

***Razvoj novih programov na področju splošnega izobraževanja odraslih za pridobivanje temeljnih kompetenc s poudarkom na ranljivih ciljnih skupinah***

**1. IME PROGRAMA:**

Ohranjanje zdravja starejših

**2. UTEMELJENOST:**

Program je namenjen starejšim, ki so želijo ohranjati lastno zdravje.

Naše stoletje zaznamuje staranje družbe in veliki premiki v demografski strukturi prebivalstva. Po aktualnih podatkih Državnega statističnega urada starejše osebe (starejši od 65 let) v Sloveniji predstavljajo 18,9 odstotka prebivalstva, po projekcijah pa naj bi bil leta 2060 v tej starostni skupini skoraj vsak tretji prebivalec Slovenije.

Povečanje števila starejših je za sodobne družbe velik izziv. V ospredje prihajajo novi problemi, kot so povečanje števila starejših, ki potrebujejo ustrezno zdravstveno nego in oskrbo, osamljenost in odrinjenost vse večjega števila starejših na družbeno obrobje, večja socialna razslojenost, sprememba vrednot in pogledov na staranje in starost, družine vedno težje poskrbijo za starejše itn. (Starejše prebivalstvo v Sloveniji, 2010). Starejše ljudi v našem prostoru premalo poznamo. Ne vemo, kakšne so njihove želje in potrebe.

Države članice Evropske unije so zavezane k zagotavljanju splošne dostopnosti visokokakovostne in finančno dostopne dolgotrajne oskrbe za svoje državljane. Zaradi staranja prebivalstva je vse težje premagovati finančne in logistične izzive. To velja zdaj, še očitneje pa bo to postalo v prihodnosti, saj morajo vlade delovati v okolju naraščajočih in konkurenčnih potreb z omejenimi viri (Long-term Care in the European Union, 2008).

Kakovost življenja v starosti je vprašanje, s katerim se ukvarjajo tako raziskovalci kot starejši sami in seveda tudi politika in organizacije civilne družbe (Železnik, 2014).

Izziv dolgega življenja je, kako ohranjati fizično in mentalno vitalnost. Posameznik, ki ves čas živi zdravo in fizično aktivno življenje, ima več možnosti, da bo tudi v pozni starosti fizično vitalen, sploh če takšen način življenja prenese tudi v obdobje staranja (Koeneman s sodelavci 2011 v Zurc

& Skela Savič 2012, str. 101). Dejavniki tveganja, ki ogrožajo zdravje starostnikov, so: gibalna aktivnost, prehrana, kajenje, gibalna motorika, odpornost na okužbe, demenca, pitje alkohola, zvišan krvni tlak, maščobe v krvi, bolezni ščitnice, osteoporoza, rak dojke, črevesja, danke in prostate ter težave z vidom in sluhom (Mauk, 2006). Pri starostnikih se lahko pojavi še prizadeta mobilnost, spremembe v funkcionalnem statusu, spremembe v duševnem statusu, kot so depresivnost, socialna izolacija, otožnost, in motnje prehranjevanja (Tan, 2010; Taylor, 2008).

Fizična in psihična kondicija sta pogoj za aktivno starost. V raziskavi smiselnih okupacij starejših so raziskovali vključenost starejših v okupacije in ugotovili, da je večina smiselne okupacije povezana tudi z zdravjem oziroma občutki zdravja, kar še dodatno potrjuje tezo, da vključevanje v smiselne okupacije vpliva na zdravje in dobro počutje posameznika (Križaj, 2012). V obdobje starosti naj bi stopili psihično in fizično v čim boljši kondiciji; aktivnost naj bi vzdrževali čim dlje. Znana je povezava med telesno aktivnostjo in ohranjanjem kognitivne funkcije. V preventivi demence so zelo pomembne tudi aktivnosti z učenjem, miselnim reševanjem težav in t. i. psihično aktivnostjo. (Ramovš et al, 2012)

Na področju duševnega zdravja se s starostjo najpogosteje pojavljata depresija in demenca. Slovenski kvantitativni podatki navajajo, da so starejše ženske skoraj dvakrat pogosteje kot moški obravnavane zaradi depresije ter da ima simptome depresije od 8 do 20 % starejših ljudi (Šelb-Šemerl, 2010, str. 69). V celoti je stopnja samomora pri starejših dvakrat višja kot v populaciji do 64. leta, in sicer znaša 44 samomorov na 100 000 prebivalcev (prav tam).

Večina starejših ljudi v Sloveniji ne biva v institucijah, temveč doma. Ljudje niso naklonjeni bivanju v instituciji, na drugi strani pa starejši v raziskavah navajajo, da ne želijo živeti s svojimi družinami in jim predstavljati bremena. Z družino želijo ostati v dobrih odnosih, vendar ne biti od nje neposredno odvisni (Hvalic Touzery, 2007). Zaželeno je, da starejši ljudje ostanejo tudi v visoki starosti v domačem okolju (seveda, če jim zdravstveno stanje in socialne razmere to omogočajo). To je poudarjeno tudi v različnih dokumentih, predpisih, resolucijah, ki so usmerjeni v skrb za staro populacijo (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 1999; Zakon o socialnem varstvu, 2004; Strategija varstva starejših do leta 2010; Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, 2013; Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja 2006–2008;).

Ljudje naj bi se starali v zdravem življenjskem slogu, ki obsega vse komponente – fizične, psihične in socialne. Svetovna zdravstvena organizacija (2002) definira aktivno staranje kot proces, ki ves čas spodbuja in krepi možnosti za zdravje, vključenost v družbo ter varnost s ciljem, da se izboljša kakovost življenja v starosti. Ker je večina starostnikov aktivnih v svojem okolju, lahko z lokalno promocijo aktivnosti za ohranjanje zdravja pridobijo enako kot mlajše osebe (Gabrijelčič Blenkuš et al., 2010).

Ekonomski položaj starejših je pomemben dejavnik starosti, ki ga je potrebno razumeti večplastno. Po opredelitvi SZO je revščina stanje, v katerem je posameznik zaradi materialnega pomanjkanja prikrajšan tudi za možnost izbire, varnosti in odločanja glede ravni svojega življenja in uživanja drugih civilnih, kulturnih, ekonomskih, političnih ter socialnih pravic (Svetovna zdravstvena organizacija, 2002). Starejši prebivalci so izpostavljeni največjemu tveganju revščine. Stopnja revščine v Sloveniji je v letu 2016 znašala 13,9 %, kar pomeni, da je v Sloveniji živel z dohodkom, nižjim od praga tveganja revščine, približno 280.000 oseb, od tega skoraj 30% upokojencev. (SURs 2016)

Razmerje med revščino in zdravjem se kaže na tri načine. Revščina je vzrok slabega zdravja, slabo zdravje povzroča revščino, boljše zdravje je pot iz revščine (WHO EURO, 2007). V Sloveniji imajo starejši približno dvakrat višjo stopnjo tveganja revščine kot drugo prebivalstvo. Značilno za revščino v starosti je, da so prizadeti v svojem položaju potrpežljivi in premalo glasni, da bi javnost slišala za njihove potrebe (Hlebec et al., 2010).

Ramovš (2003, str. 13) navaja: »Kakovost človeškega življenja se meri po tem, koliko in v kakšni medsebojni skladnosti so zadovoljene vse njegove potrebe. Še tako dobro zadovoljevanje nekaterih potreb ob zanemarjanju drugih pomembnih potreb povzroča življenjske motnje, lahko pa izniči vse zadovoljstvo obstoječe zadovoljitve.«

Celosten pristop z upoštevanjem individualnosti poudarja tudi Lenarčič (2005), ki pravi, da je življenje posameznika kakovostno, ko ima ta izpolnjene vse osnovne potrebe in čuti radost do življenja. Za slednje je potrebno poznavanje starejših ljudi na vseh področjih, tako na psihološkem, sociološkem kot tudi biološkem področju. Sistem zdravstvene nege in socialne oskrbe premalo pozna potrebe starejših ljudi. S hitrimi koraki na različnih ravneh bo potrebno zagotoviti, da bodo te potrebe v naslednjih letih prepoznane. (Hess, Lynn, Conforti in Holmboe, 2011).

Del celostnega pristopa je tudi vseživljenjsko učenje. Jelenc (2007, str. 15) navaja, da je vseživljenjsko učenje dejavnost in proces, ki vključuje vse oblike izobraževanja, bodisi formalno bodisi neformalno in aformalno ali naključno, in se dogaja v različnih učnih okoliščinah, poteka od rojstva preko zgodnjega otroštva in odraslosti do konca življenja, s ciljem, da se izboljšajo posameznikova znanja in spretnosti. Z učenjem pridobivamo interese, značajske poteze, odnos do sebe in drugih ter druge osebnostne lastnosti.

Spodbujati moramo vključevanje starejših v programe, ki prinašajo nove spretnosti in nova znanja – takšna, s katerimi se bodo najbolje vključili v družbeni in gospodarski razvoj (Matotek, 2010). Ljudje so najbolj zainteresirani za pridobivanje novih znanj takrat, ko jih najbolj potrebujejo oziroma vidijo njihovo aplikativno vrednost.

#### LITERATURA IN VIRI

1. Azaiza F., Ron P., Shoham M. in Gigini I. (2008). Death and Dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*, 34: 351-364.
2. Gabrijelčič Blenkuš M, Stanojević Jerković O, Džukič B, Prezelj M, Ješe M, Škornik Tovornik T, e tal. Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših-pregled stanja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2010.
3. Hess, B. J., Lynn, L. A., Conforti, L. N. in Holmboe, E. S. (2011). Listening to Older Adults: Elderly Patient`s Experience of Care in Residency and Practicing Physician Outpatient Clinics. *Journal of the American Geriatric`s Society*, 59 (5), 909-915.
4. Hlebec, V. et al. Samo, da bo zdravje: življenje starih revnih ljudi. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2010.
5. Hvalic Touzery, S. (2007). Tukaj smo! Opazite naše delo! Pomagajte nam!
6. Jelenc Z. Aktivno staranje v strategiji vse življenjskosti učenja v Sloveniji. In: Čuk J, Ložar M, Zupanec N (eds.). Zbornik referatov in razprav. Vse življenjsko učenje in aktivno staranje. Ljubljana, 2007: 12-21.
7. Križaj, T. (2012). Smiselne okupacije pri starejših. Posvetovanje: Delovna terapija – stroka sedanjosti, 2. februar 2012: Zbornik prispevkov z recenzijo: 95-104.
8. Lenarčič, B. (2005). Kakovost bivanja starostnikov in predsodki, ki jih imajo starejši v zvezi z domovi za ostarele. *Kakovostna starost*, 8(4), str. 44–45.

9. Long-term Care in the European Union [Review of the Long-term care part of the National Reports on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2006–2008 and updates 2007–Memorandum of the Social Protection Committee]. (2008). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
10. Matotek I. 2010. Aktivno staranje. Diplomsko delo. Mentor: Habjanič a. FZV – Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.
11. Mauk KL. Gerontological nursing: competencies for care. Boston: Jones and Bartlett; 2006.
12. Missler, M., Stroebe, M., Geurtsen, L., Mastenbroek, M., Chmoun, S., Van der Houwen, K. 2012. Exploring Death Anxiety among Elderly People: A Literature Review and Empirical Investigation. Omega: Journal of Death and Dying, 2011-2012; 64 (4): pp. 357-79.
13. Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja 2006-2008. Dostopno na: [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_pdf/nps\\_szsv\\_06\\_08\\_slo.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/nps_szsv_06_08_slo.pdf)
14. Ramovš, J. (2003). Kakovostna starost. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
15. Ramovš, K., Lipar, T., Saražin Klemenčič, K., Slana, M. (2012). Kakovostna starost: Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Globalna konferenca o staranju, Praga, Prague Congress Centre, 28. maj – 1. junij 2012.
16. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020. (2013). Ur List RS 39/2013
17. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (1999). Strateški razvojni program organizirane skrbi za starejše Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Ljubljana: Skupnost socialnih zavodov Slovenije, str. 11-16.
18. Strategija varstva starejših do leta 2010 - solidarnost, sožitje in kakovostno staranje prebivalstva. Dostopno na: [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_pdf/strategija\\_varstva\\_starejsih\\_splet\\_041006.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/strategija_varstva_starejsih_splet_041006.pdf)
19. Šelb-Šemerl J et al. Zdravje starejših. In: Trdič j, Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Truden-Dobrin P, Albreht T, eds. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2010.
20. Tan PS. Elderly concerns in the ICU. Dostopno na: <http://thestar.com.my/health/story.asp?file=/2007/8/19/health/18592041&sec=health>
21. Taylor F. Eating disorders are not just a problem of the young. Community Care Policy&Practice.2008;12(3):31-33.

22. Tomer, A. 2000. Death attitudes and the older adult: Theories, concepts and applications. Washington, DC: Taylor & Francis
23. Zakon o socialnem varstvu (2004). Ur List RS 14 (36): 4256-81.
24. Zorc J., Skela Savič B. Razlike v življenjskem slogu starostnikov z vidika socialno-demografskih dejavnikov presečna anketna raziskava v Gorenjski regiji. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Avberšek Lužnik I., eds. Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv; 3. Simpozij katedre za temeljne vede, Begunje, 17. Oktober 2012. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2012; 94-104.
25. Železnik D. (2014). Skrb zase kot paradigma življenja starostnikov: znanstvena monografija. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
26. WHO. Active Ageing A Policy Framework Geneva: Who, 2002. Dostopno na: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/en/inde.html>

### **3. CILJNA SKUPINA:**

Ciljna skupina so ranljive skupine odraslih. Specifična ciljna skupina so starejši prebivalci, ki so motivirani za pridobivanje ključnih kompetenc za ohranjanje oziroma izboljšanje svojega zdravja.

Pri udeležencih lahko pričakujemo šibko splošno poučenost, pomanjkljive spretnosti v komunikaciji, iskanju in izbiri informacij in na splošno pri dejavnem vključevanju v širšo družbeno skupnost, težave pri prenosu znanj in spretnosti v praktično življenje, težave pri vključevanju v okolje in manjšo iznajdljivost v vsakdanjih situacijah, drugačno čustveno odzivnost in slabši gmotni položaj.

### **4. CILJI PROGRAMA:**

Cilji programa so usmerjeni v reševanje problematike nezdravega življenjskega sloga, ki se kaže v obliki kroničnih bolezni pri starejših.

Cilj programa je omogočiti vključenim udeležencem pridobitev ključnih naravoslovnih kompetenc, s katerimi bodo lahko ohranjevali in izboljševali lastno zdravje.

Poleg tega bodo udeleženci v programu krepili tudi ključne socialne in državljanske kompetence ter kompetenco učenja učenja.

#### **5. TRAJANJE ORGANIZIRANEGA IZOBR. DELA:**

Program traja 51 pedagoških ur

#### **6. POGOJI ZA KONČANJE PROGRAMA:**

Program je uspešno zaključen, če je udeleženec prisoten najmanj 80% ur programa.

#### **7. VSEBINA:**

Program je sestavljen iz šestih vsebinskih modulov:

##### **1. Uvod in prevzemanje odgovornosti za lastno zdravje – 3 ure**

- Demografski trendi.
- Procesi staranja.
- Dejavniki, ki vplivajo na pričakovano življenjsko dobo.
- Razvojne stopnje staranja.
- Elementi zdravega staranja.
- Dejavniki, ki vplivajo na pojav bolezni in poškodb v starosti.

##### **2. Prepoznavanje in obvladovanje stresa – 6 ur**

- Osnove stresnega mehanizma.
- Vzročne povezave med zaznavanjem, reagiranjem in nastankom obolenj.
- Dogajanja in stanja, ki povzročajo stres v zrelem življenjskem obdobju.
- Metode obvladovanja stresa.

##### **3. Prilagajanje okolja v katerem živimo – 3 ure**

- Pomen ustrezne dostopnosti do prostorov v bivalnem okolju in ustrezne ureditve prostorov v starosti.
- Primerne razporeditve in pohištvo.
- Možnosti nameščanja dodatnih pripomočkov.

- Preprečevanje padcev in drugih poškodb v bivalnem okolju.

#### **4. Najpogostejše zdravstvene težave v starosti – 3 ure**

- Najpogostejši zdravstvenim problemi v starosti
- Prepoznavanje bolezenskih znakov ter stanj in napotki za ustrezno ravnanje.
- Preventivnimi programi (SVIT, DORA, ZORA) in pomen udeleževanja v njih.
- Preventiva pred inkontenco in način zdravljenja le-te.
- Demenca in depresija.
- Pravilna uporaba zdravil.

#### **5. Umska vadba – 15 ur**

Modul je razdeljen na pet tematskih sklopov, vsak v obsegu treh šolskih ur:

Prvi sklop : Spoznajmo čudežne sposobnosti naših možganov

- Človekovi možgani in njegovih spominskih sposobnostih.
- Možganski fitnes.
- Vaje sproščanja.
- Vaje za ohranjanje ravnotežja.

Drugi sklop: Vseživljenjsko učenje za ohranjanje umskih sposobnosti

- Učenju, učni tipi in učne tehnike.
- Načini učenja glede na učni tip.
- Ozaveščanje prepričanja o lastnih umskih in učnih sposobnostih.
- Afirmacije - kako jih oblikovati ter uporabljati v vsakdanjem življenju.

Tretji sklop: Naša čutila so pomembna vez med možgani in zunanjim okoljem

- Čutila.
- Kako uporaba čutil vpliva na naše pomnjenje.
- Povezanost čutil z umom.
- Tehnika sproščanja s pomočjo vizualizacije.

Četrti sklop: Naučimo se boljšega pomnjenja v vsakdanjem življenju



- Mnemotehnika in metoda zgodbe.
- Dobra gesla in kako si jih zapomniti.
- Metode pomnjenja ljudi in njihovih imen.
- Metode pomnjenja pomembnih datumov.
- Metode učinkovitega branja.

Peti sklop: Domišljija kot ključ do dobrega spomina

- Domišljija in ustvarjalnost kot pripomoček za boljše pomnjenje.
- Vaje za krepitev domišljije.
- Mnemotehnika – metoda potovanja.

## 6. Telesna vadba

Modul obsega štiri sklope, vsak traja tri šolske ure:

Prvi sklop : Kakovostno staranje s športom

- Pomen gibanja in športa v kontekstu podaljšanja človeškega življenja in kakovosti bivanja starejših.
- Telesno ravnovesje kot pogoj za duševno zdravje.
- Gibalne oziroma motorične sposobnosti v starosti.
- Kako šport vpliva na človeka, njegove sisteme in procese v teles.
- Ohranjanje gibalnih sposobnosti – temelj samostojnosti za poznejša leta.
- Ohranjanje telesne učinkovitosti.
- Športne zvrsti, primerne za starostnike.
- Osnovna določila o obsegu in intenzivnosti vadbe.
- Ohranjanje oziroma razvoj vzdržljivosti.
- Vadba pilatesa.

Drugi sklop: Vadba za ohranjanje oziroma razvijanje moči in sprostilne vaje

- Ohranjanje oziroma razvoja moči ter sprostilne vaje.
- Osnove pravilnega izvajanja vaj za moč in sproščanje
- Vadba za moč in sproščanje

### Tretji sklop : Aerobika

- Tri različice aerobike: klasična aerobika, step aerobika in FITBALL vadbo na veliki žogi ali z njo.
- Osnove pravilnega izvajanja aerobike.
- Vadba aerobike.

### Četrti sklop: Nordijska hoja

- Osnove pravilne nordijske hoje.
- Vadba – nordijska hoja.
- 

## **7. Zdrava hrana**

Modul obsega tri sklope, vsak traja tri šolske ure:

### Prvi sklop: Prehrana, staranje in zdravje

- Delitev živil v skupine na podlagi hranilnih snovi.
- Pomen uravnotežene prehrane.
- Posledice pomanjkljive prehrane in posledice slabega prehranjevanja na zdravje.

### Drugi sklop: Uravnotežena prehrana preko celega dneva

- Pomen enakomerne porazdelitve obrokov preko celega dneva.
- Skriti sladkorji in sol v živilih.
- Sestava uravnoteženega obroka.
- Pomen higiene v kuhinji.

### Tretji sklop: Kako prehrana in prehranske navade podpirajo naše zdravje in počutje

- Analiza prehranskih navad udeležencev.
- Vzroki in posledice slabih prehranjevalnih navad.
- Osnovna načela zdravega načina prehranjevanja.
- Vaje za prepoznavanje razlike med določenimi vrstami hrane.

## 8. KOMPETENCE, KI JIH UDELEŽENCI PRIDOBIMO PO PROGRAMU:

Udeleženci si v programu razvijejo predvsem ključne kompetence s področja skrbi za lastno zdravje, ki jih umeščamo v sklop matematičnih, naravoslovnih in tehnoloških temeljnih zmožnosti in sicer:

- Poznajo demografske trende in razumejo posledice staranja družbe.
- Razumejo razliko med pričakovano življenjsko dobo in kazalnikom zdravih let življenja (HLY).
- opredelijo dejavnike, ki vplivajo na pojav bolezni in poškodb v starosti.
- navedejo osnovne dejavnike, ki lahko vplivajo na boljše zdravje v starosti.
- Pri sebi ozavestijo stresno stanje in uporabijo naučene metode in tehnike za omilitev njegovega vpliva na zdravje.
  
- Skladno z načeli, ki so jih spoznali v programu, si po svojih zmožnostih uredijo primerno bivalno okolje.
  
- Navedejo najpogostejše zdravstvene težave v starosti in osnovne znake najpogostejših bolezni.
- Razložijo osnove delovanja možganov in spomina.
- Prakticirajo temeljne tehnike in metode umske vadbe.
- Oblikujejo si program redne telesne vadbe za krepitev zdravja in ga umestijo v svoj vsakdanjik.
- Sestavijo si jedilnik po načelih zdravega prehranjevanja in ga časovno umestijo v vsakdanjik (zajtrk, kosilo, večerja, malica).

Poleg tega udeleženci v programu razvijajo še:

- Ključne socialne in državljske kompetence in sicer:
  - Opredelijo osebni kodeks odgovornosti za lastno zdravje; – oblikujejo si nekaj »zlatih« pravil zdravega življenja po katerih živijo .
  - Poznajo preventivne zdravstvene programe in razumejo pomembnost le teh.

- Razvijajo družabnost in dobre medosebne odnose znotraj učne skupine.
  
- Ključne kompetence učenja učenja in sicer:
  - So motivirani za pridobivanje novih znanj in spretnosti na področju zdravega življenja.
  - Prepoznajajo učenje kot dejavnik povečevanja kakovosti življenja.
  - poiščejo in razumejo informacije s področja zdravja.
  - Izberejo si učno dejavnost in jo umestijo v svoj vsakdanjik .
  - Navedejo organizacije in druge priložnosti za učenje v okolju kjer živijo .

## **9. ORGANIZACIJA IZOBRAŽEVANJA:**

Program se izvaja v tečajni obliki.

Izobraževanje poteka enkrat ali dvakrat na teden po tri ure hkrati, dalj časa, nekaj tednov ali mesecev ter obsega 51 ur in je zasnovan modularno. Tečajno obliko lahko kombiniramo tudi z organiziranim samostojnim učenjem v primerih, ko je učenje namenjeno poglobljanju in utrjevanju pridobljenih kompetenc. Spodbuja se uporaba inovativnih učnih metod, odprtega učnega okolja in aktivno delo udeležencev. Moduli se skozi program dopolnjujejo in nadgrajujejo ter utrjujejo že dosežene kompetence in jih povezujejo v močnejše okvire.

Predavatelji imajo poleg vloge prenašalca vsebine tudi vlogo usmerjevalca, moderatorja in svetovalca. Pouk ni samo interakcija med predavateljem in udeleženci, temveč tudi med samimi udeleženci. Usmerjen je k udeležencu in udeleženci izobraževanja so sooblikovalci učnega procesa. Pomembno skrb je potrebno nameniti ohranjanju motivacije za učenje, pri čemer je za udeležence pomemben občutek, da so sprejeti in uspešni pri učenju, saj neuspeh lahko potre. Predavatelj jih z ustrezno izbiro metod in oblik poučevanja spodbuja in jim pomaga k doseganju ciljev. Izbira metod in oblik temelji na poprejšnjem znanju, potrebah in interesih skupine. Predavatelj predlaga in v dogovoru z vodjo izobraževanja in aktivom predavateljev izbere najprimernejše prijeme in učno ter drugo didaktično gradivo, ki naj bo zvrstno čim bolj raznoliko in tematsko blizu učni skupini.

V tečaj se vključi do največ 15 udeležencev.

Pred vsako izvedbo programa bodo opravljene naslednje aktivnosti:

1. Promocija izobraževalnega programa med starejšimi odraslimi.
2. Animacija strejših za udeležbo v programu in nabor udeležencev.
3. Vključitev kandidatov v svetovalni proces, informiranje o podrobnih vsebinah programa, motiviranje za vključitev, predstavitev koristi, ki jih starejšim prinaša vključitev v program.
4. Ugotavljanje in vrednotenje že pridobljenega znanja udeležencev in postavljanje osebnih ciljev, po potrebi priprava osebnega učnega načrta.
5. Svetovanje med izobraževanjem v primeru težav pri sprejemanju vsebin modulov ali če udeleženec izrazi željo po bolj poglobljenem znanju, kot ga ponuja program.
6. Prilagoditev izvedbenega načrta programa, ki je prilagojen interesom in izobraževalnim potrebam udeležencev v učni skupini.

Udeleženci ob zaključku usposabljanja prejmejo potrdilo o uspešno zaključenem usposabljanju in prilogo s popisom pridobljenih kompetenc po programu.

#### **10. ZNANJE IZVAJALCEV PROGRAMA:**

Predavatelj v programu je lahko, kdor ima vsaj višješolsko izobrazbo in je v preteklosti že uspešno izvajal programe na področjih, ki so predmet tega programa oz. ki je strokovnjak, ki ima reference s področja ohranjanja zdravja:

- Za sklopa 1 in 4 mora imeti predavatelj znanja s področja zdravstvene nege, sociologije in gerontologije ter andragoškega dela.
- Za sklopa 2 in 3 mora imeti predavatelj znanja s področja medicine in gerontologije ter andragoškega dela.
- Za sklop 5 mora imeti predavatelj znanja s področja sociologije, psihologije, socialne gerontologije ter andragoškega dela.
- Za sklop 6 mora imeti predavatelj znanja s področja telesne vzgoje in kineziologije ter andragoškega dela.
- Za sklop 7 mora imeti predavatelj znanja s področja zdrave prehrane ter andragoškega dela.

Od predavateljev v programu se pričakuje stalno strokovno spopolnjevanje na predmetnem področju ter nenehno spremljanje novosti.

## 11. NAČRT SPREMLJANJA IN EVALVACIJE

Metoda evalvacije bo izhajala iz strokovne presoje evalvacijskih ciljev ter bo usmerjena v kvalitativne analize, ki so uveljavljene v izobraževanju. Pri izpeljavi programa bo potekala tudi sprotna notranja evalvacija učnih dosežkov, ki jo opravljajo udeleženci.

Izvajanje programa in udeležence bomo spremljali ves čas trajanja aktivnosti z medsebojnim obveščanjem, z obiski in razgovori. Ob vpisu v program bodo udeleženci izpolnili vpisni vprašalnik in opravili razgovor s svetovalko, ki bo vključevalo naslednje elemente andragoškega dela s ciljno skupino: pripravo izvedbenega načrta, svetovalno podporo med izvajanjem izobraževanja, spremljanje napredovanja in evalvacijo, ki vključuje tudi merjenje zadovoljstva udeležencev in popis kompetenc po programu. Na osnovi izpolnjenih vprašalnikov bomo spremljali število vključenih udeležencev v programe.

Z listami prisotnosti bomo spremljali prisotnost udeležencev na vsakem srečanju in izvajali spremljanje napredovanja udeležencev v programu. Izvajanje programa bomo spremljali tudi z rednimi evalvacijskimi pogovori z izvajalci izobraževalnega programa. Spremljali bomo število izdanih potrdil o usposabljanju.

Rezultate vključenosti udeležencev v izobraževalni program bomo s pomočjo vprašalnikov spremljali 4 tedne po zaključenem izobraževanju in še 6 mesecev po zaključenem izobraževanju.

### EVALVACIJA NA RAVNI IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

Pri evalvaciji izobraževalnega programa se bomo osredotočili na:

- evalvacijo doseganja zastavljenih ciljev;
- evalvacijo kakovosti izobraževalnega programa in

- evalvacijo zadovoljstva udeležencev s programom.

EVALVACIJO DOSEGANJA ZASTAVLJENIH IZOBRAŽEVALNIH CILJEV bomo ugotavljali s pomočjo pedagoške in projektne dokumentacije (prijavnice, liste prisotnosti, dnevnik izobraževanja). Za izvajanje evalvacije, ki bo potekala ob pričetku in zaključku izobraževalnega programa, bo zadolžen organizator izobraževanja.

#### EVALVACIJA KAKOVOSTI IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

Za evalvacijo kakovosti programa bomo delno uporabili splošno uveljavljeni Kirkpatrickov model (1996) vrednotenja izobraževanj na štirih ravneh. Na prvi ravni bomo vrednotili zadovoljstvo udeležencev izobraževanja. Vprašalnike z ustreznimi kazalniki kakovosti izobraževanja bodo udeleženci usposabljanj izpolnili takoj po zaključenem izobraževanju. Vrednotenje na drugi ravni Kirkpatrickovega modela oz. preverjanje pridobljenega znanja in kompetenc bo potekalo sproti, po izvedenih posameznih vsebinskih sklopih. Za boljše vrednotenje napredka rezultatov bomo pred začetkom izobraževanja izvedli tudi uvodno preverjanje poznavanja v programu obravnavanih vsebin. To nam bo omogočilo oceno obsega in kakovosti predhodnega znanja.

Evalvacija kakovosti bo temeljila tudi na: osebnih razgovorih s predavatelji pred in po zaključku izobraževalnega programa ter njihovih poročilih ob zaključku programa.

EVALVACIJA ZADOVOLJSTVA UDELEŽENCEV bo temeljila na vprašalnikih, ki jih bodo udeleženci izpolnili takoj po zaključenem izobraževanju. Med izvajanjem izobraževalnega programa pa bomo evalvacijo izvajali s pomočjo osebnih razgovorov z udeleženci ter njihovimi povratnimi informacijami.

#### SESTAVLJAVCI PROGRAMA

Avtorica programa: mag. Maja Radinovič Hajdič, Ljudska univerza Jesenice