre, socialni delavci in drugi člani primarne oskrbe igrajo ključno vlogo v podpori družinskih negovalcev in jim dajejo informacije o pomoči in njihovih pravicah (National Advocacy Unit, 2014, str. 96).

Veliko vlogo imajo tudi informacijsko komunikacijski centri, ki med drugim pomagajo starejšim pri informiranju in pomoči pri uveljavljanju ostalih socialnovarstvenih pravic (Žnidarec Demšar, 2015, str. 28–35).

Zdravstveni delavci in neformalni viri so osrednjega pomena za zdravstveno varstvo, vendar ljudje uporabljajo socialna orodja za zbiranje informacij, izmenjavo zgodb in razpravljajo o različnih skrbah (Fox, 2011, str. 5).

⁵ Kamin, T. (2006). *Zdravje na barikadah*. Dileme promocije zdravja. Ljubljana: FDV.

⁶ Napoli, P. M. (2001). *Consumer Use of Medical Information From Electronic and Paper Media*. A Literature Review. London, New Delhi: Sage Publications.

Statistične raziskave dokazujejo, da razvoj interneta napreduje hitreje kot se prebivalstvo stara, kar predstavlja določene ovire. Splet predstavlja veliko oviro starejšim, problem pa so prav tako spletne informacije, ki niso dostopne vsem.

Hitro širjenje internetne tehnologije znotraj javne sfere predstavlja ogromno količino zdravstvenih informacij v dosegu splošnih potrošnikov. Podatki raziskave (The Health Information National Survey, 2005) prikazujejo velik premik v načinih zbiranja podatkov, saj ljudje iščejo informacije na spletu pred pogovorom s svojim zdravnikom (Bradford in drugi, 2005, str. 1).

"Na problem informiranja in dostopanja do različnih ponudb podpore v skupnosti, ki podpirajo izbiro življenja starostnikov, je že pred leti opozorila tudi varuhinja človekovih pravic Zdenka Čebašek Travnik (2010)" (Žnidarec Demšar, 2015, str. 28). Med kršitvami pravic starejšim izpostavlja, da je zelo malo tistih, ki znajo ravnati s sodobno tehnologijo (Čebašek Travnik, 2010).

Mnogo starejših ljudi nima računalnika ali dostopa do njega. Če pa ga že imajo, ga v veliki večini ne znajo uporabljati. Internet je danes osnova za kakršnokoli iskanje informacij – razen v primeru ponudbe za starejše.

Na portalu VARNA STAROST, ki je prva specializirana svetovalna skupina, izpostavijo, da je to odlična priložnost za vzpostavitev kvalitetnega spletnega portala. Njihove storitve uporabljajo starejši, ki si želijo pripraviti plan za brezskrbno preživljanje starosti ter družine (svojci), ki imajo tak problem zdaj ali pa razmišljajo vnaprej (»Varna starost«, b.d.).

Največ uporabnikov socialne oskrbe je informacije pridobilo od bližnjih sorodnikov ali od ljudi, ki so jim blizu. Velik delež uporabnikov je pridobilo informacije od socialnih delavk na centru za socialno delo in od osebnega zdravnika.

"Pomembno je, da starejši postanejo aktivni iskalci informacij in da so čim bolj objektivno informirani" (Žnidarec Demšar, 2015, str. 32) ter da so informacije o socialni oskrbi na domu javno dostopne vsem. Informacije, pridobljene po neformalni poti, potujejo od ust do ust in so lahko v določenih primerih netočne oz. pomanjkljive. Tudi Resolucija Nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2011 do 2020 (Ustava Republike Slovenije⁷, 2013, 2. člen) ima cilj zagotoviti dostopnost in dosegljivost storitev in

⁷ Ustava Republike Slovenije. (2013). *Uradni list Republike Slovenije št. 3/07 . 24. april.*

programov, ki bodo izboljšali informiranje in osveščali o pogojih vključitve v storitev za bodoče uporabnike. "Med programe za starejše ljudi, ki so socialno izključeni ali pa potrebujejo podporo in pomoč v vsakodnevnem življenju pa se predlaga informacijske programe, programe telefonskega svetovanja, programe koordinacije, podpore in izvajanja pomoči za starejše in programe zagovorništva in samozagovorništva za starejše" (Žnidarec Demšar, 2015, str. 32).

V diplomski nalogi se osredotočim na mikroraven, torej na uporabnika storitev socialne oskrbe na domu.

Pomembna in najbolj razširjena formalno organizirana storitev skupnostne oskrbe pri nas je pomoč na domu. Zagotavljanje osnovnih informacij o storitvi zainteresiranim posameznikom ter zagotavljanje povratne informacije izvajalcem storitve in lokalnim skupnostim je glavni cilj sistematičnega spremljanja in priprava letnih analiz. Analiza je nepogrešljiva in daje odgovore na različna vprašanja s področja zagotavljanja oskrbe na domu. Osebe, ki niso vključene v storitev, vendar bi bile do nje upravičene, opažajo v svojih lokalnih okoljih tudi izvajalci storitve. Da se uporabniki v storitev ne vključijo, obstaja več različnih razlogov. V splošnem izvajalci navajajo štiri glavne: pomanjkanje osveščenosti o storitvi, dostop do neformalnih oblik pomoči, finančni razlogi ter občutki sramu in stigme (Nagode in drugi, 2015, str. 7–70).

"Uporabniški vidik (**mikroraven**) je bil v analizi zajet v 23 raziskavah – v desetih diplomskih nalogah in 13 analizah izvajalcev. Med slednjimi je 3 analize izdelala Skupina Fabrika, raziskave in razvoj, d. o. o. Močno prevladuje kvantitativna metodologija, saj jih je od skupaj 23 raziskav kar 19 uporabilo kvantitativni merski instrument (vprašalnik)" (Hlebec in drugi, 2014, str. 41). Preveriti zadovoljstvo uporabnikov socialne oskrbe je bil glavni namen v več kot polovici raziskav (Hlebec in drugi, 2014, str. 42).

"V analizo so bile vključene tudi 4 **kvalitativne raziskave** (Svetičič 2009; Planinc 2009; Kodrič 2011; Volčini 2010), ki so usmerjene na **mikroraven** zagotavljanja socialne oskrbe na domu" (Hlebec in drugi, 2014, str. 45–46). Bistvo raziskav je bil ugotoviti, kako so uporabniki zadovoljni s storitvami in kaj bi spremenili pri teh storitvah.

Nadalje se Nagode (2014, str. 93–102) osredotoči še na pregled in sintezo raziskav glede na vsebinske vidike na mikroravni. Raziskave razdeli na 13 vidikov. Eden od njih je *Zaloga ali razpoložljivost socialne oskrbe na domu*. V 13 raziskavah so preverili, na kakšen način

oz. kje so uporabniki pridobili informacije o možnosti vključitve v socialno oskrbo na domu. Uporabnikom je bila ponujena paleta možnih odgovorov. Izbrali so enega ali več odgovorov.

5 KAKOVOST OSKRBE NA DOMU V SLOVENIJI

Izvajanje pomoči na domu oziroma socialne oskrbe na domu so proučevali v raziskavi Oskrba starejših v skupnosti v Sloveniji (temeljni raziskovalni projekt (2011-2014), ki ga vodi dr. Valentina Hlebec s Fakultete za družbene vede). "Osnovni cilj je bil ugotoviti, kdo so uporabniki pomoči na domu in njihovi svojci (njihove socio-demografske značilnosti, zdravje) ter kako so zadovoljni s storitvijo, ki jo prejema" (Hlebec in drugi, 2014, str. 61). Na reprezentativnem vzorcu občin je bila izvedena anketna raziskava o socialni oskrbi na domu. Raziskava je bila kvantitativna. Pripravljen je bil anketni vprašalnik za uporabnike. "V našem končnem vzorcu je bilo tako 4917 uporabnikov iz 154 občin. Skupaj je bilo izbranih 46 organizacij (in dodatni 2, ker sta v občini Ljubljana in Ajdovščina prisotni po 2 organizaciji)" (Hlebec in drugi, 2014, str. 65).

5.1 Mikroraven: Uporabniki socialne oskrbe na domu

"Ker je pomoč na domu organizirana na ravni občin, je dostop do storitev za uporabnika določen z občino stalnega prebivališča. Pri tem prihaja do velikih razlik med dostopnostjo oskrbe na domu, njeno ceno in drugimi značilnostmi kakovosti te storitve po posameznih občinah" (Hlebec in drugi, 2014, str. 71). Na število uporabnikov oskrbe na domu vplivajo pomembni kontekstualni dejavniki. Da se bodo potencialni uporabniki navadili na oskrbo na domu in jo začeli tudi racionalno uporabljati, bo verjetno trajalo več let, saj je storitev sorazmerno nov program. Občina in država za program socialne oskrbe prispevata različen delež, zato prihaja med občinami do velikih razlik, zato se mora stabilizirati tudi financiranje programa oskrbe na domu (Hlebec in drugi, 2014, str. 71).

Leta 2008 je v Sloveniji obstajalo pet tipov občin glede na učinkovitost in kakovost pomoči na domu (Hlebec, 2010). Posamezni tipi se med seboj razlikujejo glede na to, kateri akter večinsko plačuje oskrbo na domu (država ali občina ali uporabnik) ter kolikšna je ponudba in kakovost te oskrbe (merjena kot trajanje obiskov, dostopnost oskrbe ob vikendih in praznikih, v popoldanskem času). Kljub visoki ceni se posamezniki ne morejo odreči oskrbi, saj nimajo izbire med cenejšimi in dražjimi programi.

Med uporabniki je več žensk (67,9 %) kot moških. Povprečna starost uporabnikov je 78 let; dve tretjini uporabnikov je starih 80 let ali več (59,7 %). Večina uporabnikov je ovdovelih

(52,8 %); 23,4 % je poročenih; najmanj uporabnikov živi v zunajzakonski skupnosti (1,8 %). 21,4 % uporabnikov oskrbe na domu je brez otrok in 33,6 % nima več živčih bratov ali sester. Polovica uporabnikov živi v podeželskem naselju (50,2 %); najmanj jih živi v večjih mestih (11,8 %). Največ uporabnikov s sedanjimi dohodki ravno še shaja (49,5 %), 11,5 % pa se s sedanjimi dohodki izredno težko preživljajo. Dve tretjini anketiranih gospodinjstev ima mesečni dohodek nižji kot 750 €. Večina anketirancev prejema pokojnino (91,9 %); veliko anketirancev prejema tudi dodatek za pomoč in postrežbo (25,3 %). Večina je nizko izobraženih; 51 % jih ima osnovnošolsko izobrazbo ali manj. Skoraj polovica anketirancev je ocenila svoje zdravstveno stanje kot zadovoljivo (45,9 %); skoraj dve tretjini jih ima več kroničnih bolezni (59,6 %). Pri vprašanju *Kje ste dobili informacije o socialni oskrbi/pomoči na domu, ki jo uporabljate*, so lahko anketiranci obkrožili več odgovorov. Največ uporabnikov je informacije pridobilo od ljudi, ki so jim blizu, ali od bližnjih sorodnikov, ki so jim svetovali ali za njih pridobili informacije in storitve (46,2 %). Velik delež jih je pridobilo informacije tudi od socialne delavke na centru za socialno delo (24,5 %) in od osebnega zdravnika v zdravstvenem domu (22,3 %). Pri vprašanju *Če bi potreba po pomoči in/ali oskrbi trajala dalj časa, od koga bi najraje prejeli pomoč, če bi lahko sami izbirali*, so lahko anketiranci obkrožili največ dva odgovora. Največ uporabnikov bi si želelo, da za njih skrbi socialna oskrbovalka/pomoč na domu (58,9 %) ter hči (29,8 %) oziroma sin (28,8 %) (Hlebec in drugi, 2014, str. 75–77; str. 204–217).

5.2 Socialna oskrba na domu v Evropi

Socialna oskrba na domu oz. dostop do informacij o socialni oskrbi pa ni problem samo v Sloveniji, temveč tudi drugod po Evropi. V raziskovalnem članku *Home care in Europe: a systematic literature review*, ki izhaja iz projekta EURHOMAP, je bilo zaobseženih 74 od 5.133 potencialno relevantnih študij, ki so izpolnjevala merila za vključitev ter zagotavljajo informacije o 18 državah. Študije so bile vključene le, če so bile v skladu z opredelitvijo oskrbe na domu, objavljene med januarjem 1998 in oktobrom 2009. Od podatkov so bili vključeni značilnosti študije in »vidiki politike in ureditve« socialne oskrbe na domu, »financiranje«, »organizacija in storitev« ter »stranke in neformalni skrbniki« (Genet in drugi, 2011, str.1).

Sedanji demografski razvoj v Evropi je povzročil večje zanimanje za oskrbo na domu. Delež prebivalstva, starega 65 let in več, se povečuje, zato bo v bližnji prihodnosti vse več ljudi

odvisnih od nege in oskrbe. Vse večje povpraševanje po socialni oskrbi v kombinaciji z zmanjšanim potencialom za neformalno oskrbo povzroča povečanje storitev formalne oskrbe in odhodkov (prav tam).

Ta študija je uporabila naslednji okvir: kontekst oskrbe na domu, specifične organizacije socialne oskrbe, ter vidike financiranja. Organizacija socialne oskrbe je vključevala organizacije, ki zagotavljajo oskrbo na domu, delovno silo, populacijo strank oz. oskrbovancev, zagotavljanje storitev/oceno potreb, težave in nedavni razvoj ter odnose med službami za nego in oskrbo doma in za pomoč na domu. Zbrani podatki o financiranju so osredotočeni na plačila in zavarovanje, financiranje organizacij in plačilo formalnih izvajalcev socialne oskrbe na domu. Ta okvir je bil prilagojen po posvetovanju s konzorcijem EURHOMAP (osem mednarodnih strokovnjakov na področju raziskav zdravstvenih storitev) in ob upoštevanju podatkov iz študij, ki so izpolnjevali merila za to študijo. Iz tega izhajajo štiri ključne domene, ki so bile uporabljene v tem pregledu literature, da bi organizirali informacije: politika in regulacija, financiranje, organizacija in zagotavljanje storitev, stranke in neformalni oskrbovalci (prav tam, str. 3).

Publikacije so vsebovale informacije o 18 državah. Večina študij je zagotovila informacije o več kot eni od štirih domen. Primerjava med državami ni bila mogoča, ker so informacije izvirale iz različnih publikacij in temeljile na različnih metodah študij. Čeprav so bile informacije razpoložljive na vseh štirih področjih za mnoge države, se je obseg informacij občutno razlikoval. Nobenih informacij o socialni oskrbi niso našli za Bolgarijo, Hrvaško, Ciper, Estonijo, Grčijo, Madžarsko, Islandijo, Latvijo, Litvo, Luksemburg, Malto, Romunijo in Slovaško. Veliko študij je bilo omejenih geografsko in raziskali so samo eno občino ali območje. Drug razlog je tudi, da so te študije primeri s poudarkom na specifični storitveni strukturi in zato ne morejo imeti širšega vidika (prav tam). Če od 18 držav izpostavimo na primer Slovenijo, je bila edina razpoložljiva informacija o negi na domu oz. »zdravstvena pomoč na domu«. Pomoč pa ni na voljo po vsej državi in ni dostopna za večino starejših ljudi. Največ informacij o oskrbi na domu je bilo na voljo o Švedski (20 člankov) ter Združenem kraljestvu (16 člankov) (prav tam, str. 3–6).

Študija prikazuje mednarodne razlike v politiki socialne oskrbe na domu, pri praktični organizaciji socialne oskrbe na domu in njeni razpoložljivosti. Ta pregled je jasno pokazal, da so informacije nepopolne, razdrobljene in neprimerne za mednarodne primerjave. Študija je bila namenjena ugotavljanju, kaj je znanstvena literatura v zadnjem desetletju poročala o

socialni oskrbi na domu v Evropi, in lahko rečemo, da je pregled zagotovil veliko informacij, vendar pa ne predstavlja popolne slike o socialni oskrbi na domu za različne države v Evropi (prav tam, str. 11). Treba je poudariti tudi, da je v določenih državah socialna oskrba na domu že dosti bolj uveljavljena in raziskana storitev. Tudi zato je bilo izvedenih že več raziskav in študij kot v državah, ki se tej storitvi posvečajo šele nekaj let, kot je na primer Slovenija.

6 METODOLOGIJA

6.1 Vrsta raziskave

V diplomski nalogi bom uporabila metodo kvantitativnega raziskovanja, kar pomeni razlaganje pojavov z zbiranjem številnih podatkov, ki jih analiziramo z uporabo matematičnih metod, natančneje statistično. Cilj kvantitativnih raziskav je razviti in na družbenih pojavih uporabiti matematične metode, teorije in/ali hipoteze ter tako priti do merljivih, zanesljivih, natančnih in objektivno preverljivih spoznanj.

Raziskava je tudi eksplorativna ali poizvedovalna, kar pomeni uvod v spoznanje nekega področja oz. problematike. Namen je odkriti probleme, jih formulirati ter postaviti preverljive hipoteze. Raziskava je prav tako deskriptivna ali opisna in sledi eksplorativni: namen je količinsko opredeliti ali oceniti osnovne značilnosti proučevanega pojava oz. ugotoviti obstoj in jakost zveze med dvema ali več pojavi (Selič, 2015, str. 8).

6.2 Raziskovalna vprašanja

Raziskovalna vprašanja, na katera bom poskušala v raziskavi odgovoriti:

- Katere vire informacij so starejši ljudje uporabili pri iskanju pomoči zase, ko niso bili več zmožni samostojnega življenja?
- Ali so informacije pridobili po neformalni ali formalni poti?
- Kateri uporabniki so uporabili katere informacije? Kateri dejavniki vplivajo na to?

6.3 Hipoteze

H1: Starejši ljudje so največ informacij pri iskanju pomoči zase pridobili po neformalni poti, torej od ljudi, ki so jim blizu ali so njihovi bližnji sorodniki.

H2: Različni dejavniki, kot so spol, starost, zakonski stan, tip okolja, dohodek, izobrazba, zdravstveno stanje, vplivajo na različne načine pridobivanja informacij, ki so jih uporabniki pridobili pri iskanju pomoči zase.

6.4 Postopki zbiranja podatkov

Odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja bomo poiskali s pomočjo že prej omenjene raziskave. Rezultati raziskave so razdeljeni v tri sklope, in sicer so v prvem sklopu predstavljene demografske značilnosti uporabnikov oskrbe na domu. V drugem sklopu so predstavljena omrežja opore uporabnikov (na koga in za kakšne tipe pomoči se obračajo uporabniki socialne oskrbe na domu) ter tretji sklop, v katerem je predstavljeno ovrednotenje kakovosti storitve oskrbe na domu s strani uporabnikov.

Na podlagi že pridobljenih podatkov/odgovorov bomo s pomočjo programa SPSS izračunali statistike za ugotavljanje povezanosti: X² test, kontingenčni koeficient in Cramerjev koeficient, če ugotavljamo povezanost za nominalni tip para spremenljivk, ter Pearsonov in Spearmonov koeficient, če ugotavljamo povezanost za ordinalni in intervalni/razmernostni tip para spremenljivk.

6.5 Raziskovalni vzorec

V končnem vzorcu je bilo 4917 uporabnikov iz 154 občin. Skupaj je bilo izbranih 46 organizacij (in dodatni 2, ker sta v občini Ljubljana in Ajdovščina prisotni po 2 organizaciji).

6.6 Opis izbranih vprašanj

Za preučevanje informacij o socialni oskrbi na domu smo izbrali osem vprašanj iz celotnega vprašalnika za *Uporabnike pomoči na domu*. Zaradi lažje preglednosti in interpretacije za nadaljnjo analizo smo vse socio-demografske spremenljivke (z izjemo spola) preoblikovali v manj razredov. Vsaka spremenljivka je preoblikovana v 3 kategorije.

- Spol (1. ženski, 2. moški).
- Katerega leta ste rojeni? (19__)
Preoblikovana (rekodirana) spremenljivka: 1. od 50 do 70 let, 2. od 70 do 80 let, 3. nad 80 let.
- Kakšen je vaš trenutni zakonski stan? (1. poročen/a, 2. zunajzakonska skupnost, 3. samski/a, 4. ovdovel/a, 5. ločen/a, 6. drugo)
Preoblikovana spr.: 1 in 2 v 1. v razmerju, 3 v 2. samski/a, 4 in 5 v 3. ovdovel/ločen.
- Kako bi opisali območje, na katerem živite? (1. večje mesto, 2. manjše mesto, 3. primestno okolje, 4. strnjeno podeželsko naselje, 5. razpršeno podeželsko naselje).

Preoblikovana spr.: 1 in 2 v 1. mesto, 3 v 2. primestno okolje, 4 in 5 v 3. podeželsko naselje.

- Kako bi opisali svoje trenutno zdravstveno stanje? (1. zelo dobro, 2. dobro, 3. zadovoljivo, 4. slabo, 5. zelo slabo, 6. ne vem)

Preoblikovana spr.: 1 in 2 v 1. dobro, 3 v 2. zadovoljivo, 4 in 5 v 3. slabo.

- Kakšna je vaša najvišja dokončana izobrazba? (1. brez šolske izobrazbe, 2. nepopolna osnovnošolska izobrazba, 3. osnovnošolska izobrazba, 4. nižja ali srednja poklicna izobrazba, 5. srednja strokovna izobrazba, 6. višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba, 7. visokošolska strokovna izobrazba, 8. visokošolska univerzitetna izobrazba, 9. specializacija, 10. magisterij, 11. doktorat).

Preoblikovana spr.: 1, 2 in 3 v 1. (ne)dokončana osnovnošolska izobrazba; 4, 5 in 6 v 2. srednja šola; 7, 8, 9, 10 in 11 v 3. izobrazba po srednji šoli.

- Kakšen je skupni mesečni neto dohodek vašega celotnega gospodinjstva? Seštejte dohodke iz vseh virov. Če ne veste natančno, izberite približni odgovor. (1. do 500 €, 2. od 500 do 750 €, 3. od 750 do 1.000 €, 4. od 1.000 do 1.250 €, 5. od 1.250 do 1.500 €, 6. od 1.500 do 2.000 €, 7. od 2.000 do 2.500 €, 8. od 2.500 do 3.000 €, 9. nad 3.000 €, 10. ne vem).

Preoblikovana spr.: 1 v 1. do 500 €; 2 v 2. od 500 do 750 €; 3, 4, 5, 6, 7, 8 in 9 v 3. nad 750 €.

- Kje ste dobili informacije o socialni oskrbi/pomoči na domu, ki jo uporabljate?
 1. Od osebnega zdravnika v zdravstvenem domu.
 2. Od sestre v zdravstvenem domu.
 3. Od patronažne sestre.
 4. Od socialne oskrbovalke oziroma vodje pomoči na domu.
 5. Od socialne delavke na centru za socialno delo.
 6. Od društva upokojencev ali v informacijskem centru.
 7. Na občini.
 8. Informacije o storitvah sem pridobil/-a sam/-a iz medijev (radio, televizija, časopis, internet).
 9. Ljudje, ki so mi blizu ali moji bližnji sorodniki so mi svetovali ali pridobili informacije in storitve zame.
 10. Od prostovoljcev.
 11. Drugje (vpišite):

6.7 Rezultati analize

6.7.1 Povezanost spola s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost

Tabela 6.7.1 Povezava med pridobivanjem informacij, spolom in starostjo

Starost	Vir informacij o socialni oskrbi na domu		Spol		Spol		Hi-kvadrat	
			Ženski	Moški	Ženski	Moški	Vrednost	St. znač.
			Število	Število	Odstotki	Odstotki		
Od 50 do 70 let	Osebni zdravnik	Da	30	27	22,6 %	21,8 %	0,023	0,880
		Ne	103	97	77,4 %	78,2 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	8	6	6,0 %	4,8 %	0,172	0,678
		Ne	125	118	94,0 %	95,2 %		
	Patronažna sestra	Da	27	19	20,3 %	15,3 %	1,082	0,298
		Ne	106	105	79,7 %	84,7 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	27	30	20,3 %	24,2 %	0,563	0,453
		Ne	106	94	79,7 %	75,8 %		
	Socialne delavke	Da	37	48	27,8 %	38,7 %	3,438	0,064
		Ne	96	76	72,2 %	61,3 %		
	Društvo upokojencev	Da	3	1	2,3 %	0,8 %	0,880	0,348
		Ne	130	123	97,7 %	99,2 %		
	Občini	Da	7	2	5,3 %	1,6 %	2,530	0,112
		Ne	126	122	94,7 %	98,4 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	13	14	9,8 %	11,3 %	0,157	0,692
		Ne	120	110	90,2 %	88,7 %		
Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	43	40	32,3 %	32,3 %	0,000	0,990	
	Ne	90	84	67,7 %	67,7 %			
Prostovoljci	Da	3	0	2,3 %	0,0 %	2,830	0,093	
	Ne	130	124	97,7 %	100,0 %			
Drugje (vpišite):	Da	15	9	11,3 %	7,3 %	1,225	0,268	
	Ne	118	115	88,7 %	92,7 %			
Od 70 do 80 let	Osebni zdravnik	Da	67	40	24,6 %	28,6 %	0,746	0,388
		Ne	205	100	75,4 %	71,4 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	13	5	4,8 %	3,6 %	0,323	0,570
		Ne	259	135	95,2 %	96,4 %		
	Patronažna sestra	Da	61	28	22,4 %	20,0 %	0,321	0,571
		Ne	211	112	77,6 %	80,0 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	45	32	16,5 %	22,9 %	2,424	0,119
		Ne	227	108	83,5 %	77,1 %		
	Socialna delavka	Da	59	30	21,7 %	21,4 %	0,004	0,951
		Ne	213	110	78,3 %	78,6 %		
	Društvo upokojencev	Da	2	2	0,7 %	1,4 %	0,462	0,497
		Ne	270	138	99,3 %	98,6 %		
	Občina	Da	9	3	3,3 %	2,1 %	0,444	0,505
		Ne	263	137	96,7 %	97,9 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	25	8	9,2 %	5,7 %	1,516	0,218
		Ne	247	132	90,8 %	94,3 %		
Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	127	60	46,7 %	42,9 %	0,548	0,459	
	Ne	145	80	53,3 %	57,1 %			
Prostovoljci	Da	1	1	0,4 %	0,7 %	0,230	0,632	
	Ne	271	139	99,6 %	99,3 %			
Drugje (vpišite):	Da	8	8	2,9 %	5,7 %	1,904	0,168	
	Ne	264	132	97,1 %	94,3 %			

Nad 80 let	Osebni zdravnik	Da	126	52	19,4 %	24,6 %	2,654	0,103
		Ne	523	159	80,6 %	75,4 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	30	10	4,6 %	4,7 %	0,005	0,944
		Ne	619	201	95,4 %	95,3 %		
	Patronažna sestra	Da	115	44	17,7 %	20,9 %	1,037	0,308
		Ne	534	167	82,3 %	79,1 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	99	44	15,3 %	20,9 %	3,601	0,058
		Ne	550	167	84,7 %	79,1 %		
	Socialna delavka	Da	143	40	22,0 %	19,0 %	0,900	0,343
		Ne	506	171	78,0 %	81,0 %		
	Društvo upokojencev	Da	9	8	1,4 %	3,8 %	4,752	0,029
		Ne	640	203	98,6 %	96,2 %		
	Občina	Da	17	3	2,6 %	1,4 %	1,011	0,315
		Ne	631	208	97,4 %	98,6 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	54	21	8,3 %	10,0 %	0,533	0,465
		Ne	595	190	91,7 %	90,0 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	343	110	52,9 %	52,1 %	0,033	0,856
		Ne	306	101	47,1 %	47,9 %		
	Prostovoljci	Da	7	2	1,1 %	0,9 %	0,026	0,871
		Ne	642	209	98,9 %	99,1 %		
Drugje (vpišite):	Da	21	6	3,2 %	2,8 %	0,081	0,777	
	Ne	628	205	96,8 %	97,2 %			

Iz tabele je razvidno, da med spoloma ni razlik, razen v starostni skupini od 50 do 70 let, kjer so ženske največ informacij pridobile od ljudi, ki so jim blizu, ali njihovi bližnji sorodniki, ki so jim svetovali ali pridobili informacije in storitve za njih (32,3 %). Moški so največ informacij dobili od socialne delavke na centru za socialno delo (38,7 %). Po odstotkih pa v obratnem vrstnem redu sledi, da so ženske (27,8 %) pridobile informacije od socialne delavke in moški (32,3 %) od ljudi, ki so jim blizu oz. bližnjih sorodnikov. Ženske (46,7 %) in moški (42,9 %), stari od 70 do 80 so največ informacij o socialni oskrbi pridobili od ljudi, ki so jim blizu oz. bližnji sorodniki. Sledi pridobivanje informacij od osebnega zdravnika, in sicer je tako odgovorilo 24,6 % žensk in 28,6 % moških. Prav tako so največ informacij od bližnjih ljudi oz. znancev dobile ženske (52,9 %) in moški (52,1 %), stari nad 80 let. Pri ženskah z 22,0 % sledi pridobitev informacij od socialne delavke, pri moških pa z 24,6 % pridobitev informacij od osebnega zdravnika. V vseh starostnih kategorijah so uporabniki glede na spol najmanj informacij dobili od prostovoljcev in društva upokojencev.

Če pogledamo vrednosti in stopnje značilnosti Hi-kvadratov, ugotovimo, da lahko ob stopnji značilnosti, manjši od 0,5 %, trdimo, da spol vpliva na pridobivanje informacij od društva upokojencev ali v informacijskem centru pri uporabnikih, starih nad 80 let (vrednost testa znaša 4,752, statistična značilnost pa 0,029). V vseh ostalih primerih statistične razlike ne obstajajo. V petih primerih so bile predpostavke kršene, saj je bil dovoljeni delež pričakovanih frekvenc večji od 25 %, zato smo uporabili nadomestni hi- kvadrat test

razmerij verjetnosti (Likelihood Ratio Chi- square). V enem primeru pride do spremembe rezultata, in sicer po hi- kvadrat testu razmerij verjetnosti ugotovimo, da spol vpliva na pridobivanje informacij od prostovoljcev (vrednost je 3,985, statistična značilnost je 0,046) pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let.

6.7.2 Povezanost zakonskega stana s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost

V spodnji tabeli lahko vidimo, da ni razlik med zakonskim stanom, razen pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let, ki so v razmerju. Ti so največkrat podali odgovor, da so informacije dobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov (31,8 %) ter od osebnega zdravnika (27,3 %). Ločeni/ovdoveli so največ informacij dobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov (41,2 %) ter od socialne delavke (27,9 %). 44,0 % uporabnikov, ki so stari od 50 do 70 let ter so samski, so največ informacij pridobili od socialne delavke ter od ljudi, ki so jim blizu (27,0 %). Uporabniki, stari od 70 do 80 let so glede na zakonski stan v vseh skupinah največkrat podali odgovor, da so informacije pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Tako je odgovorilo 41,7 % uporabnikov, ki so v razmerju, 39,5 % uporabnikov, ki so samski, in 48,7 % uporabnikov, ki so ločeni/ovdoveli. Po odstotkih sledi pridobivanje informacij od osebnega zdravnika in socialne delavke. Uporabniki stari nad 80 let so glede na zakonski stan prav tako v vseh skupinah največkrat podali odgovor, da so informacije dobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Tako je odgovorilo 54,1 % uporabnikov, ki so v razmerju, 51,2 % uporabnikov, ki so samski, in 52,6 % tistih, ki so ločeni/ovdoveli. Po odstotkih sledi pridobivanje informacij od osebnega zdravnika, patronažne sestre in socialne delavke. V vseh starostnih kategorijah so uporabniki glede na zakonski stan najmanj informacij pridobili od prostovoljcev in društva upokojencev.

Vrednosti in stopnje značilnosti Hi-kvadratov nam pokažejo, da lahko ob stopnji značilnosti, manjši od 0,5 %, trdimo, da zakonski stan vpliva na pridobivanje informacij od socialne delavke na centru za socialno delo (vrednost je 8,775, statistična značilnost 0,012) ter na pridobivanje informacij iz medijev (vrednost je 6,873, statistična značilnost 0,032) pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let. Zakonski stan pri uporabnikih, starih od 70 do 80 let, prav tako vpliva na pridobivanje informacij od osebnega zdravnika (vrednost je 12,459, statistična značilnost je 0,002), od patronažne sestre (vrednost je 6,085, statistična značilnost je 0,048) in na informacije pridobljene drugje (vrednost je 8,556, statistična značilnost je 0,014).

Zakonski stan vpliva tudi na pridobivanje informacij od osebnega zdravnika (vrednost je 6,289, statistična značilnost je 0,043) in patronažne sestre (vrednost je 10,589, statistična značilnost je 0,005) pri uporabnikih, starih nad 80 let. V desetih primerih so bile predpostavke kršene, saj je bil dovoljeni delež pričakovanih frekvenc večji od 25 %, zato smo uporabili nadomestni hi- kvadrat test razmerij verjetnosti (Likelihood Ratio Chi- square).

Tabela 6.7.2 Povezava med pridobivanjem informacij, zakonskim stanom in starostjo

Starost	Viri informacij o socialni oskrbi na domu		Zakonski stan			Zakonski stan			Hi-kvadrat	
			V razmerju	Samski	Ločen/ovdovel	V razmerju	Samski	Ločen/ovdovel	Vrednost	St. znač.
			Število	Število	Število	Odstotki	Odstotki	Odstotki		
Od 50 do 70 let	Osebni zdravnik	Da	24	18	14	27,3 %	18,0 %	20,6 %	2,445	0,295
		Ne	64	82	54	72,7 %	82,0 %	79,4 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	2	6	5	2,3 %	6,0 %	7,4 %	2,343	0,310
		Ne	86	94	63	97,7 %	94,0 %	92,6 %		
	Patronažna sestra	Da	19	16	10	21,6 %	16,0 %	14,7 %	1,537	0,464
		Ne	69	84	58	78,4 %	84,0 %	85,3 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	18	25	13	20,5 %	25,0 %	19,1 %	0,978	0,613
		Ne	70	75	55	79,5 %	75,0 %	80,9 %		
	Socialna delavka	Da	22	44	19	25,0 %	44,0 %	27,9 %	8,775	0,012
		Ne	66	56	49	75,0 %	56,0 %	72,1 %		
	Društvo upokojencev	Da	1	1	2	1,1 %	1,0 %	2,9 %	1,150	0,563
		Ne	87	99	66	98,9 %	99,0 %	97,1 %		
	Občina	Da	2	4	3	2,3 %	4,0 %	4,4 %	0,631	0,729
		Ne	86	96	65	97,7 %	96,0 %	95,6 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	14	11	2	15,9 %	11,0 %	2,9 %	6,873	0,032
		Ne	74	89	66	84,1 %	89,0 %	97,1 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	28	27	28	31,8 %	27,0 %	41,2 %	3,735	0,155
		Ne	60	73	40	68,2 %	73,0 %	58,8 %		
	Prostovoljci	Da	2	0	1	2,3 %	0,0 %	1,5 %	2,159	0,340
		Ne	86	100	67	97,7 %	100,0 %	98,5 %		
Drugje (vpišite):	Da	7	7	10	8,0 %	7,0 %	14,7 %	3,147	0,207	
	Ne	81	93	58	92,0 %	93,0 %	85,3 %			

Od 70 do 80 let	Osebni zdravnik	Da	51	5	51	35,4 %	11,6 %	22,8 %	12,459	0,002
		Ne	93	38	173	64,6 %	88,4 %	77,2 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	10	0	8	6,9 %	0,0 %	3,6 %	4,581	0,101
		Ne	134	43	216	93,1 %	100,0 %	96,4 %		
	Patronažna sestra	Da	41	8	40	28,5 %	18,6 %	17,9 %	6,085	0,048
		Ne	103	35	184	71,5 %	81,4 %	82,1 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	22	13	42	15,3 %	30,2 %	18,8 %	4,864	0,088
		Ne	122	30	182	84,7 %	69,8 %	81,3 %		
	Socialna delavka	Da	28	12	49	19,4 %	27,9 %	21,9 %	1,412	0,494
		Ne	116	31	175	80,6 %	72,1 %	78,1 %		
	Društvo upokojencev	Da	3	0	1	2,1 %	0,0 %	0,4 %	2,909	0,234
		Ne	141	43	223	97,9 %	100,0 %	99,6 %		
	Občina	Da	6	1	5	4,2 %	2,3 %	2,2 %	1,217	0,544
		Ne	138	42	219	95,8 %	97,7 %	97,8 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	12	4	17	8,3 %	9,3 %	7,6 %	0,171	0,918
		Ne	132	39	207	91,7 %	90,7 %	92,4 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	60	17	109	41,7 %	39,5 %	48,7 %	2,365	0,307
		Ne	84	26	115	58,3 %	60,5 %	51,3 %		
Prostovoljci	Da	0	1	1	0,0 %	2,3 %	0,4 %	3,715	0,156	
	Ne	144	42	223	100,0 %	97,7 %	99,6 %			
Drugje (vpišite):	Da	6	5	5	4,2 %	11,6 %	2,2 %	8,556	0,014	
	Ne	138	38	219	95,8 %	88,4 %	97,8 %			
Nad 80 let	Osebni zdravnik	Da	47	16	115	27,6 %	18,6 %	19,0 %	6,289	0,043
		Ne	123	70	490	72,4 %	81,4 %	81,0 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	13	3	25	7,6 %	3,5 %	4,1 %	3,957	0,138
		Ne	157	83	580	92,4 %	96,5 %	95,9 %		
	Patronažna sestra	Da	44	20	95	25,9 %	23,3 %	15,7 %	10,589	0,005
		Ne	126	66	510	74,1 %	76,7 %	84,3 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	23	13	108	13,5 %	15,1 %	17,9 %	1,957	0,376
		Ne	147	73	497	86,5 %	84,9 %	82,1 %		
	Socialna delavka	Da	31	16	137	18,2 %	18,6 %	22,6 %	1,970	0,373
		Ne	139	70	468	81,8 %	81,4 %	77,4 %		
	Društvo upokojencev	Da	6	3	8	3,5 %	3,5 %	1,3 %	4,472	0,107
		Ne	164	83	597	96,5 %	96,5 %	98,7 %		
	Občina	Da	5	4	11	2,9 %	4,7 %	1,8 %	3,008	0,222
		Ne	165	82	593	97,1 %	95,3 %	98,2 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	15	7	53	8,8 %	8,1 %	8,8 %	0,040	0,980
		Ne	155	79	552	91,2 %	91,9 %	91,2 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	92	44	318	54,1 %	51,2 %	52,6 %	0,223	0,895
		Ne	78	42	287	45,9 %	48,8 %	47,4 %		
Prostovoljci	Da	2	1	6	1,2 %	1,2 %	1,0 %	0,057	0,972	
	Ne	168	85	599	98,8 %	98,8 %	99,0 %			
Drugje (vpišite):	Da	5	4	18	2,9 %	4,7 %	3,0 %	0,723	0,697	
	Ne	165	82	587	97,1 %	95,3 %	97,0 %			

6.7.3 Povezanost zdravstvenega stanja s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost

Tabela 6.7.3 Povezava med pridobivanjem informacij, zdravstvenim stanjem in starostjo

Starost	Viri informacij o socialni oskrbi	Zdravstveno stanje			Zdravstveno stanje			Hi-kvadrat		
		Dobro	Zadovoljivo	Slabo	Dobro	Zadovoljivo	Slabo	Vrednost	St. znač.	
		Število	Število	Število	Odstotki	Odstotki	Odstotki			
Od 50 do 70 let	Osebni zdravnik	Da	7	28	22	18,9 %	25,2 %	22,4 %	0,668	0,716
		Ne	30	83	76	81,8 %	74,8 %	77,6 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	2	8	4	5,4 %	7,2 %	4,1 %	0,954	0,621
		Ne	35	103	94	94,6 %	92,8 %	95,9 %		
	Patronažna sestra	Da	4	21	17	10,8 %	18,9 %	17,3 %	1,297	0,523
		Ne	33	90	81	89,2 %	81,1 %	82,7 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	13	24	19	35,1 %	21,6 %	19,4 %	3,938	0,140
		Ne	24	87	79	64,9 %	78,4 %	80,6 %		
	Socialna delavka	Da	17	39	27	45,9 %	35,1 %	27,6 %	4,241	0,120
		Ne	20	72	71	54,1 %	64,9 %	72,4 %		
	Društvo upokojencev	Da	0	1	3	0,0 %	0,9 %	3,1 %	2,238	0,327
		Ne	37	110	95	100,0 %	99,1 %	96,9 %		
	Občina	Da	2	5	2	5,4 %	4,5 %	2,0 %	1,273	0,529
		Ne	35	106	96	94,6 %	95,5 %	98,0 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	2	12	11	5,4 %	10,8 %	11,2 %	1,089	0,580
		Ne	35	99	87	94,6 %	89,2 %	88,8 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	7	39	34	18,9 %	35,1 %	34,7 %	3,676	0,159
		Ne	30	72	64	81,1 %	64,9 %	65,3 %		
	Prostovoljci	Da	0	1	2	0,0 %	0,9 %	2,0 %	1,099	0,577
		Ne	37	110	96	100,0 %	99,1 %	98,0 %		
Drugje (vpišite):	Da	4	12	8	10,8 %	10,8 %	8,2 %	0,469	0,791	
	Ne	33	99	90	89,2 %	89,2 %	91,8 %			

Od 70 do 80 let	Osebni zdravnik	Da	5	48	50	19,2 %	26,4 %	25,6 %	0,611	0,737
		Ne	21	134	145	80,8 %	73,6 %	74,4 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	2	5	11	7,7 %	2,7 %	5,6 %	2,525	0,283
		Ne	24	177	184	92,3 %	97,3 %	94,4 %		
	Patronažna sestra	Da	8	29	52	30,8 %	15,9 %	26,7 %	7,52	0,023
		Ne	18	153	143	69,2 %	84,1 %	73,3 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	0	38	37	0,0 %	20,9 %	19,0 %	6,581	0,037
		Ne	26	144	158	100,0 %	79,1 %	81,0 %		
	Socialna delavka	Da	4	39	43	15,4 %	21,4 %	22,1 %	0,609	0,738
		Ne	22	143	152	84,6 %	78,6 %	77,9 %		
	Društvo upokojencev	Da	0	2	2	0,0 %	1,1 %	1,0 %	0,284	0,868
		Ne	26	180	193	100,0 %	98,9 %	99,0 %		
	Občina	Da	0	6	6	0,0 %	3,3 %	3,1 %	0,869	0,648
		Ne	26	176	189	100,0 %	96,7 %	96,9 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	2	16	15	7,7 %	8,8 %	7,7 %	0,160	0,923
		Ne	24	166	180	92,3 %	91,2 %	92,3 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	17	89	79	65,4 %	48,9 %	40,5 %	6,914	0,032
		Ne	9	93	116	34,6 %	51,1 %	59,5 %		
Prostovoljci	Da	0	2	0	0,0 %	1,1 %	0,0 %	2,441	0,295	
	Ne	26	180	195	100,0 %	98,9 %	100,0 %			
Drugje (vpišite):	Da	2	5	9	7,7 %	2,7 %	4,6 %	1,872	0,392	
	Ne	24	177	186	92,3 %	97,3 %	95,4 %			
Nad 80 let	Osebni zdravnik	Da	14	72	90	21,9 %	18,1 %	23,6 %	3,509	0,173
		Ne	50	325	292	78,1 %	81,9 %	76,4 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	2	17	21	3,1 %	4,3 %	5,5 %	1,038	0,595
		Ne	62	380	361	96,9 %	95,7 %	94,5 %		
	Patronažna sestra	Da	8	65	84	12,5 %	16,4 %	22,0 %	5,766	0,056
		Ne	56	332	298	87,5 %	83,6 %	78,0 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	10	66	65	15,6 %	16,6 %	17,0 %	0,082	0,960
		Ne	54	331	317	84,4 %	83,4 %	83,0 %		
	Socialna delavka	Da	15	80	86	23,4 %	20,2 %	22,5 %	0,803	0,669
		Ne	49	317	296	76,6 %	79,8 %	77,5 %		
	Društvo upokojencev	Da	1	12	4	1,6 %	3,0 %	1,0 %	3,917	0,141
		Ne	63	385	378	98,4 %	97,0 %	99,0 %		
	Občina	Da	0	10	9	0,0 %	2,5 %	2,4 %	1,624	0,444
		Ne	64	386	373	100,0 %	97,5 %	97,6 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	6	32	34	9,4 %	8,1 %	8,9 %	0,238	0,888
		Ne	58	365	348	90,6 %	91,9 %	91,1 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	29	215	199	45,3 %	54,2 %	52,1 %	1,787	0,409
		Ne	35	182	183	54,7 %	45,8 %	47,9 %		
Prostovoljci	Da	0	4	5	0,0 %	1,0 %	1,3 %	0,915	0,633	
	Ne	64	393	377	100,0 %	99,0 %	98,7 %			
Drugje (vpišite):	Da	2	13	12	3,1 %	3,3 %	3,1 %	0,012	0,994	
	Ne	62	384	370	96,9 %	96,7 %	96,9 %			

V zgornji tabeli lahko vidimo, da med zdravstvenim stanjem ni razlik, razen pri uporabnikih v starostni kategoriji od 50 do 70 let, ki imajo dobro zdravstveno stanje, ki so največ informacij dobili od socialne delavke (45,9 %) in od socialne oskrbovalke (35,1 %). Uporabniki z zadovoljivim zdravstvenim stanjem so največ informacij pridobili od socialne delavke in od znancev oziroma bližnjih sorodnikov (35,1 %). Uporabniki s slabim zdravstvenim stanjem pa so največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov (34,7 %) ter od socialne delavke (27,6 %). V starostni kategoriji od 70 do 80 let so glede na zdravstveno stanje v vseh skupinah največkrat podali odgovor, da so informacije pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Tako je odgovorilo 65,4 % uporabnikov, ki imajo dobro zdravstveno stanje, 48,9 % ljudi, ki imajo zadovoljivo zdravstveno stanje ter 40,5 % uporabnikov s slabim zdravstvenim stanjem. Po odstotkih sledi pridobivanje informacij od patronažne sestre in osebnega zdravnika. V starostni kategoriji nad 80 let so glede na zdravstveno stanje v vseh skupinah prav tako največkrat podali odgovor, da so informacije pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov, in sicer 45,3 % uporabnikov, ki imajo dobro zdravstveno stanje, 54,2 % uporabnikov, ki imajo zadovoljivo zdravstveno stanje, in 52,1 % uporabnikov, ki imajo slabo zdravstveno stanje. Z nekaj manj odstotki sledi pridobivanje informacij od socialne delavke in osebnega zdravnika. V vseh starostnih kategorijah pa so glede na zdravstveno stanje uporabniki najmanj informacij dobili od prostovoljcev, društva upokojencev ter na občini.

Če pogledamo vrednosti in stopnje značilnosti Hi-kvadratov, ugotovimo, da lahko ob stopnji značilnosti, manjši od 0,5 % trdimo, da zdravstveno stanje vpliva na pridobivanje informacij od patronažne sestre (vrednost testa znaša 7,520, statistična značilnost pa 0,023), od socialne oskrbovalke (vrednost je 6,581, statistična značilnost je 0,037) in od znancev oziroma bližnjih sorodnikov (vrednost je 6,914, statistična značilnost je 0,032) pri uporabnikih, starih od 70 do 80 let. V šestih primerih so bile predpostavke kršene, saj je bil dovoljeni delež pričakovanih frekvenc večji od 25 %, zato smo uporabili nadomestni hi-kvadrat test razmerij verjetnosti (Likelihood Ratio Chi-square).

6.7.4 Povezanost izobrazbe s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost

V spodnji tabeli lahko vidimo, da med izobrazbo ni razlik, razen pri uporabnikih v starostni skupini od 50 do 70 let, ki imajo (ne)dokončano osnovno šolo, ki so največ informacij dobili od socialne delavke (40,9 %) ter od znancev oz. bližnjih sorodnikov (30,4 %). Tisti, ki imajo dokončano srednjo šolo, so največ informacij dobili od znancev oz. bližnjih sorodnikov (32,1 %) ter od socialne delavke (31,1 %). Uporabniki z najvišjo izobrazbo so največ informacij pridobili iz medijev (40,0 %) in od znancev oz. bližnjih sorodnikov (33,3 %). V starostni kategoriji od 70 do 80 let so vsi uporabniki glede na izobrazbo, ki imajo (ne)dokončano osnovno šolo, največ informacij dobili od znancev oz. bližnjih sorodnikov. Tako je odgovorilo 47,3 %, ki imajo (ne)dokončano osnovno šolo, 46,3 % tistih, ki imajo dokončano srednjo šolo in 28,6 % tistih, ki imajo najvišjo izobrazbo. Po odstotkih sledi pridobivanje informacij od osebnega zdravnika (23,7 % tistih, ki imajo (ne)dokončano osnovno šolo, 28,0 % tistih z dokončano srednjo šolo in 28,6 % tistih z najvišjo izobrazbo). V starostni skupini nad 80 let so glede na izobrazbo v vseh skupinah uporabniki največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov, in sicer je tako odgovorilo 54,9 % tistih, ki imajo (ne)dokončano osnovno šolo, 47,3 % tistih, ki imajo dokončano srednjo šolo, in 59,7 % tistih z najvišjo izobrazbo. Sledi pridobivanje informacij od osebnega zdravnika ter socialne delavke. V vseh starostnih kategorijah so glede na izobrazbo uporabniki najmanj informacij dobili od prostovoljcev, društva upokojencev in na občini.

Vrednosti in stopnje značilnosti Hi-kvadratov nam pokažejo, da lahko ob stopnji značilnosti, manjši od 0,5 % trdimo, da izobrazba vpliva na pridobivanje informacij od osebnega zdravnika (vrednost testa je 6,053, statistična značilnost je 0,048), socialne delavke (vrednost testa je 12,851, statistična značilnost je 0,002) in iz medijev (vrednost testa je 34,347, statistična značilnost je 0,001) pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let. Trdimo lahko tudi, da izobrazba vpliva na pridobivanje informacij od društva upokojencev (vrednost je 6,780, statistična značilnost je 0,034), na občini (vrednost je 6,200, statistična značilnost je 0,045) in iz medijev (vrednost je 6,427, statistična značilnost je 0,040) pri uporabnikih, starih med 70 in 80 let. Izobrazba prav tako vpliva na pridobivanje informacij od društva upokojencev ali v informacijskem centru (vrednost je 21,539, statistična značilnost je 0,001) in od znancev oziroma bližnjih sorodnikov (vrednost je 5,860, statistična značilnost je 0,053) pri uporabnikih, starih nad 80 let. V šestih primerih so bile

predpostavke kršene, saj je bil dovoljeni delež pričakovanih frekvenc večji od 25 %, zato smo uporabili nadomestni hi- kvadrat test razmerij verjetnosti (Likelihood Ratio Chi-square). Ugotovimo, da je v primeru povezave med izobrazbo in pridobivanjem informacij od društva upokojencev ($p=0,034$) pri uporabnikih, starih od 70 do 80 let, Hi- kvadrat test neveljaven, saj je bil dovoljeni delež pričakovanih frekvenc 50 %, zato smo preverili rezultat še z nadomestnim testom (vrednost je 4,010, statistična značilnost je 0,135). Ugotovimo, da povezava ne obstaja.

Tabela 6.7.4 Povezava med pridobivanjem informacij, izobrazbo in starostjo

Starost	Vir informacij o socialni oskrbi na domu		Izobrazba			Izobrazba			Hi-kvadrat	
			(ne)dokončana osnovna šola	Srednja šola	Izobrazba po srednji šoli	(ne)dokončana osnovna šola	Srednja šola	Izobrazba po srednji šoli	Vrednost	St. znač.
			Število	Število	Število	Odstotki	Odstotki	Odstotki		
Od 50 do 70 let	Osební zdravnik	Da	33	20	3	28,7 %	18,9 %	10,0 %	6,053	0,048
		Ne	82	86	27	71,3 %	81,1 %	90,0 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	7	6	1	6,1 %	5,7 %	3,3 %	0,345	0,842
		Ne	108	100	29	93,9 %	94,3 %	96,7 %		
	Patronažna sestra	Da	19	21	5	16,5 %	19,8 %	16,7 %	0,443	0,802
		Ne	96	85	25	83,5 %	80,2 %	83,3 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	27	25	4	23,5 %	23,6 %	13,3 %	1,585	0,453
		Ne	88	81	26	76,5 %	76,4 %	86,7 %		
	Socialna delavka	Da	47	33	2	40,9 %	31,1 %	6,7 %	12,851	0,002
		Ne	68	73	28	59,1 %	68,9 %	93,3 %		
	Društvo upokojencev	Da	2	2	0	1,7 %	1,9 %	0,0 %	0,559	0,756
		Ne	113	104	30	98,3 %	98,1 %	100,0 %		
	Občina	Da	5	3	1	4,3 %	2,8 %	3,3 %	0,374	0,830
		Ne	110	103	29	95,7 %	97,2 %	96,7 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	4	10	12	3,5 %	9,4 %	40,0 %	34,347	0,001
		Ne	111	96	18	96,5 %	90,6 %	60,0 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	35	34	10	30,4 %	32,1 %	33,3 %	0,123	0,940
		Ne	80	72	20	69,6 %	67,9 %	66,7 %		
	Prostovoljci	Da	3	0	0	2,6 %	0,0 %	0,0 %	3,591	0,166
		Ne	112	106	30	97,4 %	100,0 %	100,0 %		
Druge (vpišite):	Da	8	13	3	7,0 %	12,3 %	10,0 %	1,804	0,406	
	Ne	107	93	27	93,0 %	87,7 %	90,0 %			

Od 70 do 80 let	Osebni zdravnik	Da	44	49	12	23,7 %	28,0 %	28,6 %	1,037	0,595
		Ne	142	126	30	76,3 %	72,0 %	71,4 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	10	7	1	5,4 %	4,0 %	2,4 %	0,878	0,645
		Ne	176	168	41	94,6 %	96,0 %	97,6 %		
	Patronažna sestra	Da	41	34	12	22,0 %	19,4 %	28,6 %	1,715	0,424
		Ne	145	141	30	78,0 %	80,6 %	71,4 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	29	37	10	15,6 %	21,1 %	23,8 %	2,567	0,277
		Ne	157	138	32	84,4 %	78,9 %	76,2 %		
	Socialna delavka	Da	41	37	10	22,0 %	21,1 %	23,8 %	0,150	0,928
		Ne	145	138	32	78,0 %	78,9 %	76,2 %		
	Društvo upokojencev	Da	1	1	2	0,5 %	0,6 %	4,8 %	6,780	0,034
		Ne	185	174	40	99,5 %	99,4 %	95,2 %		
	Na občini	Da	9	1	2	4,8 %	0,6 %	4,8 %	6,200	0,045
		Ne	177	174	40	95,2 %	99,4 %	95,2 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	8	20	4	4,3 %	11,4 %	9,5 %	6,427	0,040
		Ne	178	155	38	95,7 %	88,6 %	90,5 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	88	81	12	47,3 %	46,3 %	28,6 %	5,099	0,078
		Ne	98	94	30	52,7 %	53,7 %	71,4 %		
Prostovoljci	Da	1	1	0	0,5 %	0,6 %	0,0 %	0,236	0,889	
	Ne	185	174	42	99,5 %	99,4 %	100,0 %			
Drugje (vpišite):	Da	5	8	3	2,7 %	4,6 %	7,1 %	2,077	0,354	
	Ne	181	167	39	97,3 %	95,4 %	92,9 %			
Nad 80 let	Osebni zdravnik	Da	97	60	18	21,0 %	20,0 %	23,4 %	0,432	0,806
		Ne	366	240	59	79,0 %	80,0 %	76,6 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	27	12	1	5,8 %	4,0 %	1,3 %	3,588	0,166
		Ne	436	288	76	94,2 %	96,0 %	98,7 %		
	Patronažna sestra	Da	95	48	14	20,5 %	16,0 %	18,2 %	2,460	0,292
		Ne	368	252	63	79,5 %	84,0 %	81,8 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	71	57	15	15,3 %	19,0 %	19,5 %	2,093	0,351
		Ne	392	243	62	84,7 %	81,0 %	80,5 %		
	Socialna delavka	Da	112	59	11	24,2 %	19,7 %	14,3 %	4,916	0,086
		Ne	351	241	66	75,8 %	80,3 %	85,7 %		
	Društvo upokojencev	Da	0	13	4	0,0 %	4,3 %	5,2 %	21,539	0,001
		Ne	463	287	73	100,0 %	95,7 %	94,8 %		
	Na občini	Da	7	8	4	1,5 %	2,7 %	5,2 %	4,400	0,111
		Ne	456	291	73	98,5 %	97,3 %	94,8 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	33	32	7	7,1 %	10,7 %	9,1 %	2,939	0,230
		Ne	430	268	70	92,9 %	89,3 %	90,9 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	254	142	46	54,9 %	47,3 %	59,7 %	5,860	0,053
		Ne	209	158	31	45,1 %	52,7 %	40,3 %		
Prostovoljci	Da	4	3	2	0,9 %	1,0 %	2,6 %	1,894	0,388	
	Ne	459	297	75	99,1 %	99,0 %	97,4 %			
Drugje (vpišite):	Da	9	15	2	1,9 %	5,0 %	2,6 %	5,739	0,057	
	Ne	454	285	75	98,1 %	95,0 %	97,4 %			

6.7.5 Povezanost dohodka s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost

Tabela 6.7.5 Povezava med pridobivanjem informacij, dohodkom in starostjo

Starost	Viri informacij o socialni oskrbi na domu	Dohodek			Dohodek			Hi-kvadrat		
		Do 500 €	Od 500 do 750 €	Nad 750 €	Do 500 €	Od 500 do 750 €	Nad 750 €	Vrednost	St. znač.	
		Število	Število	Število	Odstotki	Odstotki	Odstotki			
Od 50 do 70 let	Osebni zdravnik	Da	22	13	16	25,6 %	19,7 %	19,8 %	1,087	0,581
		Ne	64	53	65	74,4 %	80,3 %	80,2 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	8	3	2	9,3 %	4,5 %	2,5 %	3,884	0,143
		Ne	78	63	79	90,7 %	95,5 %	97,5 %		
	Patronažna sestra	Da	17	10	16	19,8 %	15,2 %	19,8 %	0,668	0,716
		Ne	69	56	65	80,2 %	84,8 %	80,2 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	20	18	15	23,3 %	27,3 %	18,5 %	1,606	0,448
		Ne	66	48	66	76,7 %	72,7 %	81,5 %		
	Socialna delavka	Da	39	22	18	45,3 %	33,3 %	22,2 %	9,969	0,007
		Ne	47	44	63	54,7 %	66,7 %	77,8 %		
	Društvo upokojencev	Da	1	2	1	1,2 %	3,0 %	1,2 %	0,943	0,624
		Ne	85	64	80	98,8 %	97,0 %	98,8 %		
	Občina	Da	7	2	0	8,1 %	3,0 %	0,0 %	7,614	0,022
		Ne	79	64	81	91,9 %	97,0 %	100,0 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	1	6	13	1,2 %	9,1 %	16,0 %	11,811	0,003
		Ne	85	60	68	98,8 %	90,9 %	84,0 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	18	23	31	20,9 %	34,8 %	38,3 %	6,547	0,038
		Ne	68	43	50	79,1 %	65,2 %	61,7 %		
	Prostovoljci	Da	1	1	1	1,2 %	1,5 %	1,2 %	0,039	0,981
		Ne	85	65	80	98,8 %	98,5 %	98,8 %		
Drugje (vpišite):	Da	6	7	9	7,0 %	10,6 %	11,1 %	0,980	0,613	
	Ne	80	59	72	93,0 %	89,4 %	88,9 %			

Od 70 do 80 let	Osebni zdravnik	Da	30	29	39	26,8 %	24,8 %	27,7 %	0,278	0,870
		Ne	82	88	102	73,2 %	75,2 %	72,3 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	5	5	5	4,5 %	4,3 %	3,5 %	0,156	0,925
		Ne	107	112	136	95,5 %	95,7 %	96,5 %		
	Patronažna sestra	Da	28	20	31	25,0 %	17,1 %	22,0 %	2,185	0,335
		Ne	84	97	110	75,0 %	82,9 %	78,0 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	15	31	26	13,4 %	26,5 %	18,4 %	6,420	0,040
		Ne	97	86	115	86,6 %	73,5 %	81,6 %		
	Socialna delavka	Da	33	22	30	29,5 %	18,8 %	21,3 %	4,046	0,132
		Ne	79	95	111	70,5 %	81,2 %	78,7 %		
	Društvo upokojencev	Da	0	2	2	0,0 %	1,7 %	1,4 %	1,806	0,405
		Ne	112	115	139	100,0 %	98,3 %	98,6 %		
	Občina	Da	4	4	4	3,6 %	3,4 %	2,8 %	0,124	0,940
		Ne	108	113	137	96,4 %	96,6 %	97,2 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	7	9	13	6,3 %	7,7 %	9,2 %	0,767	0,681
		Ne	105	108	128	93,8 %	92,3 %	90,8 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	45	55	65	40,2 %	47,0 %	46,1 %	1,289	0,525
		Ne	67	62	76	59,8 %	53,0 %	53,9 %		
Prostovoljci	Da	0	2	0	0,0 %	1,7 %	0,0 %	4,348	0,114	
	Ne	112	115	141	100,0 %	98,3 %	100,0 %			
Drugje (vpišite):	Da	4	4	7	3,6 %	3,4 %	5,0 %	0,489	0,783	
	Ne	108	113	134	96,4 %	96,6 %	95,0 %			
Nad 80 let	Osebni zdravnik	Da	41	48	71	18,8 %	19,6 %	24,8 %	3,346	0,188
		Ne	177	197	215	81,2 %	80,4 %	75,2 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	9	13	15	4,1 %	5,3 %	5,2 %	0,432	0,806
		Ne	209	232	271	95,9 %	94,7 %	94,8 %		
	Patronažna sestra	Da	43	42	59	19,7 %	17,1 %	20,6 %	1,082	0,582
		Ne	175	203	227	80,3 %	82,9 %	79,4 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	38	41	50	17,4 %	16,7 %	17,5 %	0,061	0,970
		Ne	180	204	236	82,6 %	83,3 %	82,5 %		
	Socialna delavka	Da	63	56	52	28,9 %	22,9 %	18,2 %	8,065	0,018
		Ne	155	189	234	71,1 %	77,1 %	81,8 %		
	Društvo upokojencev	Da	2	7	8	0,9 %	2,9 %	2,8 %	2,537	0,281
		Ne	216	238	278	99,1 %	97,1 %	97,2 %		
	Občina	Da	3	6	7	1,4 %	2,4 %	2,5 %	0,855	0,652
		Ne	215	239	278	98,6 %	97,6 %	97,5 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	17	25	22	7,8 %	10,2 %	7,7 %	1,285	0,526
		Ne	201	220	264	92,2 %	89,8 %	92,3 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	114	132	140	52,3 %	53,9 %	49,0 %	1,353	0,508
		Ne	104	113	146	47,7 %	46,1 %	51,0 %		
Prostovoljci	Da	2	3	3	0,9 %	1,2 %	1,0 %	0,105	0,949	
	Ne	216	242	283	99,1 %	98,8 %	99,0 %			
Drugje (vpišite):	Da	3	9	11	1,4 %	3,7 %	3,8 %	2,980	0,225	
	Ne	215	236	275	98,6 %	96,3 %	96,2 %			

V zgornji tabeli lahko vidimo, da med dohodkom ni razlik, razen pri uporabnikih v starostni skupini od 50 do 70 let. Tisti, ki imajo skupni mesečni dohodek manjši od 500 €, so največ informacij dobili od socialne delavke (45,3 %) ter od osebnega zdravnika (25,6 %). Tisti uporabniki, ki imajo dohodek od 500 do 750 €, so največ informacij dobili od znancev (34,8 %) in socialne delavke (33,3 %). Tisti, ki imajo dohodek višji od 750 €, so največ informacij dobili od znancev (38,3 %) ter od socialne delavke (22,2 %). Uporabniki, stari od 70 do 80 let, so v vseh skupinah dohodka največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov, in sicer je tako odgovorilo 40,2 % tistih, ki imajo dohodek manjši od 500 €, 47,0 % tistih, ki imajo dohodek od 500 do 750 €, ter 46,1 % tistih, ki imajo dohodek višji od 750 €. Veliko število uporabnikov pa je informacije dobilo tudi od socialne delavke (29,5 % tistih z dohodkom manjšim od 500 €), od socialne oskrbovalke (26,5 % tistih z dohodkom od 500 do 750 €) in od osebnega zdravnika (27,7 % tistih, ki imajo dohodek višji od 750 €). Prav tako so največ informacij od znancev oziroma bližnjih sorodnikov pridobili uporabniki, stari nad 80 let v vseh skupinah dohodka, 52,3 % tistih, ki imajo dohodek manjši od 500 €, 53,9 % tistih, ki imajo dohodek od 500 do 750 €, in 49,0 % tistih, ki imajo dohodek višji od 750 €. Po odstotkih sledi pridobivanje informacij od socialne delavke in osebnega zdravnika. Najmanj informacij so uporabniki v vseh starostnih kategorijah glede na dohodek dobili od prostovoljcev, društva upokojencev in na občini.

Če pogledamo vrednosti in stopnje značilnosti Hi-kvadratov, ugotovimo, da lahko ob stopnji značilnosti, manjši od 0,5 %, trdimo, da dohodek vpliva na pridobivanje informacij od socialne delavke (vrednost je 9,969, statistična značilnost je 0,007), od občine (vrednost je 7,614, statistična značilnost je 0,022), iz medijev (vrednost je 11,811, statistična značilnost je 0,003) ter od znancev oz. bližnjih sorodnikov (vrednost je 6,547, statistična značilnost je 0,038) pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let. Dohodek vpliva tudi na pridobivanje informacij od socialne oskrbovalke (vrednost je 6,420, statistična značilnost je 0,040) pri uporabnikih, starih od 70 do 80 let. Dohodek prav tako vpliva na pridobivanje informacij od socialne delavke (vrednost je 8,065, statistična značilnost je 0,018) pri uporabnikih, starih nad 80 let. V desetih primerih so bile predpostavke kršene, saj je bil dovoljeni delež pričakovanih frekvenc večji od 25 %, zato smo uporabili nadomestni hi-kvadrat test razmerij verjetnosti (Likelihood Ratio Chi-square).

6.7.6 Povezanost območja bivanja s pridobivanjem informacij s kontrolirano spremenljivko starost

V spodnji tabeli lahko vidimo, da med območji bivanja ni razlik, razen med uporabniki v starostni kategoriji od 50 do 70 let. Tisti, ki živijo v mestu, so največ informacij pridobili od znancev oz. bližnjih uporabnikov (29,0 %) in od socialne delavke (28,0 %). Tisti uporabniki, ki živijo v primestnem okolju, so največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov (37,5 %) in od socialne delavke (31,0 %). Uporabniki, ki živijo v podeželskem naselju, so največ informacij pridobili od socialne delavke (37,5 %) in od znancev (35,0 %). V starostni kategoriji od 70 do 80 let so uporabniki glede na območje bivanja v vseh skupinah največkrat podali odgovor, da so informacije pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Tako je odgovorilo 41,0 % tistih, ki živijo v mestu, 53,8 % tistih, ki živijo v primestnem okolju, in 45,9 % tistih, ki živijo v podeželskem naselju. Po odstotkih sledi pridobivanje informacij od osebnega zdravnika in socialne oskrbovalke. V starostni kategoriji nad 80 let so uporabniki glede na območje bivanja v vseh skupinah prav tako največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Tako je odgovorilo 55,5 % tistih, ki živijo v mestu, 47,5 % tistih, ki živijo v primestnem okolju, in 52,2 % tistih, ki živijo v podeželskem naselju. Tudi tukaj si po odstotkih zelo blizu sledita pridobivanje informacij od osebnega zdravnika in socialne delavke. V vseh starostnih kategorijah so uporabniki glede na območje bivanja najmanj informacij dobili od prostovoljcev in društva upokojencev.

Vrednosti in stopnje značilnosti Hi-kvadratov nam pokažejo, da lahko ob stopnji značilnosti, manjši od 0,5 %, trdimo, da območje bivanja vpliva na pridobivanje informacij od osebnega zdravnika (vrednost je 7,876, st. značilnost je 0,019) in iz medijev (vrednost je 10,219, st. značilnost je 0,006), in sicer pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let. Območje bivanja vpliva tudi na pridobivanje informacij od socialne oskrbovalke (vrednost je 7,866, st. značilnost je 0,020) in od socialne delavke (vrednost je 9,088, st. značilnost je 0,011), in sicer pri uporabnikih, starih od 70 do 80 let. V sedmih primerih so bile predpostavke kršene, saj je bil dovoljeni delež pričakovanih frekvenc večji od 25 %, zato smo uporabili nadomestni hi-kvadrat test razmerij verjetnosti (Likelihood Ratio Chi-square). V enem primeru pride do spremembe rezultata, in sicer po hi-kvadrat testu razmerij verjetnosti ugotovimo, da območje bivanja vpliva na pridobivanje informacij na občini (vrednost je 6,148, statistična značilnost je 0,046) pri uporabnikih, starih od 70 do 80 let

Tabela 6.7.6 Povezava med pridobivanjem informacij, območjem bivanja in starostjo

Starost	Viri informacij o socialni oskrbi na domu	Območje bivanja			Območje bivanja			Hi-kvadrat		
		Mesto	Primestno okolje	Podeželsko naselje	Mesto	Primestno okolje	Podeželsko naselje	Vrednost	St. znač.	
		Število	Število	Število	Odstotki	Odstotki	Odstotki			
Od 50 do 70 let	Osebni zdravnik	Da	16	5	36	15,0 %	17,2 %	30,0 %	7,876	0,019
		Ne	91	24	84	85,0 %	82,8 %	70,0 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	6	2	6	5,6 %	6,9 %	5,0 %	0,169	0,919
		Ne	101	27	114	94,4 %	93,1 %	95,0 %		
	Patronažna sestra	Da	20	3	23	18,7 %	10,3 %	19,2 %	1,298	0,522
		Ne	87	26	97	81,3 %	89,7 %	80,8 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	20	4	33	18,7 %	13,8 %	27,5 %	3,892	0,143
		Ne	87	25	87	81,3 %	86,2 %	72,5 %		
	Socialna delavka	Da	30	9	45	28,0 %	31,0 %	37,5 %	2,344	0,310
		Ne	77	20	75	72,0 %	69,0 %	62,5 %		
	Društvo upokojencev	Da	1	0	3	0,9 %	0,0 %	2,5 %	1,420	0,492
		Ne	106	29	117	99,1 %	100,0 %	97,5 %		
	Občina	Da	2	1	6	1,9 %	3,4 %	5,0 %	1,635	0,442
		Ne	105	28	114	98,1 %	96,6 %	95,0 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	19	2	6	17,8 %	6,9 %	5,0 %	10,219	0,006
		Ne	88	27	114	82,2 %	93,1 %	95,0 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	31	10	42	29,0 %	34,5 %	35,0 %	1,001	0,606
		Ne	76	19	78	71,0 %	65,5 %	65,0 %		
	Prostovoljci	Da	2	0	1	1,9 %	0,0 %	0,8 %	0,912	0,634
		Ne	105	29	119	98,1 %	100,0 %	99,2 %		
Drugje (vpišite):	Da	12	2	10	11,2 %	6,9 %	8,3 %	0,789	0,674	
	Ne	95	27	110	88,8 %	93,1 %	91,7 %			

Od 70 do 80 let	Osebni zdravnik	Da	38	19	50	27,3 %	29,2 %	24,2 %	0,847	0,655
		Ne	101	46	157	72,7 %	70,8 %	75,8 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	7	3	8	5,0 %	4,6 %	3,9 %	0,283	0,868
		Ne	132	62	199	95,0 %	95,4 %	96,1 %		
	Patronažna sestra	Da	33	11	45	23,7 %	16,9 %	21,7 %	1,215	0,545
		Ne	106	54	162	76,3 %	83,1 %	78,3 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	28	4	44	20,1 %	6,2 %	21,3 %	7,866	0,020
		Ne	111	61	163	79,9 %	93,8 %	78,7 %		
	Socialna delavka	Da	32	5	52	23,0 %	7,7 %	25,1 %	9,088	0,011
		Ne	107	60	155	77,0 %	92,3 %	74,9 %		
	Društvo upokojencev	Da	1	1	2	0,7 %	1,5 %	1,0 %	0,308	0,857
		Ne	138	64	205	99,3 %	98,5 %	99,0 %		
	Občina	Da	1	1	10	0,7 %	1,5 %	4,8 %	5,479	0,065
		Ne	138	64	197	99,3 %	98,5 %	95,2 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	11	8	14	7,9 %	12,3 %	6,8 %	2,063	0,356
		Ne	128	57	193	92,1 %	87,7 %	93,2 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	57	35	95	41,0 %	53,8 %	45,9 %	2,97	0,226
		Ne	82	30	112	59,0 %	46,2 %	54,1 %		
Prostovoljci	Da	1	0	1	0,7 %	0,0 %	0,5 %	0,473	0,789	
	Ne	138	65	206	99,3 %	100,0 %	99,5 %			
Drugje (vpišite):	Da	6	5	5	4,3 %	7,7 %	2,4 %	3,782	0,151	
	Ne	133	60	202	95,7 %	92,3 %	97,6 %			
Nad 80 let	Osebni zdravnik	Da	68	25	85	22,1 %	20,8 %	19,7 %	0,608	0,738
		Ne	240	95	346	77,9 %	79,2 %	80,3 %		
	Sestra v zdravstvenem domu	Da	19	7	15	6,2 %	5,8 %	3,5 %	3,202	0,202
		Ne	289	113	416	93,8 %	94,2 %	96,5 %		
	Patronažna sestra	Da	47	23	89	15,3 %	19,2 %	20,6 %	3,500	0,174
		Ne	261	97	342	84,7 %	80,8 %	79,4 %		
	Socialna oskrbovalka	Da	54	21	69	17,5 %	17,5 %	16,0 %	0,353	0,838
		Ne	254	99	362	82,5 %	82,5 %	84,0 %		
	Socialna delavka	Da	67	24	92	21,8 %	20,0 %	21,3 %	0,159	0,923
		Ne	241	96	339	78,2 %	80,0 %	78,7 %		
	Društvo upokojencev	Da	5	5	7	1,6 %	4,2 %	1,6 %	3,441	0,179
		Ne	303	115	424	98,4 %	95,8 %	98,4 %		
	Občina	Da	3	3	14	1,0 %	2,5 %	3,3 %	4,122	0,127
		Ne	305	117	416	99,0 %	97,5 %	96,7 %		
	Mediji (radio, televizija, časopis, internet)	Da	28	12	35	9,1 %	10,0 %	8,1 %	0,494	0,781
		Ne	280	108	396	90,9 %	90,0 %	91,9 %		
	Znanci ali moji bližnji sorodniki	Da	171	57	225	55,5 %	47,5 %	52,2 %	2,326	0,313
		Ne	137	63	206	44,5 %	52,5 %	47,8 %		
Prostovoljci	Da	2	2	5	0,6 %	1,7 %	1,2 %	0,967	0,617	
	Ne	306	118	426	99,4 %	98,3 %	98,8 %			
Drugje (vpišite):	Da	10	4	12	3,2 %	3,3 %	2,8 %	0,176	0,916	
	Ne	298	116	419	96,8 %	96,7 %	97,2 %			

7 SKLEP

Ker gre za relativno »novost«, ostaja socialna oskrba na domu manj raziskana in njena kakovost ni poglobljeno vrednotena. Raziskave, ki so bile narejene v vseh teh letih, so zajemale samo določene vidike dostopnosti socialne oskrbe na domu. (Hlebec in Filipovič Hrast, 2015, str. 49).

Čeprav ne obstajajo dogovorjene ali uveljavljene metode in instrumenti za vrednotenje kakovosti, postaja vrednotenje zadovoljstva uporabnikov vedno bolj razširjeno. Metodologija vrednotenja kakovosti na ravni uporabnikov se šele razvija (Genet in drugi, 2012).

Planinc (2009, str. 76–77) v svoji raziskavi izpostavi, da polovica uporabnikov socialne oskrbe na domu ne ve, kje poiskati informacije o različnih oblikah in načinih pomoči. Druga polovica uporabnikov pa pravi, da je tovrstnih informacij premalo. Danes ogromno ljudi išče svoje odgovore na vprašanja preko svetovnega spleta, ki je velik ponudnik raznolikih informacij. Tega vira starejši ljudje ne uporabljajo v veliki meri, kar jih takoj prikrajša za možen nabor iskanih odgovorov.

Tudi v končnem poročilu izvajanja pomoči na domu (Analiza v letu 2015) izvajalci navajajo slabo osveščenost o storitvi med starejšimi, ki pogosto sami povedo, da za storitev pred vključitvijo še niso slišali (Nagode in drugi, 2015, str. 70–71).

Svojci in bližnji izpostavljajo, da je stvar, ki jo potrebujejo, več raznovrstnejših informacij o storitvah, ukrepih in metodah in tudi o svojih pravicah, postopkih in možnostih (Flaker in drugi, 2008, str. 304).

Kot smo govorili že na začetku, je razvidno, da se starejši ljudje za različne oblike pomoči še vedno najbolj obračajo na svoje znance, bližnje sorodnike, prijatelje in sosede. Prevladujoč tip opore pri starejših je torej družinski tip omrežja socialne opore (Hlebec, 2004, str. 118–119). Enako ugotavljajo tudi v raziskavi Zemljak in Nagode (2011, v Nagode, 2014, str. 138) in Flaker (2008, str. 263), ki pravijo, da imajo uporabniki socialne oskrbe na domu na razpolago majhno mrežo ljudi, kadar potrebujejo pomoč. Ta krog je običajno sestavljen iz triade otroci – sosedje – bratje/sestre (Urh in drugi, 2009).

Velik delež se jih za pomoč obrne na socialno delavko ali na osebnega zdravnika. Pomembnost komunikacije med zdravnikom in starejšimi ljudmi dokazuje tudi raziskava, v kateri so sodelovali bolniki (Lupton⁸, 1996, str. 159, v Rajer, 2015, str. 21) in s katero so dokazali, da so na primer komunikacijske in odnosne kompetence zdravnikov najpomembnejše, celo pomembnejše od njihovega strokovnega znanja.

Kot smo govorili že v poglavju 4.2 *Mikroraven*, sodobna tehnologija postavlja določene ovire. Splet in informacije na spletu, predstavljajo veliko oviro starejšim, saj jih večina ne more dostopati do spleta. Po podatkih MOSS so v septembru 2011 starejši ljudje predstavljali 8,3 % slovenske spletne populacije, kar je več kot 100.000 uporabnikov (RIS, 2011). Starejši imajo pred uporabo modernih tehnologij strah in se jim upirajo. Starejšim osebam uporaba tehnologije predstavlja finančni problem, nekdo bi jih moral naučiti kako se jo uporablja in jih podučiti za kaj vse jo lahko uporabljajo (Alder, 2002, str. 9).

Namen moje analize je bil ugotoviti, ali so starejši ljudje največ informacij pri iskanju pomoči zase pridobili po neformalni poti, torej od ljudi, ki so jim blizu, ali so njihovi bližnji sorodniki. Zanimalo me je tudi, ali različni dejavniki, kot so spol, starost, zakonski stan, tip okolja, dohodek, izobrazba in zdravstveno stanje, vplivajo na različne načine pridobivanja informacij, ki so jih uporabniki pridobili pri iskanju pomoči zase. Rezultate analize sem predstavila po posameznih sklopih. Vpliv različnih dejavnikov na pridobivanje informacij sem razdelila po starostnih skupinah.

Najprej sem preverila, če **spol** v različnih starostnih skupinah vpliva na pridobivanje informacij. Ugotovila sem, da med spoloma ni razlik. Le v starostni kategoriji od 50 do 70 let so moški največ informacij dobili od socialne delavke na centru za socialno delo. V vseh ostalih primerih so uporabniki največ informacij dobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. S χ^2 statističnim testom ($p=0,029$) smo ugotovili, da spol vpliva na pridobivanje informacij od društva upokojencev ali v informacijskem centru, pri uporabnikih, starih nad 80 let, ter na pridobivanje informacij od prostovoljcev ($p=0,046$), pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let. Glede na ugotovitve lahko prvo hipotezo potrdimo, saj je razvidno, da so skoraj vsi uporabniki glede na različne dejavnike v različnih starostnih skupinah največ informacij pri iskanju pomoči zase pridobili po neformalni poti, torej od ljudi, ki so jim blizu ali so njihovi bližnji sorodniki. Druge hipoteze v tem primeru ne

⁸ Lupton, D. (1996). *Your Life in Their Hands: Trust in Medical Encounter*. Blackwell, Oxford.

moremo potrditi, saj izbrana spremenljivka spol (razen v dveh primerih) ne vpliva na pridobivanje informacij, zato hipotezo zavrnamo.

Nato sem preverila, ali **zakonski stan** vpliva na pridobivanje informacij v različnih starostnih skupinah. Ugotovila sem, da glede na zakonski stan ne prihaja do razlik. Le v starostni skupini od 50 do 70 let lahko izpostavimo podatek, da so samski uporabniki v enakem odstotku (27,0 %), kot so pridobili informacije od znancev, pridobili tudi informacije od socialne delavke. V vseh ostalih primerih so uporabniki največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Glede na vrednosti in stopnje značilnosti Hi- kvadratov ugotovimo, da zakonski stan dosti bolj vpliva na pridobivanje informacij kot spol, saj je do vplivanja prišlo kar v sedmih primerih v različnih starostnih skupinah. Zopet lahko prvo hipotezo potrdimo, saj so ljudje največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Drugo hipotezo lahko v tem primeru delno potrdimo, saj je razvidno, da zakonski stan v določeni meri vpliva na pridobivanje informacij.

Glede vplivanja **zdravstvenega stanja** na pridobivanje informacij v različnih starostnih skupinah ugotovimo, da ne prihaja do razlik, razen pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let. Tisti, ki imajo dobro zdravstveno stanje, so največ informacij dobili od socialne delavke (45,9 %). Tisti z zadovoljivim zdravstvenim stanjem so v enakem odstotku (35,1 %) odgovorili, da so največ informacij dobili od znancev ter od socialne delavke. Tisti uporabniki, ki imajo slabo zdravstveno stanje, pa so največ informacij dobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov (34,7 %). Vsi ostali uporabniki so največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Ob stopnji značilnosti, manjši od 0,5 % lahko trdimo, da zdravstveno stanje vpliva na pridobivanje informacij samo pri uporabnikih, starih od 70 do 80 let, in sicer pri pridobivanju informacij od patronažne sestre ($p= 0,023$), od socialne oskrbovalke ($p= 0,037$) in od znancev oziroma bližnjih sorodnikov ($p= 0,032$). Glede na ugotovitve lahko prvo hipotezo potrdimo, saj vidimo, da so uporabniki največ informacij pridobili od znancev oz. bližnjih sorodnikov. Drugo hipotezo glede na podatke zavrnamo, saj izbrana spremenljivka zakonski stan samo v treh primerih vpliva na pridobivanje informacij.

Nadalje smo preverili, ali **izobrazba** vpliva na pridobivanje informacij v različnih starostnih skupinah. Zopet lahko vidimo, da v izobrazbi ne prihaja do razlik, razen v starostni kategoriji od 50 do 70 let. Tisti z (ne)dokončano osnovno šolo so največ informacij pridobili od socialne delavke (40,9 %), tisti z dokončano srednjo šolo od znancev oziroma bližnjih

sorodnikov (32,1 %) ter tisti z najvišjo izobrazbo iz medijev (40,0 %). Prav tako kot pri zdravstvenem stanju so tudi tukaj vsi uporabniki stari od 70 do 80 let ter stari nad 80 let največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Glede na vrednosti in stopnje značilnosti Hi- kvadratov ugotovimo, da izobrazba vpliva na pridobivanje informacij v šestih primerih v različnih starostnih skupinah. Prvo hipotezo lahko potrdimo, saj je razvidno, da je največ uporabnikov informacije pridobilo od znancev oz. bližnjih sorodnikov. Drugo hipotezo lahko tako kot pri zakonskemu stanu le delno potrdimo, saj vidimo, da v določenih primerih izbrana spremenljivka izobrazba vpliva na pridobivanje informacij.

Preverili smo tudi, ali **dohodek** vpliva na pridobivanje informacij v različnih starostnih skupinah. Ugotovimo, da pri dohodku ne prihaja do razlik, razen pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let, ki so uporabili različne vire informacij. Tisti, ki imajo dohodek manjši od 500 €, so največ informacij pridobili od socialne delavke (45,3 %). Tisti, ki imajo dohodek od 500 do 750 €, so največ informacij dobili od znancev (34,8 %) in prav tako tisti, ki imajo dohodek višji od 750 € (38,3 %). Vsi uporabniki v drugih dveh starostnih kategorijah so največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Glede na vrednosti in stopnje značilnosti Hi-kvadratov ugotovimo, da dohodek vpliva na pridobivanje informacij v šestih primerih v različnih starostnih skupinah. Tudi v tem primeru lahko prvo hipotezo potrdimo, saj je večina uporabnikov informacije pridobila od znancev oz. bližnjih sorodnikov. Drugo hipotezo lahko le delno potrdimo, saj vidimo, da v določenih primerih izbrana spremenljivka dohodek vpliva na pridobivanje informacij.

Nazadnje smo preverili še, ali **območje bivanja** vpliva na pridobivanje informacij v različnih starostnih skupinah. Kot pri prejšnjih dejavnikih lahko tudi pri območju bivanja vidimo, da prihaja do podobnih rezultatov. Razlik med območji bivanja ni, razen v starostni kategoriji od 50 do 70 let, kjer so tisti, ki živijo v podeželskem naselju, največ informacij dobili od socialne delavke (37,5 %). Vrednosti in stopnje značilnosti Hi-kvadratov nam pokažejo, da lahko ob stopnji značilnosti, manjši od 0,5 %, trdimo, da območje bivanja vpliva na pridobivanje informacij od osebnega zdravnika ($p=0,019$) in iz medijev ($p=0,006$), in sicer pri uporabnikih, starih od 50 do 70 let. Območje bivanja vpliva tudi na pridobivanje informacij od socialne oskrbovalke ($p=0,020$), od socialne delavke ($p=0,011$) in na občini ($p=0,046$), in sicer pri uporabnikih, starih od 70 do 80 let. Kot pri vseh ostalih izbranih spremenljivkah lahko prvo hipotezo potrdimo, saj je večina uporabnikov informacije

pridobila od znancev oz. bližnjih sorodnikov. Drugo hipotezo lahko le delno potrdimo, saj območje bivanja v petih primerih vpliva na pridobivanje informacij.

Glede na rezultate analize lahko prvo hipotezo potrdimo, saj je razvidno, da so skoraj vsi uporabniki glede na različne dejavnike v različnih starostnih skupinah največ informacij pri iskanju pomoči zase pridobili po neformalni poti, torej od ljudi, ki so jim blizu ali so njihovi bližnji sorodniki. V starostnih kategorijah od 70 do 80 let ter nad 80 let so pri vseh dejavnikih uporabniki največ informacij pridobili od znancev oziroma bližnjih sorodnikov. Do različnih odgovorov je prišlo v starostni kategoriji od 50 do 70 let pri vseh dejavnikih. Vendar je bil odgovor, da so informacije pridobili od znancev vseeno največkrat podan po odstotkih ali pa je bil na drugem mestu po odstotku odgovorov. Glede na to, da smo vpliv dejavnikov na pridobivanje informacij razdelili na tri različne starostne skupine, je bilo pričakovano, da bo prišlo do manjših odstopanj med odgovori. Oteževalna okoliščina je ta, da starejši, kot so uporabniki, manj so gibljivi in se večinoma zadržujejo doma. S tem so spet prikrajšani za večjo obveščenost (Planinc, 2009, str. 77).

Pri vseh dejavnikih v vseh starostnih skupinah po odstotkih sledi velik delež pridobivanja informacij od socialne delavke na centru za socialno delo ter od osebnega zdravnika v zdravstvenem domu. Prav tako so pri vseh dejavnikih najmanj informacij uporabniki pridobili od prostovoljcev, od društva upokojencev ali v informacijskem centru ter na občini. Prav tako lahko vidimo, da uporabniki za pridobivanje informacij ne posegajo ravno v velikem odstotku po medijih, na kar smo opozorili že v prejšnjih poglavjih. Predvsem uporaba interneta predstavlja za starejše velik izziv oziroma problem. Lahko bi rekli, da so najbolj pogost vir informacij triada neformalno omrežje – socialna delavka – osebni zdravnik.

Rezultate desetih raziskav predstavi tudi Nagode, ki ugotavlja, da so najbolj pogost vir informacij triada neformalno omrežje – zdravstveno osebje – osebje CSD (Nagode, 2014, str. 167). Podobno ugotavljajo tudi v kvalitativnih raziskavah: Svetičič (2009) izpostavi družinski krog, bolnišnico in CSD, Kodrič (2009) otroke in zdravstveno osebje. Na CSD Idrija (2010) dodajajo, da se informacije o storitvi pogosto širijo tudi od ust do ust (Nagode, 2014, str. 103).

Če pogledamo vrednosti in stopnje značilnosti Hi-kvadratov, ugotovimo naslednje. Pri spolu ne moremo govoriti, da vpliva na pridobivanje informacij, saj je prišlo samo do ene povezave med dejavnikom in pridobivanjem informacij. Nekje vmes sta zdravstveno stanje

ter območje bivanja s po tremi oziroma štirimi povezavami. Zdravi ljudje se več ukvarjajo s športom ali rekreacijo in so tudi bolj mobilni. Bolj samostojno nadzirajo dostop do sebe in izbirajo subjekte komuniciranja in informiranja (Hojnik, 1999), torej lažje dostopajo do zdravnika, socialnega ali informacijskega centra in s tem pridobijo informacije o socialni oskrbi. S staranjem in izgubo zdravja se to hitro spremeni (prav tam). Ljudje, ki so bolni ali imajo različne kronične bolezni, zaradi katerih postanejo socialno izolirani, vedno več ostajajo doma in so s tem tudi prikrajšani glede socialnih stikov. Njihovo socialno omrežje se skrči in pogosto so njihov edini vir družina, socialna oskrbovalka ali patronažna sestra, od katerih pridobijo informacije o oskrbi. Izguba zdravja je pogojena tudi z izgubo partnerja ter ostalimi izgubami. Posledično oseba s tem izgublja občutek varnosti, mobilnosti in tudi samostojnosti (prav tam).

Uporabniki prihajajo iz različnih krajev in občin, tj. z različno stopnjo urbaniziranosti, kar posledično zahteva različne pristope k oskrbi, vezane predvsem na dostopnost. V urbanih območjih uporabniki lažje dostopajo do informacij preko osebnega zdravnika, socialne delavke ali na primer informacijskih centrov (ti viri informacij so jim blizu po oddaljenosti in času). Uporabniki iz ruralnih območjih se za informacije prej obrnejo na znance ali bližnje sorodnike in socialne oskrbovalke, ki jih obiskujejo na domu, saj je za nekatere to edini stik v vsakdanjem življenju. Podobno ugotavlja Nagode (2014), ki pravi, da se ruralno in urbano območje običajno razlikujeta v stopnji preskrbljenosti z informacijami ter opremljenosti z infrastrukturo. Mesto je običajno tisto, ki nudi več različnih vrst organizirane pomoči.

Sledi dohodek, ki v šestih primerih vpliva na pridobivanje informacij. Starejši, kot so uporabniki, več pomoči drugih oseb rabijo. Ljudje z nizkimi dohodki si zelo težko plačajo ali doplačajo storitve socialne oskrbe na domu, zato se v tem primeru običajno obrnejo na svojce za finančno pomoč in pomoč pri informiranju. Uporabniki z višjimi dohodki si lahko privoščijo več različnih storitev socialne oskrbe, zato posegajo po drugih virih informacij, kot so mediji, socialni in informacijski centri, občina, saj tako pridobijo vse informacije iz širokega kroga ljudi in lahko samostojno precenijo, kaj je za njih najboljše. Pomanjkanje denarja na vseh točkah vsakdanjega življenja vpliva na nizko kvaliteto življenja ter vzdržuje velik del ljudi v revščini ali – v boljšem primeru – na njenem pragu (Flaker in drugi, 2008, str. 172–173). Od njihovega dohodka je odvisno, v kolikšni meri si lahko privoščijo socialno oskrbo na domu. Prednost storitve socialna oskrba na domu je, da si uporabnik lahko izbere tiste storitve, za katere sam oceni, da jih potrebuje (Planinc, 2009), v tem primeru, tiste, ki si jih lahko finančno privoščijo.

Najbolj pa vplivata na pridobivanje informacij zakonski stan ter izobrazba, in sicer vsak dejavnik v sedmih primerih. Razlika med nizko in visoko izobraženimi uporabniki je ta, da nizko izobraženi ljudje ne gredo toliko v korak s časom, torej ne sledijo napredku tehnologije tako kot visoko izobraženi. Za nasvete in informacije se raje obrnejo na ljudi, ki so jim blizu, na ožji krog ljudi (svojci, socialna oskrbovalka, osebni zdravnik), medtem ko so visoko izobraženi bolj napredni, kar se tiče tehnologije (brskanje po spletu, uporaba mobilnih telefonov), in zato posegajo po drugih virih informacij, kot je uporaba medijev. Omenimo lahko še to, da uporabniki, ki so mlajši, mobilni in bolj izobraženi, bolj samostojno izbirajo različne vire informacij. Za uporabnike, ki živijo sami, je značilno omrežje z zaprto zasebnostjo, kjer ni veliko stikov in je življenje bolj izolirano. Kljub temu so še vedno povezani z še živečimi sorodniki (Hlebec in Kogovšek, 2003), od katerih tudi dobijo največ opore in informacij. Torej bi lahko glede na ugotovitve rekli, da lahko drugo hipotezo le delno potrdimo, torej različni dejavniki (spol, starost, zakonski stan, zdravstveno stanje, tip okolja, dohodek, izobrazba) le delno vplivajo na različne načine pridobivanja informacij. Ugotovili pa smo, da se dejavniki med seboj prepletajo oziroma vplivajo drug na drugega. Uporabniki z nizko izobrazbo imajo tudi nižje dohodke in slabše zdravstveno stanje. Izguba partnerja (uporabniki, ki so ovdoveli/ločeni) vpliva na izgubo zdravja. Lahko bi rekli, da imajo uporabniki, ki imajo slabši ekonomski položaj in slabše zdravstveno stanje ter živijo sami, tudi ožji krog ljudi za pridobivanje informacij; ter obratno.

Raziskave na svetu in v Sloveniji kažejo, da se ljudje, kadar potrebujejo pomoč, najprej obrnejo na neformalno oskrbo (družino) (Kralj, 2016, str. 3). Kadar ni mogoče dostopati do neformalne oskrbe, pa jim je na voljo formalna oskrba (socialna oskrba na domu) (Hlebec in drugi, 2014, str. 16).

Formalna mreža oskrbe na domu je v Sloveniji precej slabše razvita, po drugih evropskih državah pa je obratno, priznana je kot bistvena oskrba pri pomoči in negi starejših ljudi (Nagode, 2014, str. 34–35).

Za izvajanje socialne oskrbe na domu po evropskih državah smo se osredotočili na prvo sistematično analizo izvajanja oskrbe na domu v Evropi, ki je izšla leta 2012 na Nizozemskem inštitutu za zdravstvene in socialne študije NIVEL, ki v svoji študiji predstavlja socialno in zdravstveno oskrbo na domu (Genet in drugi, 2012). Oprli so se predvsem na ugotovitve Evropske komisije in na zadnje izčrpno poročilo s področja dolgotrajne oskrbe *Adequate social protection against long-term care needs in an ageing*

society (Nagode, Lebar in Kovač, 2014, str. 7). Študija prikazuje mednarodne razlike v politiki socialne oskrbe na domu, pri praktični organizaciji socialne oskrbe na domu in njeni razpoložljivosti. Ta pregled je jasno pokazal, da so informacije nepopolne, razdrobljene in neprimerne za mednarodne primerjave. Študija je bila namenjena ugotavljanju, kaj je znanstvena literatura v zadnjem desetletju poročala o socialni oskrbi na domu v Evropi in lahko rečemo, da je pregled zagotovil veliko informacij, vendar pa ne predstavlja popolne slike o socialni oskrbi na domu za različne države v Evropi (Genet in drugi, 2012). Treba je poudariti tudi, da je v določenih državah socialna oskrba na domu že dosti bolj uveljavljena in raziskana storitev in tudi zato je bilo izvedenih že več raziskav in študij kot pa v državah, ki se tej storitvi posvečajo šele nekaj let, kot je na primer Slovenija.

Primerna informiranost je pomembna predvsem zato, da ko nastopi potreba po pomoči, starejši vedo kakšno pomoč pravzaprav potrebujejo in na koga se obrniti. V skoraj vseh državah prav tukaj prihaja do problema. V zvezi s primerno informiranostjo obstajajo tudi dobre prakse. Za dobro informiranost o socialni oskrbi na domu so poskrbeli na Nizozemskem, kjer so organizirali različne centre po občinah in svojo spletno stran, kjer uporabniki najdejo vse informacije o storitvi. Ljudje z nižjo izobrazbo in nižjim socialnim statusom pa so ne glede na vse še vedno prikrajšani za zadosten in ustrezen dostop do informacij (Nagode in drugi, 2014, str. 16).

Sistem, ki državljanom omogoča izbiro med različnimi načini in kraji izvajanja storitve dolgotrajne oskrbe, je nedavno uvedla Švedska. Tako kot pri nas, lahko izbirajo med zasebnimi formalnimi izvajalci in bivanjem v institucionalnih domovih za starejše. Razlika je v tem, da so na Švedskem splošno sprejeli, da morajo uporabniki o vseh načinih izbire storitve dostopati na enem mestu (Evropske skupnosti, 2008, str. 9).

Garms-Homolova in drugi poudari tudi kraj bivanja in lokacijo kot vpliv na dostopnost storitev. V severnih in zahodnih državah je na razpolago široka mreža ljudi pomoči na domu, v južnih in vzhodnih državah pa je slika povsem drugačna, zato prihaja med državami do velikih razlik. V južnih in vzhodnih državah je oskrba predvsem neformalna. Geografski položaj (oddaljeni kraji, gorski svet, primorski svet in predvsem razlike med urbanimi in ruralnimi območji) ter regijska in lokalna raven administracije pa predstavljajo razlike znotraj držav. Vse te razlike niso nobena izjema tudi v Sloveniji (Nagode in drugi, 2015, str. 16).

Študija EURHOMAP je identificirala naslednje teme, ki morajo pritegniti pozornost snovalcev politike:

- politični predstavniki vseh Evropskih državah morajo zagotoviti enakovredno dostopnost socialne pomoči na domu;
- uporabnikom je potrebno zagotoviti čim več informacij in nasvetov ter se osredotočiti na opolnomočenje uporabnikov in njihovih sorodnikov. Dostop, kakovost oskrbe in opolnomočenje bodo tako postali pomembne teme raziskovanja;
- da bi zagotovili najboljšo storitev, se moramo osredotočiti na povezavo socialne in zdravstvene oskrbe v vseh pogledih;
- pomembno pa je tudi, da se po vseh državah najprej ugotovi kakšne so sploh potrebe, potem pa se jim prilagodi (Nagode in drugi, 2014, str. 16–17).

Pri organiziranju socialne oskrbe na domu in zagotavljanju kakovosti, obstajajo v Evropi različni načini, ki jih, kot navajajo Genet in drugi (2012), lahko razdelimo na tri različne idealne tipe: pri prvem tipu je na vrhu država, ki daje naloge in zadolžitve regijam in občinam. Pri drugem, prostem tipu država nima posebnega pomena, pri tretjem, okvirnem tipu pa so na vrhu odločanja regije in občine, medtem ko je državi prepuščeno strateško odločanje. Slovenija, kakor tudi večina drugih držav, sodi v slednji tip (Nagode in drugi, 2015, str. 56).

V številnih državah so vzpostavljene strategije za sistematično obveščanje o informacijah o kakovosti razpoložljivih storitev in ponudnikov storitev. Ena najpomembnejših strategij je povečati preglednost z objavo ocen in ocenjevalnih poročil (Anglija, Finska, Nemčija, Švedska, Nizozemska). V zadnjih letih se na Švedskem vedno bolj razpravlja o krepitvi moči odjemalcev, ki naj bi se dosegla z večjo preglednostjo. Nacionalni odbor za zdravje in Služba za socialno varstvo na primer ponujata vodnik o oskrbi starejših, kjer lahko ljudje na spletu primerjajo različne kazalnike kakovosti za negovalne domove in domove za krajše bivanje. V nekaterih državah so ti namreč na voljo na spletu. Čeprav se internetna uporaba med starejšimi generacijami povečuje, je še vedno nizka v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami, kar pomeni, da veliko število uporabnikov storitev nima takojšnjega dostopa do teh poročil o kazalnikih kakovosti. V raziskavah v Franciji so dosledno pokazali, da je potreba po preglednosti v smislu informacij o razpoložljivosti, dostopu in izbiri ponudnikov.

Obstoječe informacije in svetovalne storitve, ki so usmerjene tudi na neformalne skrbnike, niso bile ovrednotene za učinkovitost na nacionalni ravni (Nies in drugi, 2010, str. 38).

Za informiranost starejših bi vsekakor bilo potrebno bolje poskrbeti. Najbolj pomembno je, da so informacije o socialni oskrbi na domu javno dostopne vsem.

Tudi Resolucija Nacionalnega programa socialnega varstva za obdobje 2013 do 2020 (Ustava Republike Slovenije, 2013, 2. člen) ima cilj zagotoviti dostopnost in dosegljivost storitev in programov s strategijo izboljšanje informiranja in osveščanja potencialnih uporabnikov o možnostih za vključitev v storitve in programe. Za starejše ljudi, ki potrebujejo pomoč in podporo ali so socialno izključeni, se predlagajo različni programi: programi koordinacije, programi telefonskega svetovanja, informacijski programi, podpore in izvajanja pomoči za starejše in programi zagovorništva in samozagovorništva za starejše (Žnidarec Demšar, 2015, str. 28–35).

Ker je v Sloveniji in tudi po drugih državah velik problem informiranja uporabnikov in bodočih uporabnikov socialne oskrbe na domu, bi predlagala takšen informacijski center po vseh občinah, mestih in tudi na bolj oddaljenih krajih. Lahko bi na primer ustanovili informacijski center, ki bi pokrival širok spekter potreb in interesov starejših ljudi, da bi na enem mestu nudili informacije o vseh razpoložljivih oblikah in načinih pomoči. Vseeno pa bi verjetno še ostal delež ljudi, ki so iz bolj oddaljenih krajev, ali tistih, ki so že v visoki starosti in niso več tako mobilni in gibljivi, da bi lahko šli v tak center po informacije. Zato bi predlagala tudi, da bi vsak tak center imel svojo brošuro, na kateri bi bile napisane najpomembnejše informacije in telefonske številke oseb v informacijskem centru, na katere bi se ti ljudje lahko obrnili. Te brošure bi dobili prav vsi, saj bi tako vedeli, na koga se obrniti.

8 VIRI

1. Alder, R. (2002). *The Age Wave Meets the Technology Wave: Broadband and Older Americans*. Dostopno prek <http://www.seniornet.org/downloads/broadband.pdf>
2. Bajt, M. (2008). *Fenomen internetno ozaveščenega bolnika: Analiza vloge interneta pri iskanju informacij, povezanih z zdravjem* (magistrsko delo). Ljubljana: FDV. Dostopno prek http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_Bajt-Maja.pdf
3. Hesse, B.W., Nelson, D.E., Kreps, G.L., Croyle, R.T., Arora, N.K., Rimer, B.K. in Viswanath, K. (2005). *Trust and Sources of Health Information*. Original investigation. Dostopno prek http://rcfp.pbworks.com/f/Hesse_Trust+and+Sources+of+Health+Information.pdf
4. Čebašek Travnik, Z. (2010, 10. december). 'Starejšim kršimo pravico do informiranja in odločanja'. *24ur*. Dostopno prek <https://www.24ur.com/novice/slovenija/clovekove-pravice-je-treba-spostovati-varovati-in-uresnicevati.html>
5. Evropske skupnosti. (2008). *Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji*. Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti. Dostopno prek <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2781&langId=sl>
6. Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Knežević Hočevar, D., Černič Istenič, M., Kavčič, M., Jelenc-Krašovec, S., ... Mali, J. (2014). *Oskrba starejših v skupnosti: dejavniki, akterji in predstave*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
7. Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. in Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
8. Fox, S. (2011). *The social life of health information*. A project of the PewResearchCenter. Dostopno prek <http://pewinternet.org/Reports/2011/Social-Life-of-Health-Info.aspx>
9. Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerstrom, C., ... Deville, W. (2011). *Home care in Europe: a systematic literature review*. BioMed Central Ltd. Dostopno prek <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-207>
10. Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. in Saltman, R.B. (2012). *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies, Nivel.

11. National Advocacy Unit. (2014). *National guidelines on accessible health and social care services*. Dublin: Health Service Executive (HSE). Dostopno prek <https://www.hse.ie/eng/services/yourhealthservice/access/natguideaccessibleservices/natguideaccessibleservices.pdf>
12. Hlebec, V. in Kogovšek, T. (2003). Konceptualizacija socialne opore. *Družboslovne razprave*, 43(8), 103–125. Dostopno prek <http://druzboslovne-razprave.org/clanek/pdf/2003/43/8/>
13. Hlebec, V. (2004). Socialna omrežja starostnikov. V M. Novak (ur.), *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*, (str. 111–120). Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
14. Hlebec, V., Kogovšek, T., Domanjko, B. in Pahor, M. (2007). Opazovanje sprememb v sestavi socialnih omrežij: metodološki vidiki. *Teorija in praksa*, 44(1–2), 211–225.
15. Hlebec, V. (2010). Oskrba starih med državo in družino: oskrba na domu. *Teorija in praksa*, 47(4), 765–785.
16. Hlebec, V. (2013). Razvoj in spremembe v tipologiji socialne oskrbe na domu. *Socialno delo*, 52(1), 3–14.
17. Hlebec, V. in Nagode M. (2013). Socialna oskrba z vidika socialnih oskrbovalk. *Socialno delo*, 52(1), 15–27.
18. Hlebec, V., Nagode, M. in Filipovič Hrast, M. (2014). *Kakovost socialne oskrbe na domu: vrednotenje, podatki in priporočila*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
19. Hlebec, V. in Filipovič Hrast, M. (2015). Ovrednotenje dostopa do socialne oskrbe na domu z vidika uporabnikov. *Teorija in praksa* 52(1–2), 48–66.
20. Hojnik Zupanc, I. (1997). *Dodajmo življenje letom. Nekaj spoznanj in nasvetov, kako se smiselno in zdravo pripravljati na starost in jo tako tudi živeti*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
21. Hojnik Zupanc, I. (1999). *Samostojnost starega človeka v družbeno- prostorskem kontekstu*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
22. Kralj, S. (2016). *Možnosti in priložnosti socialne oskrbe na domu* (diplomsko delo). Ljubljana: B&B Višja strokovna šola. Dostopno prek https://www.bb.si/sites/default/files/uploads/files/diplome/kralj_stanislava_3.pdf
23. Nagode, M. (2009). Organizirana pomoč za starejše ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo. V V. Hlebec (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb*, (str. 125–139). Ljubljana: Aristej.
24. Nagode, M. (2014). *Vrednotenje kakovosti socialne oskrbe na domu: pristopi in instrumenti* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Dostopno prek

- http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_nagode-mateja.pdf
25. Nagode, M., Lebar, L. in Kovač, N. (2014). *Pregled izvajanja socialne oskrbe na domu po evropskih državah s poudarkom na ocenjevanju potreb uporabnikov*. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Ljubljana: Direktorat za socialne zadeve. Dostopno prek https://www.irssv.si/upload2/PND%20%20mednarodni%20pregled%20in%20ocenjevanje%20potreb_koncno%20porocilo.pdf
 26. Nagode, M., Lebar, L., Kovač, N. in Vidrih, N. (2016). *Izvajanje pomoči na domu: Analiza stanja v letu 2015, končno poročilo*. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Ljubljana: Direktorat za socialne zadeve. Dostopno prek <https://www.irssv.si/upload2/Izvajanje%20PND%20za%20leto%202015.pdf>
 27. Nies, H., Leichsenring, K., van der Veen, R., Rodrigues, R., Gobet, P., Holdsworth, L., ... Turk, E. (2010). *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care*. European Overview Paper. Dostopno prek http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_Overview_FINAL_04_11.pdf
 28. Planinc, A. (2009). *Socialna oskrba na domu skozi perspektivo uporabnikov* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Dostopno prek <https://egradiva.fsd.uni-lj.si/ediplome/senddoc/367>
 29. Rajer, C. (2015). *Analiza oskrbe starejših na domu – Center za socialno delo Krško* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo. Dostopno prek http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska_dela_2/pdfs/mb22_rajer-carmen.pdf
 30. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
 31. Ustava Republike Slovenije (2013). *Uradni list Republike Slovenije št. 3/07*. 24 april. Dostopno prek <https://www.uradni-list.si/1/content?id=113130>
 32. RIS. (2011). *Med upokojenci vse več aktivnih uporabnikov spleta*. Dostopno prek http://www.ris.org/db/27/12191/Raziskave/Med_upokojenci_vse_vec_aktivnih_uporabnikov_spleta
 33. Romih, J. (2011). *Pravica starejših oseb do dostojanstva in zasebnosti ter do kakovostne in prilagojene oskrbe*. Predstavljeno na Pravice starejših kot ogledalo družbe, Ljubljana, Slovenija, December 10. Dostopno prek http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/bilten/biletstarejsi_NETsmall.pdf
 34. Selič, R. (2015). *Kvantitativne metode raziskovanja*. Dostopno prek <http://m.mf.uni-lj.si/media-library/2015/11/d6d3196b7bbe2b2f23df43e8b7dc098b.pdf>

35. Urh, Š., Miloševič-Arnold, V., Kladnik, T., Križanič, T., Grebenc, T. in Neuvirt Bokan, S. (2009). *Terensko delo. Institucionalni, javni in zasebni prostori socialnega dela*. Univerza v Ljubljani: Fakulteta za socialno delo.
36. Varna starost. (b. d.). Dostopno prek www.varnastarost.si
37. Žnidarec Demšar, S. (2015). Kakovostno staranje v skupnosti – pravica in priložnost (primer dobre prakse). V J. Mali (ur.), *Socialna oskrba na domu: Izziv za koordinirano dolgotrajno oskrbo*, (str. 26–34). Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije. Dostopno prek http://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/2017/05/SSZS_GD-zbornik_Socialna_oskrba_november-2015.pdf