

**UNIVERZA ALMA MATER EUROPAEA
FAKULTETA EVROPSKI CENTER MARIBOR
Socialna gerontologija**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mihael Nedeljko

**UNIVERZA ALMA MATER EUROPAEA
FAKULTETA EVROPSKI CENTER MARIBOR**

Doktorska disertacija
študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**MODEL USPEŠNEGA STARANJA ZA
ZAGOTAVLJANJE ZADOVOLJSTVA Z
ŽIVLJENJEM IN SUBJEKTIVNE BLAGINJE
LGBTQ+ STAREJŠIH ODRASLIH**

Mentor: izr. prof. dr. Boris Miha Kaučič
Somentorica: red. prof. dr. Nadja Furlan Štante

Kandidat: Mihael Nedeljko

Maribor, avgust 2024

ZAHVALA

Na prvem mestu se želim zahvaliti spoštovanemu mentorju, izr. prof. dr. Borisu Mihi Kaučiču, za izkazano predanost svojemu delu in podporo tekom celotnega doktorskega izobraževanja. Lepa hvala tudi somentorici, red. prof. dr. Nadji Furlan Štante, za vso strokovno pomoč pri pisanju disertacije.

Na tem mestu se želim posebej zahvaliti predsednici komisije za oceno dispozicije doktorske disertacije, red. prof. dr. Majdi Bastič, in zunanji članici komisije, dekanici Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani, izr. prof. dr. Mojci Urek, za vse usmeritve.

Hvala tudi predstojniku doktorskega študijskega programa Socialna gerontologija, red. prof. dr. Davidu Bogataju, za vso izkazano podporo in vzpodbujanje aktivne udeležbe na znanstvenih konferencah ter pri raziskovalnih projektih.

Velik hvala je namenjen g. Mitju Blažiču, soustanovitelju društva DIH – Enakopravni pod mavrico, za vso pomoč pri izvedbi raziskave.

Posebno zahvalo namenjam izr. prof. dr. Barbari Toplak Perović in red. prof. dr. Juriju Toplaku za izkazano podporo pri proučevanju izbranega raziskovalnega problema.

Najlepše se zahvaljujem tudi vsem kolegicam, sošolkam, ki ste me »prenašale« tekom študija, posebna hvala Zdenki, Sanji, Suzanni, Aleksandri in Ani Mariji. Prav posebna zahvala Miranu za vse debate.

Na koncu bi se rad zahvalil vsem domačim za potrpežljivost in podporo, da sem lahko zaključil študij in tako dosegel najvišjo stopnjo akademske izobrazbe.

Srčno si želim, da bo znanstveni doprinos te doktorske disertacije vsaj eni LGBTQ+ osebi olajšal življenje (v starosti).

Zaključil bi z mislijo filozofa Seneke: »Non est ad astra mollis e terris via. – Pot od zemlje do zvezd ni gladka.«

POVZETEK

Starejši odrasli so heterogena skupina, med katerimi so tudi LGBTQ+ osebe, ki se soočajo z dodatnimi izzivi zaradi družbenih norm, kot so diskriminacija, stigma, homo-, bi- ali transfobija, kar vpliva na njihovo zmožnost uspešnega staranja, na njihovo zadovoljstvo z življenjem in na subjektivno blaginjo.

Doktorska disertacija temelji na teoriji uspešnega staranja Rowa in Kahna (1997), ki pravi, da so fizično (telesno) in duševno zdravje ter socialna mreža dejavniki uspešnega staranja. Teorijo uspešnega staranja smo nadgradili z dodatnima dejavnikoma – integrirano zdravstveno in socialno oskrbo ter bivanjskim okoljem. V disertaciji odgovarjamo na temeljno znanstvenoraziskovalno vprašanje, ali dejavniki uspešnega staranja vplivajo na zadovoljstvo z življenjem in na subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Pri tem smo zasnovali mavrični model zagotavljanja zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje. Razvili in validirali smo novo mersko lestvico uspešnega staranja LGBTQ+ starejših odraslih, imenovano mavrična lestvica uspešnega staranja – R-SAS.

Potrjujemo vpliv dejavnikov uspešnega staranja – fizičnega in duševnega zdravja, socialne mreže in bivanjskega okolja na zadovoljstvo z življenjem, kakor tudi vpliv zadovoljstva z življenjem na subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Vpliva integrirane socialne in zdravstvene oskrbe kot dejavnika uspešnega staranja na zadovoljstvo z življenjem nismo potrdili.

Družba kot celota in socialna gerontologija kot veda s specialnimi znanji na področju staranja se morata s skupnimi močmi zavzemati za uspešno staranje vseh ljudi, ne glede na spolno usmerjenost, spolno identiteto, spolni izraz ali kakšne druge človekove fenotipske značilnosti.

Ključne besede: LGBTQ+ starejši odrasli, uspešno staranje, zadovoljstvo z življenjem, subjektivna blaginja.

SUMMARY

Older adults are a heterogeneous group, including LGBTQ+ individuals who face additional challenges due to societal norms such as discrimination, stigma, homophobia, biphobia, or transphobia. These challenges impact their ability to age successfully, their life satisfaction, and their subjective well-being.

The doctoral dissertation is based on Rowe and Kahn's theory of successful ageing (1997), which states that physical and mental health and the social network are factors in successful ageing. We upgraded the theory of successful ageing with two additional factors - integrated care and living environment. The dissertation answers the fundamental scientific research question of whether the factors of successful ageing affect life satisfaction and subjective well-being in LGBTQ+ older adults. In doing so, we designed a rainbow model of ensuring satisfaction with life and subjective well-being. We developed and validated a new measurement scale of successful ageing of LGBTQ+ older adults called the Rainbow Successful Ageing Scale - R-SAS.

We confirm the influence of the factors of successful ageing – physical and mental health, social network and living environment on life satisfaction, as well as the influence of life satisfaction on subjective well-being in LGBTQ+ older adults. We did not confirm the impact of integrated care as a factor of successful ageing on life satisfaction.

Society as a whole and social gerontology as a science with special knowledge in the field of ageing must work together for the successful ageing of all people, regardless of sexual orientation, gender identity, gender expression or any other human phenotypic characteristics.

Keywords: LGBTQ+ older adults, successful ageing, life satisfaction, well-being.

KAZALO

1 UVOD.....	1
1.1 Namen in cilji doktorske disertacije.....	6
1.2 Ocena dosedanjih raziskovanj na obravnavanem področju	7
2 PARADIGMA STARANJA	10
2.1 Demografske spremembe	11
2.2 Uspešno staranje	17
3 LGBTQ+ STAREJŠI ODRASLI	22
3.1 Spolna usmerjenost, spolna identiteta in spolni izraz.....	23
3.2 Izzivi spolnih manjšin	27
3.3 Teorija odpornosti, spolno občutljiva raba jezika in vloga socialne gerontologije	30
4 KONSTRUKTI TEORETIČNEGA MODELA	33
4.1 Fizično zdravje LGBTQ+ starejših odraslih.....	35
4.2 Duševno zdravje LGBTQ+ starejših odraslih	37
4.3 Socialna mreža LGBTQ+ starejših odraslih.....	38
4.4 Bivanjsko okolje LGBTQ+ starejših odraslih	40
4.5 Integrirana socialna in zdravstvena oskrba LGBTQ+ starejših odraslih	41
4.6 Zadovoljstvo z življenjem LGBTQ+ starejših odraslih.....	41
4.7 Dobro počutje ali subjektivna blaginja LGBTQ+ starejših odraslih.....	42
5 EMPIRIČNI DEL – KVALITATIVNA RAZISKAVA.....	44
5.1 Merski instrument	46
5.2 Postopek zbiranja podatkov	47
5.3 Vzorec.....	47
5.4 Postopek analize podatkov	48
5.5 Rezultati kvalitativne raziskave	49
5.6 Etični vidik raziskovanja	62
6 EMPIRIČNI DEL – KVANTITATIVNA RAZISKAVA.....	64
6.1 Namen in cilji	64
6.2 Raziskovalne hipoteze.....	64
6.3 Merski instrument	66
6.4 Vsebinska veljavnost.....	66
6.5 Etični vidik raziskovanja	67
6.6 Postopek zbiranja podatkov	67
6.7 Vzorec.....	68
6.8 Rezultati kvantitativne raziskave.....	73
6.8.1 Opisna statistika konstrukta zadovoljstvo z življenjem	73
6.8.2 Opisna statistika dimenzij konstrukta uspešno staranje	76
6.8.3 Opisna statistika konstrukta subjektivna blaginja.....	90
6.8.4 Preverjanje veljavnosti in zanesljivosti	92
6.8.5 Zadovoljstvo z življenjem	94
6.8.6 Uspešno staranje	96
6.8.8 Opisna statistika konstrukta uspešno staranje drugega reda.....	106

6.8.9 Merski model	108
6.8.10 Strukturni model.....	111
6.8.11 Model s kontrolnimi spremenljivkami.....	117
6.9 Analiza razlik pri posameznih konstruktihi glede na kraj bivanja	119
6.9.1 Ugotavljanje razlik v doživljanju zadovoljstva z življenjem LGBTQ+ starejših odraslih glede na kraj bivanja	119
6.9.2 Ugotavljanje razlik v doživljanju subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih glede na kraj bivanja	122
6.9.3 Ugotavljanje razlik v uspešnem staranju LGBTQ+ starejših odraslih glede na kraj bivanja	125
7 RAZPRAVA.....	136
7.1 Razprava o končnem prilagojenem strukturnem modelu uspešnega staranja za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih	136
7.2 Razprava o razlikah v zadovoljstvu z življenjem glede na bivanjsko okolje pri LGBTQ+ starejših odraslih	141
7.3 Razprava o razlikah v zaznavi subjektivne blaginje glede na bivanjsko okolje pri LGBTQ+ starejših odraslih	142
7.4 Razprava o razlikah v uspešnem staranju glede na bivanjsko okolje pri LGBTQ+ starejših odraslih	143
7.5 Razvoj nove merske lestvice.....	145
7.6 Opis doprinosa doktorske disertacije k znanosti	145
7.7 Omejitve raziskave	147
8 ZAKLJUČEK	149
8.1 Možnosti nadaljnjih raziskovanj	151
9 SEZNAM LITERATURE IN VIROV	152
PRILOGE	
Priloga A: Anketni vprašalnik	
Priloga B: Sklep etične komisije za kvalitativno raziskavo	
Priloga C: Sklep etične komisije za kvantitativno raziskavo	
Priloga D: Mavrična lestvica uspešnega staranja R-SAS	
IZJAVA O AVTORSTVU	
IZJAVA LEKTORJA	

SEZNAM SLIK

Slika 1: Teoretični mavrični model za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje	4
Slika 2: Predviden potek lastne raziskave	5
Slika 3: Uspešno staranje	17
Slika 4: Hierarhični krog razvrstitve dobljenih tem glede na število citatov	49
Slika 5: Klastrska analiza pridobljenih kategorij	51
Slika 6: Frekvenčne porazdelitve za dimenzije uspešnega staranja	108

Slika 7: Končni prilagojeni strukturni model uspešnega staranja za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih	114
Slika 8: Postopek sestave nove merske lestvice.....	145

SEZNAM TABEL

Tabela 1: Indeks staranja v Sloveniji od leta 2014 do leta 2024.....	12
Tabela 2: Diskriminacija LGBTQ+ starejših odraslih.....	28
Tabela 3: Pregled literature o zdravju LGBTQ+ starejših odraslih	36
Tabela 4: Pregled glavnih ugotovitev o duševnem zdravju pri LGBTQ+ starejših odraslih	38
Tabela 5: Osnovne značilnosti intervjuvanih oseb.....	48
Tabela 6: Dejavniki uspešnega staranja po mnenju intervjuvanih oseb.....	52
Tabela 7: Izkušnje LGBTQ+ starejših odraslih, vezane na spolno usmerjenost, spolno identiteto in/ali spolni izraz zaradi družbenih norm.....	53
Tabela 8: Doživljanje stresa ali nasilja zaradi spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete in/ali spolnega izraza	54
Tabela 9: Dostopnost zdravstvene oskrbe	55
Tabela 10: Misel na starost	57
Tabela 11: Oseba, ki ji LGBTQ+ starejši odrasli zaupajo.....	58
Tabela 12: Potencialni skrbnik v starosti.....	59
Tabela 13: Kakovostno bivalno okolje	60
Tabela 14: Dolgotrajna oskrba	61
Tabela 15: Življenjske izkušnje LGBTQ+ starejših odraslih	62
Tabela 16: Odpornost LGBTQ+ starejših odraslih	62
Tabela 17: Spol, spolna identiteta, transspolnost in spolna usmerjenost anketiranih oseb ..	70
Tabela 18: Starostna in izobrazbena sestava ter zaposlitveni status anketiranih oseb	71
Tabela 19: Višina mesečnega dohodka, število članov gospodinjstva, kraj bivanja in razkritje anketiranih oseb.....	72
Tabela 20: Zakonski stan anketiranih oseb.....	73
Tabela 21: Opisna statistika postavk konstrukta zadovoljstvo z življenjem	74
Tabela 22: Frekvenčna porazdelitev postavk konstrukta zadovoljstvo z življenjem	75
Tabela 23: Opisna statistika postavk za fizično zdravje konstrukta uspešno staranje	76
Tabela 24: Frekvenčna porazdelitev dimenzije fizično zdravje.....	78
Tabela 25: Opisna statistika postavk za integrirano socialno in zdravstveno oskrbo konstrukta uspešno staranje	79
Tabela 26: Frekvenčna porazdelitev dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba	81
Tabela 27: Opisna statistika postavk za socialno mrežo konstrukta uspešno staranje	82
Tabela 28: Frekvenčna porazdelitev dimenzije socialna mreža.....	84
Tabela 29: Opisna statistika postavk za duševno zdravje konstrukta uspešno staranje	85
Tabela 30: Frekvenčna porazdelitev dimenzije duševno zdravje	87
Tabela 31: Opisna statistika postavk za bivanjsko okolje konstrukta uspešno staranje.....	88
Tabela 32: Frekvenčna porazdelitev dimenzije bivanjsko okolje	89

Tabela 33: Opisna statistika postavk za konstrukt subjektivna blaginja.....	90
Tabela 34: Frekvenčna porazdelitev konstrukta subjektivna blaginja.....	91
Tabela 35: Zanesljivost, komunalitete in faktorske uteži za konstrukt zadovoljstvo z življenjem.....	95
Tabela 36: Celotna pojasnjena varianca za konstrukt zadovoljstva z življenjem.....	95
Tabela 37: Zanesljivost, komunalitete in faktorske uteži za konstrukt uspešno staranje ...	97
Tabela 38: Celotna pojasnjena varianca za konstrukt uspešno staranje.....	101
Tabela 39: Izvleček statistike indeksov ustreznosti za eno- in večfaktorski model uspešnega staranja	102
Tabela 40: Standardizirane uteži, zanesljivost kompozita (CR) in povprečje izločenih varianc (AVE) za konstrukt uspešno staranje	103
Tabela 41: Korelacije med latentnimi spremenljivkami konstrukta uspešno staranje.....	104
Tabela 42: Rezultati HTMT analize	105
Tabela 43: Zanesljivost, komunalitete in faktorske uteži za konstrukt subjektivna blaginja	106
Tabela 44: Celotna pojasnjena varianca za konstrukt subjektivna blaginja.....	106
Tabela 45: Opisna statistika konstrukta drugega reda – uspešno staranje	107
Tabela 46: Merski model konstruktov – standardizirane uteži (koeficient λ), zanesljivost kompozitov (CR) in povprečja izločenih varianc (AVE)	109
Tabela 47: Korelacija med latentnimi spremenljivkami	110
Tabela 48: Rezultati HTMT analize	111
Tabela 49: Strukturni model – standardizirane uteži konstruktov, zanesljivost kompozitov (CR) in povprečja izločenih varianc (AVE).....	112
Tabela 50: Indeksi ustreznosti za proučevani ugnjezdni model	115
Tabela 51: Standardizirane vrednosti koeficientov β in γ v končnem strukturnem modelu	116
Tabela 52: Rezultati testiranja raziskovalnih hipotez	117
Tabela 53: Standardizirane vrednosti koeficientov β in γ v končnem strukturnem modelu s kontrolnimi spremenljivkami	118
Tabela 54: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen pri doživljanju zadovoljstva z življenjem glede na kraj bivanja.....	120
Tabela 55: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih, ki se nanašajo na zadovoljstvo z življenjem glede na njihov kraj bivanja.....	121
Tabela 56: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen pri doživljanju dobrega počutja glede na kraj bivanja.....	122
Tabela 57: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih oseb, ki se nanašajo na subjektivno blaginjo glede na njihov kraj bivanja.....	124
Tabela 58: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja pri dimenziji fizično zdravje glede na kraj bivanja.....	125
Tabela 59: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja pri dimenziji integrirana socialna in zdravstvena oskrba glede na kraj bivanja	126
Tabela 60: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih oseb, ki se nanašajo na uspešno staranje (integrirana socialna in zdravstvena oskrba) glede na njihov kraj bivanja.....	127

Tabela 61: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja glede na kraj bivanja pri dimenziji socialna mreža	128
Tabela 62: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih oseb, ki se nanašajo na uspešno staranje (socialna mreža) glede na njihov kraj bivanja.....	130
Tabela 63: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja glede na kraj bivanja pri dimenziji duševno zdravje	132
Tabela 64: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja glede na kraj bivanja pri dimenziji bivanjsko okolje.....	133
Tabela 65: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih oseb, ki se nanašajo na uspešno staranje (bivanjsko okolje) glede na njihov kraj bivanja.....	134

SEZNAM GRAFOV

Graf 1: Dinamika objav člankov o LGBTQ+ starejših odraslih, indeksiranih v podatkovni bazi WOS	2
Graf 2: Prebivalstvo po starostnih skupinah v Sloveniji od leta 2010 do 2023	11
Graf 3: Število starejših odraslih v Sloveniji	12
Graf 4: Celotna stopnja rodnosti v Sloveniji od leta 1954 do leta 2022.....	13
Graf 5: Umrljivost v Sloveniji od leta 1954 do leta 2022.....	13
Graf 6: Skupni selitveni prirast v Sloveniji od leta 2013 do leta 2022.....	15
Graf 7: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu po spolu v Sloveniji.....	16
Graf 8: Število anketiranih po dnevih (spletna anketa)	68

1 UVOD

Staranje prebivalstva je proces, za katerega je značilen naraščajoči delež starejših odraslih (65 let in več) v populaciji, kar se odraža v spremembi starostne strukture prebivalstva (Antczak in Lewandowska-Gwarda 2019, 1). Pričakovana življenjska doba v EU-27 se povečuje in delež starejših odraslih (65 let in več) hitro narašča. Leta 2023 je znašal 21,3 % (Eurostat b. d.), ocena za leto 2030 pa znaša 24,4 % (European Commission 2020).

LGBTQ+ starejši odrasli sestavljajo edinstveno in naraščajočo podskupino starajočega prebivalstva (Correro in Nielson 2020, 1) ter imajo vrsto različnih biopsihosocialnih potreb in življenjskih izkušenj, ki se lahko izrazito razlikujejo od splošne populacije (Cummings idr. 2021, 509). Fredriksen-Goldsen idr. (2015, 155) ocenjuje, da živi v Združenih državah Amerike 2,4 milijona LGBTQ+ starejših odraslih (nad 50 let) in da se bo ta številka do leta 2030 podvojila (Jacobsen idr. 2011, 2). LGBTQ+ osebe lahko imajo specifične potrebe in izzive zaradi spolne usmerjenosti in spolne identitete (Griebing 2016, 96), ki vpliva na njihovo počutje (Rogers idr. 2013, 580). Zaradi tega doživljajo stigmo in diskriminacijo (Kahana idr. 2017, 2).

Teoretična izhodišča, ki temeljijo na podlagi znanstvenih dokazov, objavljenih v podatkovnih bazah PubMed, Web of Science, MEDLINE, CINAHL in Google Učenjak, predstavljamo z metodo deskripcije, s katero smo opisali in razložili ključna dejstva, pojave in procese za razumevanje dejavnikov uspešnega staranja, ki vplivajo na zadovoljstvo z življenjem in subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Metodo analize smo uporabili za opredelitev teoretičnih izhodišč, opis pojmov in ključnih konceptov (fizično zdravje, duševno zdravje, socialna mreža, bivanjsko okolje, integrirana socialna in zdravstvena oskrba, zadovoljstvo z življenjem in subjektivna blaginja). Z metodo kompilacije smo povzeli dognanja drugih avtoric_jev, ki so raziskovali to področje.

Graf 1 prikazuje dinamiko objav o LGBTQ+ starejših odraslih v podatkovni bazi Web of Science. Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede v angleškem jeziku senior*, older adult*, elder*, in LGBT*. Pri tem smo uporabili Boolova logična operaterja (AND in OR). Rezultate pregleda literature nismo časovno omejili, saj, kot je razvidno iz grafa, so raziskave, ki proučujejo LGBTQ+ starejše odrasle, aktualne od leta 2010. Od tega leta število objav eksponentno raste. Iskanje literature je potekalo od 27. novembra 2022 do zaključka doktorske disertacije.

Graf 1: Dinamika objav člankov o LGBTQ+ starejših odraslih, indeksiranih v podatkovni bazi WOS



Vir: Lastni vir 2023.

Zadovoljstvo z življenjem pomeni subjektivno oceno, kako smo v splošnem zadovoljni s svojim življenjem, kjer imajo pomembno vlogo predvsem zdravstveni dejavniki, kjer na subjektivno počutje starejših odraslih vpliva krhkost, socialno-ekonomski status, socialna podpora, socialno vključevanje, socialni kapital in socialna ranljivost (Grebenšek 2019, 56). Raziskava, ki je bila izvedena med homoseksualnimi moškimi, kaže, da socialna podpora vpliva na zadovoljstvo z življenjem, pri čemer so prijatelji najpomembnejši vir splošne socialne podpore (Domínguez-Fuentes idr. 2012, 241). Van der Star s sodelavci (2018, 23) ugotavlja, da na zadovoljstvo z življenjem v kasnejšem življenju vpliva že ustrahovanje in zbadanje v šoli, ki temelji na spolni neskladnosti.

Dobro počutje oz. subjektivna blaginja (Šarotar Žižek idr. 2009, 122) je osrednji pojem v okviru pozitivne psihologije (Musek in Avsek 2006, 51) in se običajno nanaša na zdravje, vendar je filozofska raba širša in se nanaša na to, kako dobro gre osebi v življenju (Crisp 2001). Po mnenju Dienerja in Seligmana (2004, 1) lahko dobro počutje opredelimo kot pozitivno vrednotenje posameznikovega življenja, kar vključuje pozitivna čustva, delo, zadovoljstvo z življenjem in pomen. Človekovo dobro počutje je torej tisto, kar je dobro zanj (Crisp 2001) in je pogosto ključni cilj trajnostnega razvoja (Chaigneau idr. 2022, 287).

Skozi teoretični model bomo proučevali vpliv dejavnikov uspešnega staranja (s črno barvo so označeni trije dejavniki, ki sta jih razvila Rowe in Kahn (1997, 433), z oranžno pa smo na podlagi pregleda znanstvene in strokovne literature označili dva dejavnika – bivanjsko okolje in integrirana socialna in zdravstvena oskrba, za katera bomo ustvarili in validirali mersko lestvico) na zadovoljstvo z življenjem in na dobro počutje pri LGBTQ+ starejših odraslih.

Fizično in duševno zdravje

Model uspešnega staranja teži k zagotavljanju nizke stopnje verjetnosti bolezni in z njimi povezanih disfunkcionalnosti ter k zadrževanju upada kognitivnih in gibalnih funkcij (Rowe in Kahn 1997, 433). Kot opozarjata Abbruzzese in Simon (2018, 1,7) obstajajo razlike v zdravstvenem stanju med heteroseksualnimi in LGBTQ+ starejšimi odraslimi, zato je potrebno zagotoviti nediskriminatorno politiko, ki vključuje spolno usmerjenost, spolno identiteto in spolni izraz. Avtorji ugotavljajo, da spolna identiteta in spolna usmerjenost vplivata na zdravje (Kim idr. 2017, 84; Wang idr. 2021, 369; Smith idr. 2021, 79; Emler 2016, 1; McGovern idr. 2016, 501; Abbruzzese in Simon 2018, 1; Javier in Oswald 2019, 1), ki se kaže kot višja stopnja depresije, osamljenost in krajša pričakovana življenjska doba (McGovern idr. 2016, 496).

Socialna mreža

Ohranjanje socialnih mrež in virov socialne podpore je bistvenega pomena za uspešno staranje, saj pozitivno vpliva na kakovost življenja, fizično in duševno zdravje ter srečo LGBTQ+ starejših odraslih. Nasprotno pa osamljenost in socialna izolacija povečata tveganje za ranljivost zlasti pri starejših odraslih. Ta ranljiva skupina je lahko izpostavljena povečanemu tveganju zaradi dolgotrajnega manjšinskega stresa in družbene izobčenosti (Pereira in Banerjee 2021, 3).

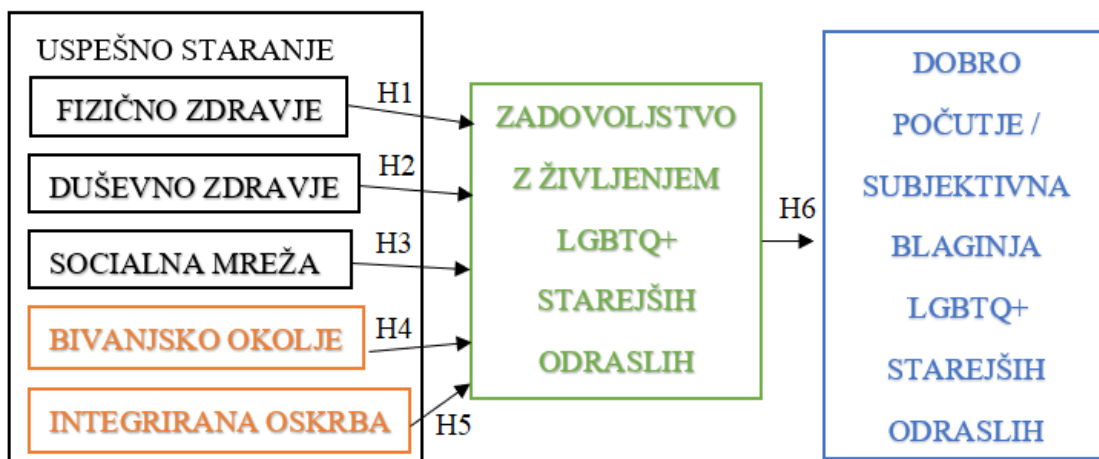
Bivanjsko okolje

Obstajajo razlike v urbanem in ruralnem okolju, ki so povezane z uspešnim staranjem. V ruralnem okolju se LGBTQ+ starejši odrasli srečujejo s pomanjkanjem fizičnih prostorov za druženje in projektov, ki podpirajo LGBTQ+ skupnost. Taki prostori bi jim omogočali vzpostavitev socialne povezave in olajšali identifikacijo z LGBTQ+ vrstniki (Lee in Quam 2013, 124).

Integrirana socialna in zdravstvena oskrba

Po navedbah Ramovša (2020, 108) integrirana dolgotrajna oskrba med drugim zajema tudi področje domače neformalne oskrbe bližnjih ter formalne strokovne in javne oskrbe ter socialno oskrbo in zdravstveno nego in druge oskrbovalne storitve, ki ju dopolnjujejo. LGBTQ+ starejši odrasli so za dostop do socialne podpore pogosteje odvisni od izbrane družine (angl. *chosen family*). Zato je pomembno oceniti, s kakšnimi ovirami se srečujejo pri prejemanju ali iskanju integrirane socialne in zdravstvene oskrbe. Ena od teh ovir je, da zdravstveni delavci, ki delajo z LGBTQ+ starejšimi odraslimi, ignorirajo spolno identiteto in spolno usmerjenost, zato so starejši odrasli prisiljeni živeti nerazkrito, v izolaciji, ne da bi lahko izražali identiteto, za katero so potrebovali dolgo časa, da so jo izoblikovali in ohranili (Pereira in Banerjee 2021, 2). Podatki nacionalne raziskave v Združenem kraljestvu kažejo, da se LGBTQ+ osebe soočajo s heteronormativnostjo, neprimerno zdravstveno in socialno oskrbo ter občasno prisotnostjo homofobije s strani zdravstvenih in socialnih delavcev (Hunt idr. 2019, 11).

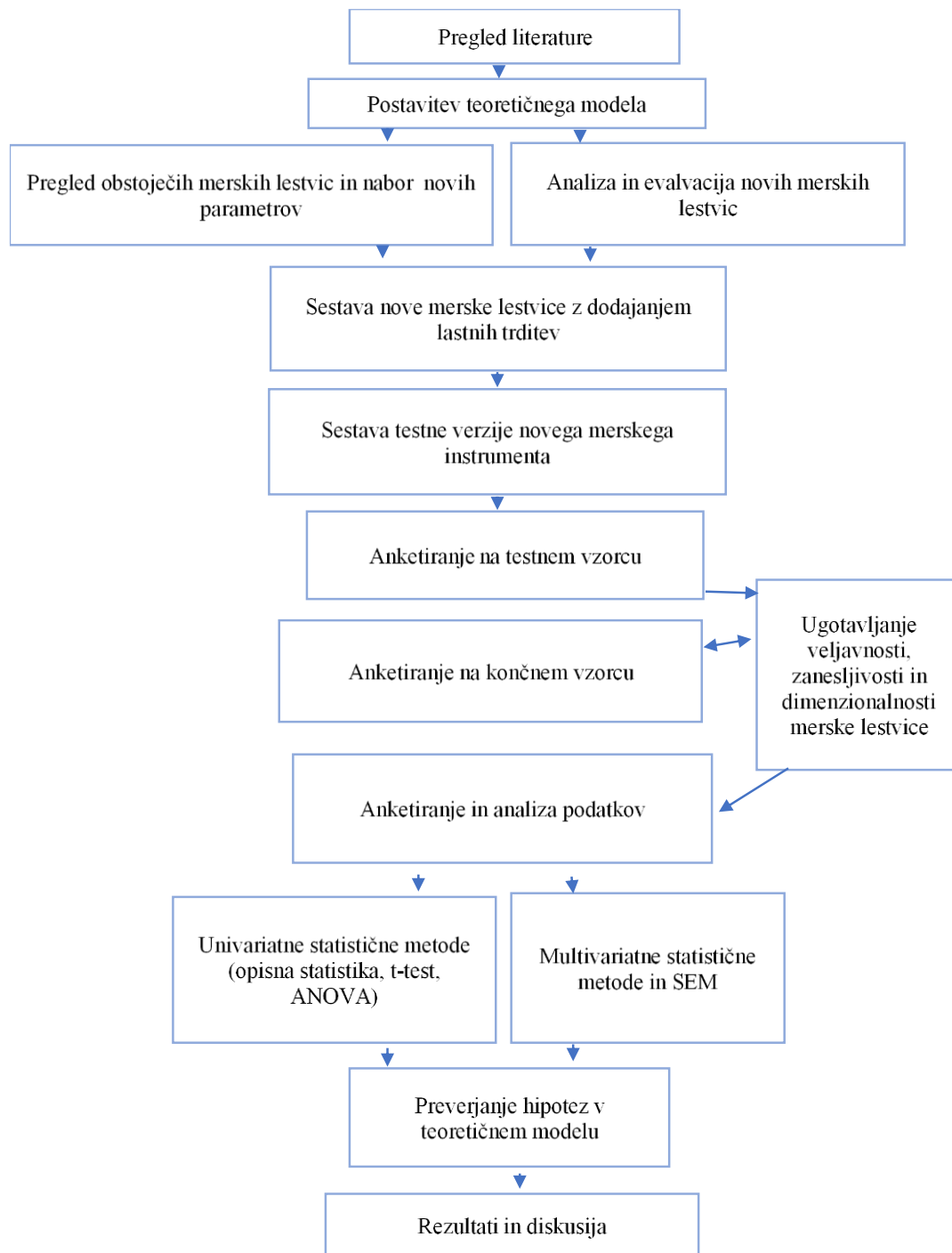
Slika 1: Teoretični mavrični model za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje



Vir: Lastni vir 2022.

Predviden potek raziskave shematično predstavljamo na sliki 2. Raziskava temelji na poglobljenem pregledu literature, ki predstavlja osnovo za oblikovanje teoretičnega modela. V naslednji fazi smo pregledali obstoječe merske lestvice, ki merijo uspešno staranje. Sledi faza oblikovanja nove merske lestvice z dodajanjem novih postavk. Nato smo sestavili testno verzijo merskega instrumenta – anketnega vprašalnika in ga predstavili strokovnjakom na izbranem področju ter upoštevali njihove usmeritve. Vprašalnik smo testirali na vzorcu desetih oseb, da smo preverili njegovo razumevanje. Nato je sledilo anketiranje na končnem vzorcu. Ko smo podatke zbrali, smo preverili veljavnost, zanesljivost in dimenzionalnost merske lestvice. Tej fazi je sledila analiza podatkov z univariatnimi in multivariatnimi statističnimi metodami. Sledilo je še preverjanje hipotez in kritična predstavitev rezultatov.

Slika 2: Predviden potek lastne raziskave



Vir: Lastni vir 2022.

1.1 Namen in cilji doktorske disertacije

Namen doktorske disertacije je ugotoviti, ali dejavniki uspešnega staranja vplivajo neposredno na zadovoljstvo z življenjem in posredno na dobro počutje/subjektivno blaginjo preko zadovoljstva z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih. Z raziskavo želimo dokazati, da so konstrukti uspešno staranje, zadovoljstvo z življenjem in subjektivna blaginja povezani in korelirajo med sabo. Zaradi specifičnih potreb in izzivov proučevane populacije, ki temeljijo na znanstvenih dokazih, smo konstrukt uspešno staranje nadgradili z dvema gradnikoma. Pri tem smo oblikovali splošno tezo doktorske disertacije:

- **Uspešno staranje vpliva na zadovoljstvo z življenjem in na dobro počutje LGBTQ+ starejših odraslih.**

Raziskavo smo usmerili v proučevanje uspešnega staranja, zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih. Skladno z namenom doktorske disertacije smo postavili naslednje znanstvenoraziskovalne cilje:

- z metodo poglobljenih individualnih intervjujev pridobiti kvalitativne podatke LGBTQ+ starejših odraslih, ki bodo podlaga za razvoj lastnega merskega instrumenta in dopolnitev kvantitativne raziskave;
- z ustreznimi statističnimi metodami preveriti, ali dejavniki uspešnega staranja vplivajo na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih;
- z ustreznimi statističnimi metodami preveriti, ali zadovoljstvo z življenjem vpliva na subjektivno blaginjo oz. dobro počutje pri LGBTQ+ starejših odraslih;
- s statistično analizo ugotoviti moč in način povezav med dejavniki uspešnega staranja, zadovoljstvom z življenjem in subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih.

Z uresničitvijo namena in ciljev bo doktorska disertacija pomembno prispevala k ozaveščanju in izboljšanju položaja LGBTQ+ starejših odraslih z naslednjimi raziskovalnimi rezultati:

- znanstveno bomo utemeljili korelacijo dejavnikov uspešnega staranja z zadovoljstvom z življenjem in posredno s subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih;
- na osnovi rezultatov raziskave bomo ugotovili, kakšna je povezanost posameznega dejavnika uspešnega staranja z zadovoljstvom z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih;
- na osnovi rezultatov raziskave bomo ugotovili, kakšna je korelacija med zadovoljstvom z življenjem in subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih;

- skladno z rezultati raziskave bomo utemeljili mavrični model za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih;
- na osnovi rezultatov raziskave bomo utemeljili in predlagali rešitve za čim boljše uspešno staranje LGBTQ+ oseb v domačem in institucionalnem okolju;
- s sestavo in validacijo merske lestvice za uspešno staranje LGBTQ+ starejših odraslih bomo ponudili nov merski instrument.

Z rezultati raziskave bomo opozorili na heterogenost med starejšimi odraslimi in na heterogenost znotraj LGBTQ+ starejših odraslih ter posebej osvetlili težave, s katerimi se srečujejo LGBTQ+ starejši odrasli. Predvidevamo, da gradniki uspešnega staranja (fizično in duševno zdravje, socialna mreža, bivanjsko okolje in integrirana socialna in zdravstvena oskrba) vplivajo na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih. Prav tako predvidevamo, da zadovoljstvo z življenjem vpliva na subjektivno blagostanje pri LGBTQ+ starejših odraslih.

Izvirni prispevek k znanosti na področju teorije predstavlja doprinos k nadgradnji teorije uspešnega staranja Rowa in Kahna (1997). Z aplikativnim prispevkom bomo prepoznali potrebe LGBTQ+ starejših odraslih, ki bodo podlaga za načrtovanje sprememb v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva in tudi na področju dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. Metodološko izvirnost zagotavlja uporaba mešanih metod in razvoj merskega instrumenta.

1.2 Ocena dosedanjih raziskovanj na obravnavanem področju

Opažamo, da je na področju LGBTQ+ starejših odraslih v Sloveniji zelo malo raziskav, obenem pa tudi ne razpolagamo s statističnimi podatki, ki bi zajemali različne spolne usmerjenosti in identitete (Jurček idr. 2022, 36). Eno prvih raziskav Istospolno usmerjeni starejši odrasli v Mestni občini Ljubljana sta izvedla Maljevac in Gračanin leta 2014 z Društvom informacijski center Legebitra (Blažič in Rupar 2022, 83). Ključna dognanja te raziskave kažejo na težave z zdravstvenim stanjem, s pomanjkanjem prostorov za druženje, osamljenostjo, socialno izolacijo in prepuščenostjo samim sebi ter v slovenski družbi še vedno prisotno homofobijo in transfobijo (Blažič in Rupar 2022, 98).

Pomembna raziskava, ki proučuje uspešno staranje pri LGBTQ+ starejših odraslih (Fredriksen Goldsen idr. 2015), opozarja na pomen fizičnega in duševnega zdravja kot komponenti kakovosti življenja pri tej manjšini starajočega prebivalstva. V omenjeni raziskavi poudarjajo, da je ključnega pomena raziskati dejavnike, ki pri tej ranljivi populaciji pozitivno vplivajo na zdravje. Ravno raziskovanje telesne in duševne komponente kakovosti življenja pri LGBTQ+ starejših odraslih je pomemben prvi korak k razumevanju uspešnega staranja pri LGBTQ+ starejših odraslih (Fredriksen Goldsen idr. 2015, 166).

Staranje je za nekatere čas osebne rasti, vendar se nekateri LGBTQ+ starejši odrasli soočajo s precejšnjimi izzivi pri zadovoljevanju osnovnih človeških potreb (Brennan-Ing idr. 2014, 30). Starejši geji in lezbijke so ena najbolj nevidnih družbenih skupin, saj doživljajo dvojno nevidnost – kot starejši odrasli in kot istospolno usmerjene osebe. Obstoječe raziskave kažejo na strah pred diskriminacijo v skrbstvenih storitvah in občutke izključenosti. Podobne trende ugotavljamo tudi v Sloveniji, kjer je ključni problem trenje med posameznikovo stigmatizirano istospolno identiteto, ki jo starejši odrasli večinoma še vedno skrivajo, in LGBTQ+ skupnostjo, ki ni inkluzivna za starejše odrasle geje in lezbijke (Maljavac idr. 2022, 61). Tudi biseksualno usmerjene_ in starejše_ i odrasle_ i se zaradi kopičenja socialno-ekonomskih in psiho-socialnih prikrajšanosti tekom življenja soočajo s podobnimi izzivi zlasti na področju zdravja (Fredriksen-Goldsen idr. 2017, 475). V večini primerov se kot preferenca domneva heteroseksualnost in to posledično povzroča pomanjkanje komunikacije in odprtosti med zdravstvenimi delavkami_ci in pacientkami_ti spolnih manjšin (Javier in Oswald 2019, 8), kar vodi do premajhne uporabe zdravstvenih storitev in posledično do nižje kakovosti življenja LGBTQ+ starejših odraslih (Brennan-Ing idr. 2014, 21). To se je še izraziteje pokazalo v času pandemije koronavirusne bolezni v obliki marginalizacije in povečane neenakosti (Perez-Brumer in Silva-Santisteban 2020, 2478).

Številni LGBTQ+ starejši odrasli so se v preteklosti soočali s stigmo in pristranskostjo, omejenimi pravicami in zavračanjem izvornih družin, zdaj pa se starajo brez otrok in podpore partnerja (McGovern idr. 2016, 496), zato mnogi LGBTQ+ starejši odrasli iščejo varno okolje, v katerem se bodo počutili povezani s skupnostjo (Putney idr. 2018, 1). Vpliv diskriminacije se odraža na zdravstvenem stanju LGBTQ+ starejših odraslih (Redcay idr. 2019, 1) in vpliva na nižjo kakovost življenja (Wang idr. 2021, 369). Po pregledu literature ugotavljamo, da imajo istospolno usmerjeni starejši odrasli v primerjavi s heteroseksualno populacijo starejših odraslih drugačno strukturo socialnih omrežij (Maljavac idr. 2022, 61) in da so osebne mreže LGBTQ+ starejših odraslih pogosto močnejše kot klasična družinska biološka mreža (Urek idr. 2022, 13).

Avtorji več študij (Cloyes idr. 2020, 2185; Smith idr. 2021, 79; Simpson idr. 2018, 1) ugotavljajo, da ima bolj izobražen kader bolj pozitiven odnos do LGBTQ+ starejših odraslih. Pomembno je, da je kader, ki dela s starejšimi odraslimi, izobražen, še bolj pa pride izobraženost kadra do izraza v domovih za starejše, kjer so starejši odrasli bolj odvisni od dobre volje in individualnega znanja oskrbovalcev (Simpson idr. 2018, 1).

LGBTQ+ starejši odrasli se zaradi svoje spolne usmerjenosti in spolne identitete spopadajo z različnimi izzivi in doživljajo manjšinski stres, kar se odraža na njihovi kakovosti življenja. Znanost do zdaj še ni odgovorila na vprašanje, kako so povezani uspešno staranje, zadovoljstvo z življenjem in subjektivna blaginja. Z mavričnim modelom za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih bomo

prispevali k razumevanju povezanosti treh konstruktov: uspešnega staranja, zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje. S tem bomo zapolnili obstoječo vrzel v znanosti na področju socialne gerontologije.

2 PARADIGMA STARANJA

Staranje in starost sta naravna procesa, ki ju doživljamo vsi ljudje. Staranje je biološki, psihološki in socialni proces, ki se odraža v postopnem zmanjševanju telesnih in kognitivnih sposobnosti ter spremembah v vedenju in doživljanju (Dziechciarz in Filip 2014). Starost pa je življenjsko obdobje, ki sledi odraslosti in se kaže v fizičnih, mentalnih in socialnih spremembah. Staranje ni enoznačen proces in starejši odrasli niso homogena skupina, zato je soočanje posameznika s starostjo in prilagajanje na starost zelo različno (Savič idr. 2010, 90).

Z leti se pojavijo različne fizične spremembe v celicah, njihovi presnovi, delovanju in obnavljanju, ki vplivajo na funkcionalnost in zdravje starejših odraslih. To vključuje zmanjšanje mišične mase in moči, upad ravnotežja, zmanjšanje vida, sluha in drugih čutil ter povečanje tveganja za kronične nenalezljive bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen in osteoporoza, kar dodatno pospešujejo vlažno, vroče podnebje, mestno življenje, nezdrav življenjski slog, neustrezna prehrana, premalo telesne dejavnosti, služba in drugi dejavniki (Ramovš 2014, 45).

Staranje lahko povzroči tudi kognitivne spremembe, kot je upad spomina, pozornosti in hitrosti obdelave informacij, a ni nujno, da starost vodi v demenco ali druge oblike kognitivnega propada. Mnogi starejši odrasli ohranijo svoje kognitivne sposobnosti in ostanejo mentalno aktivni. Pomembno je, da starejše osebe spodbujajo svoje možgane s pomočjo reševanja nalog, učenja novih veščin in družabnega življenja (Ramovš 2014, 45).

S staranjem se lahko pojavijo tudi različne psihološke spremembe, kot so spremembe razpoloženja, depresija in tesnoba. Na te težave lahko vplivata tudi socialna izolacija in izguba bližnjih. Pomembno je, da starejši odrasli ohranjajo socialne stike, se vključujejo v družabne aktivnosti in poiščejo pomoč, če se srečujejo s tovrstnimi stiskami (Whitbourne 2012, 195–197).

Staranje lahko vpliva tudi na socialno življenje posameznika. Mnogi starejši odrasli se soočajo z izgubo partnerja, prijateljev in družinskih članov, kar lahko povzroči občutek osamljenosti. Pomembno je, da starejši odrasli ohranjajo socialne vezi, se vključujejo v skupnosti in sodelujejo v prostovoljnih dejavnostih. Prav tako je pomembno, da imajo dostop do socialnih storitev in podpore, ki jim omogočajo kakovostno življenje (Walsh idr. 2017, 81–83).

Starejšim odraslim je pomembno zagotoviti ustrezno zdravstveno oskrbo, ki upošteva njihove specifične potrebe, saj s staranjem prebivalstva narašča potreba po zdravstvenem varstvu (Poredoš 2004, 536). To vključuje redne preglede, zdravljenje kroničnih bolezni, ustrezno prehrano in telesno aktivnost ter zagotavljanje pomoči pri vsakodnevni

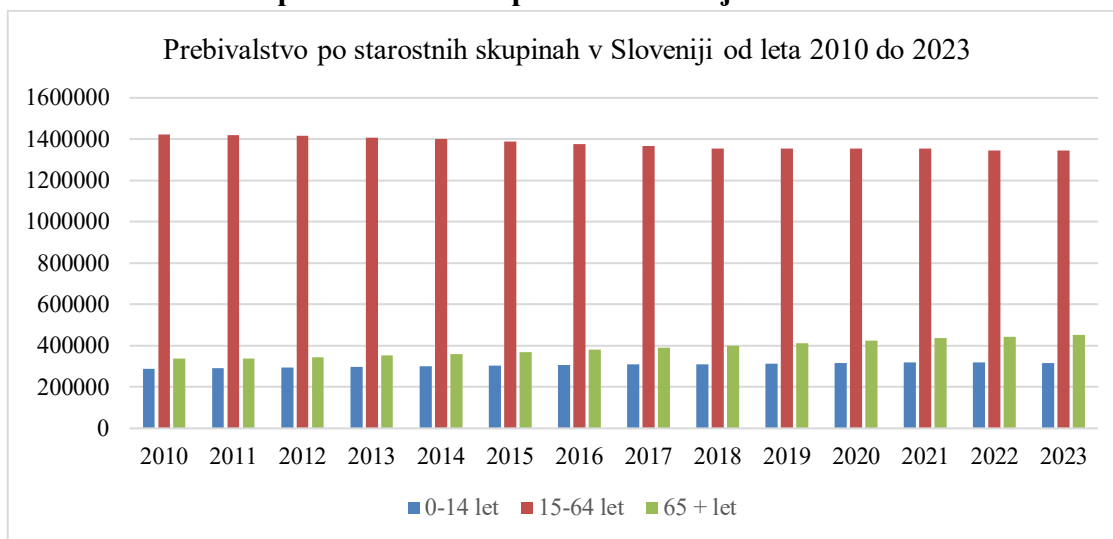
aktivnostih, če je to potrebno. Prav tako je pomembno, da starejšim odraslim omogočimo dostop do informacij o njihovem zdravju ter jim nudimo podporo pri odločanju o zdravljenju (van Weert idr. 2016, 1).

Staranje in starost prinašata številne spremembe, ki lahko vplivajo na fizično, kognitivno, psihološko in socialno dobrobit posamezne osebe. Pomembno je, da se starejšim odraslim zagotovi ustrezna podpora in skrb, da lahko živijo polno in kakovostno življenje. S pomočjo ustrezne zdravstvene in socialne oskrbe, družabnih dejavnosti in socialne podpore je mogoče starejšim odraslim ohraniti dobro fizično in duševno zdravje ter jim zagotoviti vključenost in sprejetost v družbi.

2.1 Demografske spremembe

Demografske spremembe predstavljajo spremembe v strukturi prebivalstva, kot so rodnost, smrtnost, migracije in staranje prebivalstva. Te spremembe so posledica različnih dejavnikov, kot so družbeno-ekonomski razvoj, izobraževanje, zdravstveno stanje, politični ukrepi in spremembe v kulturi (Vollset idr. 2020, 1285–1286).

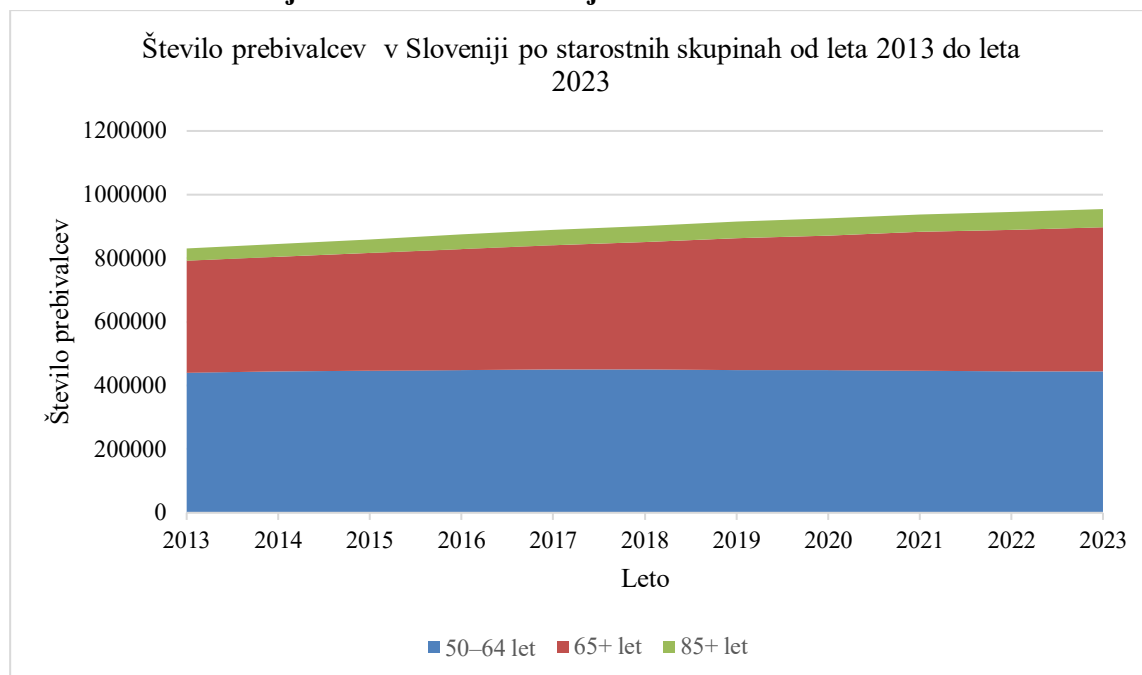
Graf 2: Prebivalstvo po starostnih skupinah v Sloveniji od leta 2010 do 2023



Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2023.

Staranje prebivalstva je globalni trend, ki se pojavlja v večini razvitih držav; število in delež prebivalstva, starega najmanj 65 let, narašča tudi v Evropi (Population projections in the EU 2022). Do leta 2050 v Evropi pričakujemo, da se bo delež starejših odraslih (65 + let) dvignil na 25 % (Department of Economic And Social Affairs 2019). Graf 1 prikazuje število prebivalcev v Sloveniji po treh starostnih skupinah. Iz grafa 2 je razvidno, da se delež starejših odraslih, starih 65 let ali več, povečuje, delež aktivnega prebivalstva (15–64 let) se zmanjšuje, medtem ko delež mladega prebivalstva (0–14 let) stagnira.

Graf 3: Število starejših odraslih v Sloveniji



Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2023.

V grafu 2 prikazujemo, da se prebivalstvo v Sloveniji stara. Raziskujemo populacijo, staro 50 let ali več, zato v grafu 3 prikazujemo gibanje prebivalstva v zadnjih desetih letih v treh starostnih skupinah in ugotavljamo, da se je delež starejših odraslih v starosti od 50 do 64 let povečal za 0,9 %, iz 439.876 leta 2013 na 443.762 leta 2023. Delež starejših odraslih, starih 65 let ali več, se je v istem obdobju povečal za 28,84 %, iz 352.145 leta 2013 na 453.708 leta 2023. Največjo rast, 47,5 %, opazamo v najstarejši starostni skupini 85+ let, kjer se je število prebivalcev od leta 2013 povišalo z 38.735 na 57.136 leta 2023.

Tabela 1: Indeks staranja v Sloveniji od leta 2014 do leta 2024

Leto	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023	2024
Indeks staranja	120	121	124	127	129	132	134	137	140	143

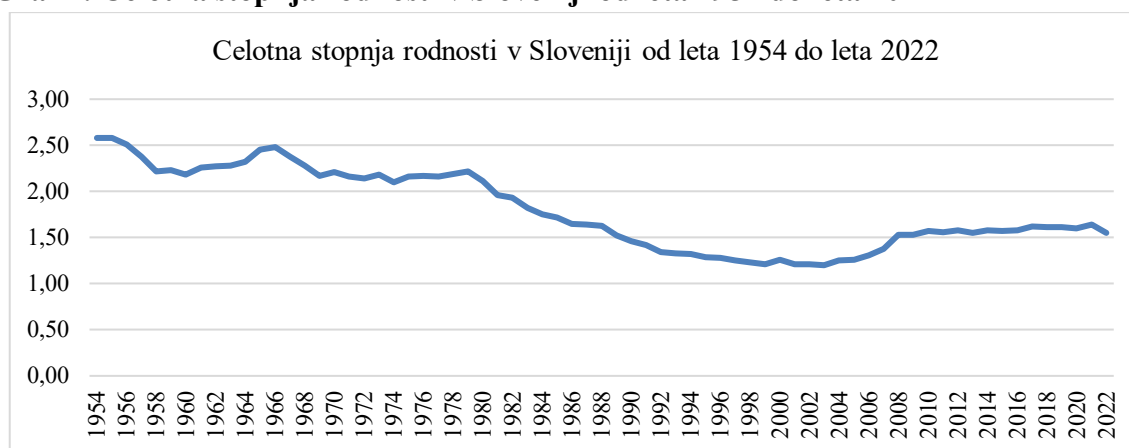
Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2023.

Indeks staranja je razmerje med številom oseb, starih 65 let ali več, in številom oseb, mlajših od 15 let. Za leto 2024 znaša indeks staranja 143, kar pomeni, da je bilo v državi na 100 oseb, mlajših od 15 let, 143 oseb, ki so stare najmanj 65 let. Indeks staranja prebivalstva v Sloveniji v zadnjih desetih letih prikazujemo v tabeli 1, kjer opazimo, da se indeks staranja z leti povečuje. Projekcije kažejo, da bo do leta 2024 v Evropski regiji SZO število oseb,

starih 65 let ali več, preseglo število oseb, ki so mlajše od 15 let (Svetovna zdravstvena organizacija, 2023).

Ena od ključnih demografskih sprememb, ki jo opazamo v sodobnem svetu, je upadanje rodnosti. V mnogih razvitih državah se rodnost zmanjšuje in posledica tega je dolgoročna nestabilnost prebivalstva. Razlogi za upad rodnosti so kompleksni in vključujejo spremembe vloge žensk v družbi, povečanje izobraževanja in zaposlovanja ter visoke stroške vzgoje otrok. Upad rodnosti ima lahko negativne učinke na gospodarstvo, kot so pomanjkanje delovne sile in povečanje pritiska na socialne varnostne sisteme (Vollset idr. 2020, 1287). Veliko držav se sooča z nizko stopnjo rodnosti, ki ne zagotavlja ustrezne nadomestitve prebivalstva. To pomeni, da se število rojstev zmanjšuje, medtem ko se število starejših odraslih povečuje (Speroff 1994, 115).

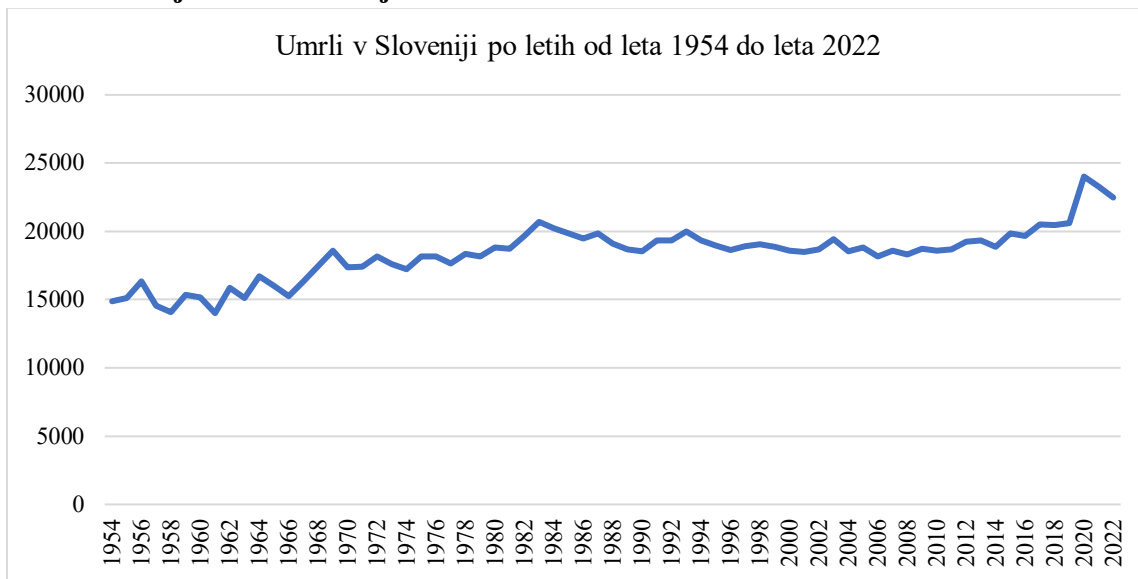
Graf 4: Celotna stopnja rodnosti v Sloveniji od leta 1954 do leta 2022



Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2023.

Poleg upada rodnosti se povečuje tudi pričakovana življenjska doba prebivalstva. Napredek v medicini, zdravstvenem varstvu in tehnologiji je pripomogel k povečanju pričakovane življenjske dobe v mnogih državah (Vollset idr. 2020, 1289). Ta trend ima tudi svoje posledice, saj se s staranjem prebivalstva soočamo s povečanjem zdravstvenih stroškov, potrebo po integrirani socialni in zdravstveni oskrbi ter prilagoditvami socialnih sistemov.

Graf 5: Umrljivost v Sloveniji od leta 1954 do leta 2022

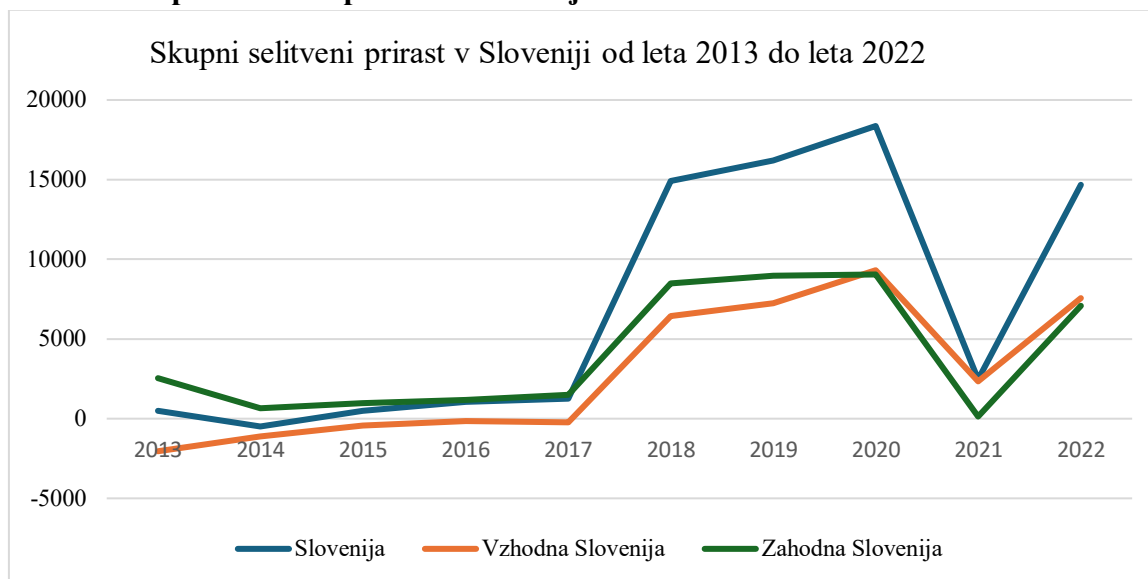


Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2023.

Migracija predstavlja še dodatni faktor, ki vpliva na demografske spremembe. Globalizacija, politične nestabilnosti, iskanje boljših gospodarskih priložnosti in povečanje mobilnosti ljudi so vodili k večjemu številu migracij. Ta proces lahko ima tako pozitivne kot negativne učinke na države priseljevanja in države odseljevanja. Migracije lahko vodijo do povečanja kulturne raznolikosti, gospodarske rasti in obogatitve kulture, a lahko povzročijo tudi socialne napetosti, gospodarske težave in beg možganov v državi odseljevanja (Graeme 2011, 21–33).

Graf 6 v nadaljevanju prikazuje skupni selitveni prirast v Sloveniji med leti 2013 in 2022, ki je pozitiven in se z leti povečuje. To pomeni, da se v Slovenijo več ljudi priseli kot izseli in z leti se ta številka povečuje. Na grafu je vidna vdolbina v času pandemije koronavirusne bolezni, ko je bilo gibanje med državami omejeno.

Graf 6: Skupni selitveni prirast v Sloveniji od leta 2013 do leta 2022

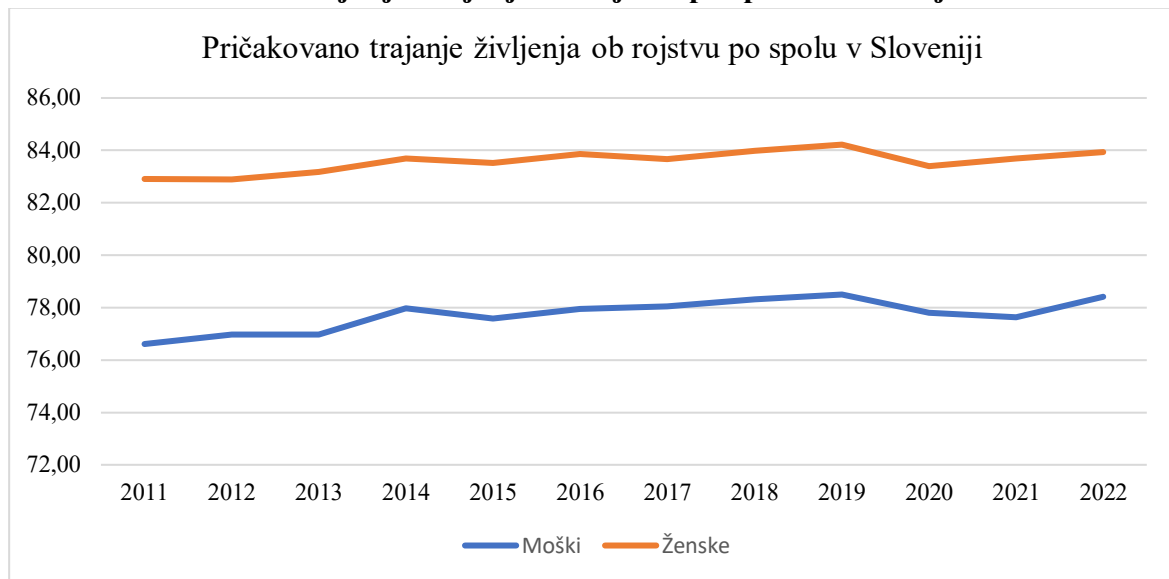


Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2023.

Demografske spremembe imajo dolgoročne posledice za družbo in gospodarstvo. Pomembno je razumeti te spremembe in sprejeti ustrezne politične ukrepe, da bi se spopadli z izzivi, s katerimi se soočamo. Na primer, države se morajo prilagoditi starajočemu prebivalstvu z izboljšanjem zdravstvenega in socialnega varstva, zagotavljanjem dolgotrajne oskrbe in spodbujanjem aktivnega staranja. Prav tako je treba vzpodbujati število rojstev. Staranje prebivalstva je globalni demografski trend, ki se pojavlja v večini držav po svetu. To se dogaja zaradi daljšanja življenjske dobe in zmanjševanja rodnosti. Staranje prebivalstva ima številne pomembne posledice, ki vplivajo na družbo, gospodarstvo, zdravstveno varstvo in socialno blaginjo (Vlada RS 2017, 5).

Eden izmed najpomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na staranje prebivalstva, je podaljšanje pričakovane življenjske dobe. Zahvaljujoč izboljšavam v zdravstveni oskrbi, prehrani, higieni in drugim dejavnikom se življenjska doba povečuje. Ljudje živijo dlje in s tem povzročajo premik demografske strukture v korist starejših prebivalcev (Roser idr. 2013).

Graf 7: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu po spolu v Sloveniji



Vir: Statistični urad Republike Slovenije 2023.

Staranje prebivalstva ima pomembne posledice na različnih področjih. Vpliva na delovno silo in gospodarstvo. Manjše število delovno aktivnih ljudi se sooča s povečanim številom upokojencev, kar lahko vodi v pomanjkanje delovne sile in zmanjšanje produktivnosti. Poleg tega se povečujejo stroški socialne varnosti in pokojninskega sistema (Vlada RS 2017, 38).

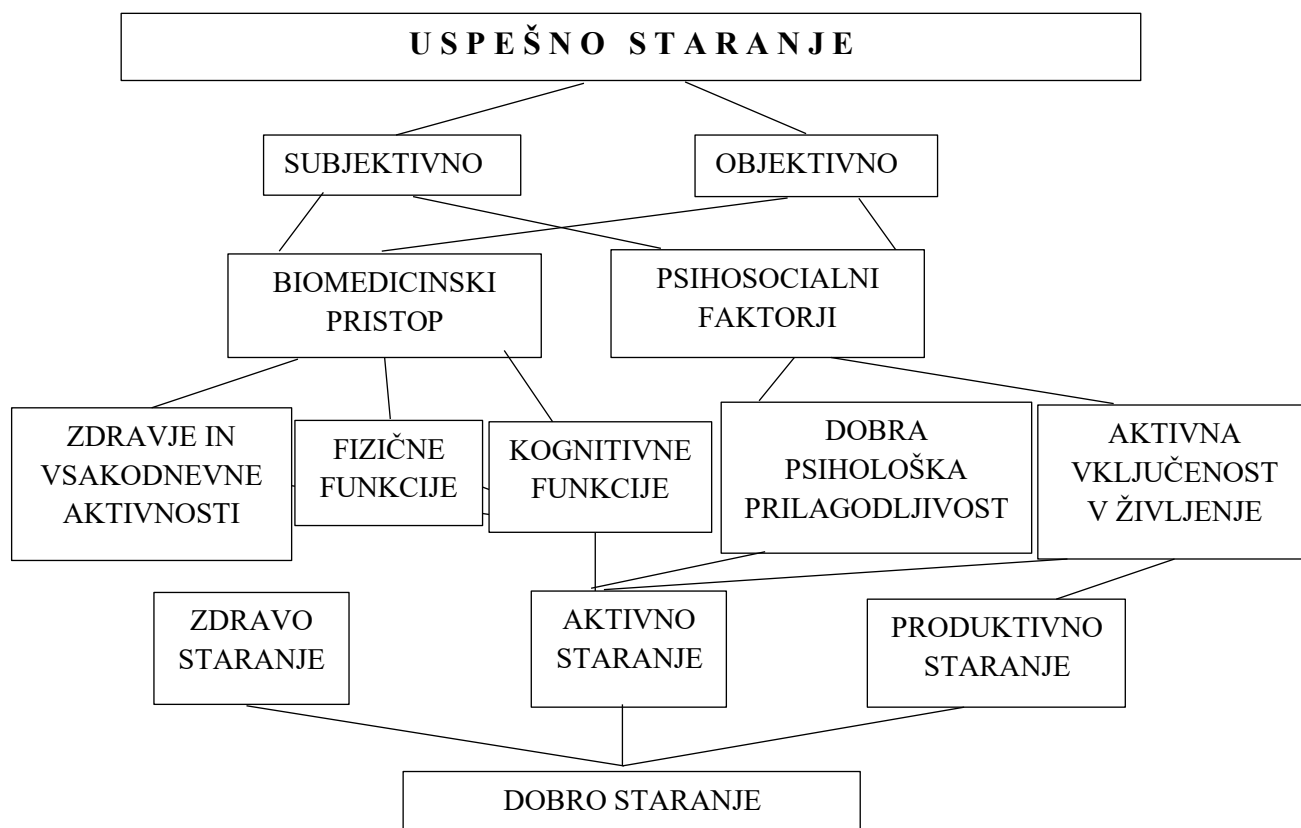
Zdravstveno varstvo je še eno področje, ki se sooča s posledicami staranja prebivalstva. Starejši odrasli imajo več zdravstvenih potreb, saj so bolj nagnjeni k različnim boleznim in zdravstvenim težavam. Potreba po ustreznem zdravstvenem varstvu in socialni oskrbi se povečuje, kar lahko povzroči pritisk na zdravstvene in socialne sisteme. Socialna blaginja je prav tako pomembno vprašanje v kontekstu staranja prebivalstva. Starejši odrasli se soočajo z izzivi v smislu socialne izključenosti, revščine in osamljenosti. Pomembno je zagotoviti ustrezne socialne storitve, ki bodo zadovoljile njihove potrebe in omogočile aktivno in dostojno staranje (Ramovš 2011, 7–8).

Da bi se spopadli s problematiko staranja prebivalstva, je potrebno k njej pristopati celostno. Vključujejo se lahko ukrepi, kot so spodbujanje rodnosti, prilagajanje pokojninskih sistemov in izboljšanje zdravstvenega varstva za starejše odrasle.

2.2 Uspešno staranje

Gerontologija se že več desetletij trudi razumeti in opredeliti, kaj je uspešno staranje, vendar še vedno ni splošno sprejetih meril, ki bi ga označevala. (Freund in Riediger 2003, 609). V literaturi lahko za izraz uspešno staranje najdemo več različnih sopomenk. To so zdravo staranje (Guralnik in Kaplan 1989, 703), optimalno staranje (Aldwin idr. 2006, 85), produktivno staranje (Fries 1980, 180) in aktivno staranje (Fries 2012, 1). Lah s sodelavci (2008, 88) kot sopomenko uspešnemu staranju navaja še kakovost življenja. Iz pregleda literature je razvidno, da obstaja mnogo poimenovanj in da se termini, ki opisujejo uspešno staranje, prepletajo z zadovoljstvom z življenjem in kakovostjo življenja (Havighurst idr. 1964). Neugarten (2018, 321–330) je izpostavil, da je ključni dejavnik, ki vpliva na uspešno staranje, posameznikova osebnost. Njegovo osebnost tako oblikujejo način spoprijemanja z izzivi, predhodne sposobnosti prilagajanja, pričakovanja glede življenja, dohodek, zdravje, socialni stiki, svoboščine in omejitve.

Slika 3: Uspešno staranje



Vir: Fernandez Ballesteros 2019, 17.

Uspešno staranje je večdimenzionalen koncept, ki se osredotoča predvsem na to, kako podaljšati funkcionalna leta v poznejšem življenjskem obdobju. Iz biomedicinskega pristopa

se je razvil v širše razumevanje družbenih in psiholoških procesov prilagajanja v poznejšem življenjskem obdobju (Urtamo idr. 2019, 359) ter zajema področja fizičnega, funkcionalnega, socialnega in psihološkega zdravja. Pri proučevanju tega fenomena je treba upoštevati vse te dimenzije, tako objektivne kot subjektivne pogoje (Cosco idr. 2014, 378). Podobno kot koncept uspešnega staranja se koncept zdravega staranja osredotoča na preventivo, promocijo zdravja in funkcionalne sposobnosti, da se ljudem omogoči bolj zdravo staranje in boljša kondicija za aktivno in neodvisno življenje v starosti (Svetovna zdravstvena organizacija 2023, 2). Na ravni posameznika uspešno staranje opredeljujejo zdravje, telesne in kognitivne funkcije ter (aktivna) vključenost v življenje; na ravni populacije pa se definicija nanaša na dejavnike zdravja in sodelovanja (Fernandez Ballesteros 2019, 17).

Na osnovi zgodnjih psiholoških in gerontoloških formulacij je Tornstam oblikoval razvojno teorijo pozitivnega staranja, ki jo je poimenoval gerotranscendence. Ta se lahko pojavi v pozni starosti in jo razumemo kot duševni mir in občutek povezanosti z vesoljem ter enost s svetom, ki presega religijsko pojmovanje. Po avtorjevem mnenju to stanje gerotranscendence v posameznikovo življenje prinese več zadovoljstva. Posameznik posveča manj pozornosti materialnim stvarim in daje večjo veljavo svoji notranjosti, samoti (Tornstam 2003). Na podlagi teh ugotovitev lahko rečemo, da se ljudje, ki dosežejo gerotranscendenco, tudi uspešno starajo.

V osnovi uspešno staranje pomeni sposobnost starejših odraslih, da napredujejo in odsotnost invalidnosti (Depp in Jeste 2006, 6). Von Faber s sodelavci (2001, 2694) navaja, da je uspešno staranje optimalno splošno delovanje in dobro počutje. Uspešno staranje Rowe in Kahn (1997, 433) opredeljujeta z vključevanjem treh glavnih komponent: nizko verjetnost bolezni in invalidnosti, visoko kognitivno in fizično funkcionalno zmogljivost ter aktivno ukvarjanje z življenjem. Vsaka od treh komponent uspešnega staranja vključuje podskupine. Nizka verjetnost bolezni se nanaša ne le na odsotnost ali prisotnost bolezni, ampak tudi na odsotnost, prisotnost ali resnost tveganja dejavnikov za nastanek bolezni. Visoka kognitivna in fizična funkcionalna zmogljivost vključuje tako fizične kot kognitivne komponente. Telesne in kognitivne sposobnosti so možnosti za dejavnost; povedo nam, kaj oseba lahko počne in česa ne. Uspešno staranje presega možnosti, a vključuje dejavnost. Čeprav je dejavno vključevanje v življenje mogoče v številnih oblikah, avtorja izpostavljata dve. To sta medosebni odnosi in produktivna dejavnost. Medosebni odnosi vključujejo stike z drugimi, izmenjavo informacij, čustveno podporo in neposredno pomoč. Dejavnost je produktivna, če ustvarja družbeno vrednost ne glede na to, ali je ta povrnjena (Rowe in Kahn 1997, 433–434). Pri uspešnem staranju avtorja dajeta pomen varovalnim dejavnikom in dejavnikom tveganja (prehrana in telesna aktivnost). Po njunem mnenju starost ni variabla, s katero bi lahko pojasnili spremembe v fizičnem funkcioniranju (Rowe in Kahn 1987, 143–

147). Da se uspešno staranje ne bi zdelo oksimoron¹, je treba na koncept staranja gledati s treh vidikov: upadanje, sprememba in razvoj. Izraz "staranje" lahko pomeni upadanje, ki pa ni uspešno; kljub temu pa sam izraz pomeni tudi spremembo, ki ima relativno nevtralen pomen. Na koncu staranje pomeni tudi razvoj in zorenje (Vaillant in Mukamal 2001, 839–840). Novejše konceptualizacije uspešnega staranja predpostavljajo, da je razvoj najbolje opisati kot stalno in dinamično interakcijo osebe z njenim okoljem. To pomeni, da merila uspešnega staranja ne bi smela zajemati izključno dejavnikov znotraj osebe (npr. sreče), temveč bi morala upoštevati tudi, kako dobro se oseba v določenem okolju počuti (npr. življenje v domu za starejše) (Freund in Riediger 2003, 609).

Za Havighursta je bilo preučevanje uspešnega staranja osrednja tema gerontologije kot discipline. Znano je, da sta v času Havighurstovega predloga obstajali dve nasprotujoči si teoriji uspešnega staranja: teorija aktivnosti (angl. *activity theory*) in teorija izključenosti (angl. *disengagement theory*). Teorija aktivnosti je trdila, da je uspešno staranje pomenilo ohranjanje dejavnosti v srednjih letih in poznejši odrasli dobi; gerontologi so na splošno dajali prednost tej teoriji, ker naj bi zajela želje starajočih se oseb. Večina strokovnjakov na področju gerontologije je naklonjena tej teoriji. Menijo, da bi morali ljudje čim dlje ohraniti dejavnosti in stališča srednjih let, nato pa poiskati nadomestke za dejavnosti, ki jih morajo opustiti – nadomestke za delo, ko se morajo upokojiti; nadomestke za klube in združenja, ki jih morajo opustiti; nadomestke za prijatelje in ljubljene osebe, ki so jih izgubili zaradi smrti. Teorija o izključenosti pa po drugi strani pomeni, da se oseba, ki se uspešno stara, sčasoma želi umakniti iz aktivnega življenja. Uspešno staranje pomeni sprejemanje in željo po procesu odklopa od aktivnega življenja. Ta teorija temelji na opaženih dejstvih, da se ljudje s staranjem na splošno manj vključujejo v dejavnosti iz srednjih let (Havighurst 1961, 8–9).

Obstaja veliko raziskav, ki so proučevale uspešno staranje, le redko pa so ta proces proučevali v težko dostopni populaciji, kot je populacija LGBTQ+ starejših odraslih (Fredriksen-Goldsen idr. 2015, 163). Vse odrasle LGBTQ+ osebe se soočajo z enim skupnim razvojnim izzivom: odločitvijo, ali, kdaj in kako bodo drugim razkrili svojo spolno identiteto in/ali spolno usmerjenost (Yarns idr. 2016, 59). Vedenja, ki spodbujajo dobro počutje, kot je opustitev kajenja, neuživanje alkohola, telesna dejavnost ali redno obiskovanje zdravnika, so pomembni dejavniki uspešnega staranja (Pereira in Banerjee 2021).

Uspešno staranje je dandanes nepogrešljiv del razvojnih programov, kjer je potrebno upoštevati vse vidike zdravja starejših odraslih. Mnogo težav, ki pestijo starejše odrasle, je posledica nezdravega življenjskega sloga. Osredotočanje na uspešno staranje z vidika spreminjanja življenjskega sloga lahko pomaga preprečiti in zmanjšati težave, povezane s staranjem, ter posledično zmanjšati tudi stroške zdravljenja v starosti (Estebarsari idr. 2020, 7). Na uspešno staranje ne vplivajo tako stalni dejavniki, kot je recimo genetika, temveč je

¹ Besedna figura, ki vsebuje dva nasprotujoča ali izključujoča se pojma.

bolj odvisno od dejavnikov, kot so telesna dejavnost, socialna interakcija in življenjski slog starejših odraslih (Thompson idr. 2011, 1506–1507), čeprav psihologi navajajo, da lahko nenadni, negativni, izredni dogodki iz obdobja mladostništva ali otroštva vplivajo na sposobnost prilagajanja starejših odraslih v starosti. Sposobnost prilagajanja starejših odraslih staranju imenujemo psihično staranje (Dziechciarz in Filip 2014, 835–838).

Obstajajo številni postopki za merjenje uspešnega staranja in vsi so bili kritizirani. Dober postopek za merjenje uspešnega staranja mora temeljiti na operativni opredelitvi uspešnega staranja in ne sme predpostavljati, da je zaželena bodisi aktivnost bodisi neaktivnost (Havighurst 1961, 9). Decancq in Michiels (2019, 370) menita, da so posameznikove percepcije ključnega pomena pri merjenju uspešnega staranja.

Kot je razvidno iz pregleda literature, je uspešno staranje kompleksen pojem, ki nima enotne definicije. Vsi avtorji pa opozarjajo na telesno in psihično dobro delovanje, vključenost v socialne odnose in dobro splošno počutje. Na podlagi teh dejstev koncept uspešnega staranja razširjamo s še dvema pomembnima gradnikoma za LGBTQ+ starejše odrasle. Poleg fizičnega in duševnega zdravja ter socialne mreže dodajamo v teoretični model še dva gradnika uspešnega staranja – okolje bivanja in integrirano socialno in zdravstveno oskrbo.

V nadaljevanju navajamo nekaj lestvic za merjenje uspešnega staranja.

- Korejska lestvica uspešnega staranja (*Korean Elderly's Successful Aging Scale*) je sestavljena iz 31 postavk in zajema šest področij, kot so: avtonomno življenje, strmenje k doseganju lastnih ciljev, aktivno življenje, zadovoljstvo s potomci, sprejemanje samega sebe ter sprejemanje drugih (Kim 2008).
- *Lestvica uspešnega staranja, prilagojena za Turčijo*, ki zajema različne vidike, kot so neodvisnost, socialni odnosi, ekonomski položaj, zdravstveno stanje in sodelovanje v dejavnostih, kar omogoča celovito oceno uspešnega staranja (Çelebi in YÜKsel 2022).
- *Successful Aging Inventory* poudarja pomen upoštevanja celovitih modelov uspešnega staranja, ki vključujejo socialne odnose in proaktivno sodelovanje (Lee idr. 2017).
- *Successful Aging Inventory* je krajša različica prej navedenega merskega instrumenta, ki meri uspešno staranje in ponuja bolj jednat pristop pri ocenjevanju uspešnega staranja, ki se lahko osredotoča na posebne vidike ali razsežnosti uspešnega staranja v bolj zgoščeni obliki (Troutman idr. 2018).
- *Successful Aging Instrument* je celovito orodje, ki ocenjuje subjektivno uspešno staranje. To orodje zajema različne vidike, kot so bio-psihološko zdravje, socialna podpora, finančna varnost in okoljske potrebe, da izboljša izkušnjo staranja (Zanjari idr. 2018).

- *Successful Aging Scale (SAS)* je merska lestvica, razvita na podlagi znanih modelov uspešnega staranja. Sestavljena je iz dveh poddimenzij z 10 postavkami, ki se osredotočajo na obvladovanje težav z zdravim življenjskim slogom (Reker 2009).
- *The multidimensional successful aging scale* – večdimenzionalna lestvica uspešnega staranja zajema 9 sklopov (harmonični družinski odnosi, aktivna vključenost v družbo, neodvisno življenje idr.) in obsega 25 postavk (Chung in Yeung 2022).

S staranjem se pojavljajo edinstvene potrebe in izzivi, s katerimi se soočajo starejši odrasli, še posebej tisti, ki so del LGBTQ+ skupnosti. Specifična merska lestvica za merjenje uspešnega staranja LGBTQ+ starejših odraslih lahko pomaga identificirati potrebe te populacije in omogočiti ustrezno oskrbo, ki upošteva njihove specifične potrebe. Po temeljitem pregledu različnih merskih lestvic ugotavljamo, da merijo različne vidike uspešnega staranja. Nobena od teh lestvic ne upošteva posebnih značilnosti LGBTQ+ starejših odraslih, saj se soočajo z edinstvenimi izzivi in potrebami v primerjavi z večinsko populacijo. Z razvojem nove lestvice, ki meri uspešno staranje LGBTQ+ starejših odraslih, bi spodbudili več raziskovanj in študij o uspešnem staranju LGBTQ+ starejših odraslih. To bi omogočilo boljše razumevanje njihovih potreb in prispevalo k izboljšanju kakovosti njihovega življenja. Nova lestvica bi lahko povečala ozaveščenost in razumevanje družbe o izzivih, s katerimi se soočajo LGBTQ+ starejši odrasli. S tem bi lahko prispevali k zmanjšanju stigme in diskriminacije ter izboljšanju njihovega družbenega položaja. Z razvojem merske lestvice za merjenje uspešnega staranja LGBTQ+ starejših odraslih lahko zagotavljamo enake priložnosti, skrb in dostojanstvo za vse člane družbe, ne glede na spolno usmerjenost, spolno identiteto ali spolni izraz.

3 LGBTQ+ STAREJŠI ODRASLI

Obstajajo različni akronimi za poimenovanje spolnih manjšin, npr. LGBT (Mayer idr. 2008, 989), LGBTQIA+ (Wandrekar in Nigudkar 2020, 26) idr. V doktorski disertaciji smo uporabili akronim LGBTQ+, ki združuje lezbijke, geje, biseksualce, transspolne in kvir (angl. *queer*) ter ostale osebe, ki se ne opredeljujejo kot heteroseksualne in/ali cispolne osebe (Fredriksen-Goldsen idr. 2017, 1; Bain in Podmore 2021, 1308). Ker smo se v doktorski disertaciji ukvarjali predvsem z vprašanji lezbijk, gejev, biseksualnih in transspolnih starejših odraslih, interspolnih, kvir in aspolnih starejših odraslih pa nismo obravnavali posebej, ampak so zajeti na splošno, je izbira akronima LGBTQ+ najbolj primerna. Znotraj dežnika LGBTQ+ se osredotočamo predvsem na spolno usmerjenost in spolno identiteto posameznic_{kov}², ki sta ključna dejavnika, ki vplivata na zdravje, zlasti ko gre za diskriminacijo in socialno vključenost (McKenzie 2022).

Fredriksen-Goldsen idr. (2016, 2–3) definira lezbijke kot ženske, ki jih fizično in/ali čustveno privlačijo ženske; geje definira kot osebe, ki jih fizično in/ali čustveno privlačijo osebe istega spola, običajno pa se izraz nanaša na moške, včasih na ženske (v angleščini se uporablja tudi kot splošen izraz za človeka, ki ga privlačijo ljudje istega spola, vključuje pa geje, lezbijke in biseksualno usmerjene ljudi) (Sandor 2020, 15); biseksualne osebe definira kot osebe, ki jih fizično in/ali čustveno privlačita oba spola; kot transspolne osebe definira tiste ljudi, katerih spolna identiteta in/ali spolni izraz se razlikuje od spola, pripisanega ob rojstvu; izraz kvir pa definira tiste posameznike, katerih spol ali spolna usmerjenost sta spremenljivi oz. ne sodita v nobeno drugo kategorijo oz. predstavlja skupen izraz za ljudi, ki niso heteroseksualno in/ali cispolno usmerjeni; »+« označuje večjo skupnost, ki presega lezbijke, geje, biseksualce in transspolne osebe in pogosto vključuje podpornike.

Čeprav ne obstaja enotna definicija, lahko na splošno LGBTQ+ starejše odrasle opredelimo kot seksualno in spolno manjšino, ki je starejša od 50 let (Choi in Meyer 2016, 2) in ima posebne zdravstvene potrebe (Goldhammer idr. 2019, 2). S tem pojmom je označena skupina ljudi od 50 let naprej in zajema še zaposlene starejše odrasle in upokojence (ZIK Črnomelj 2022). V raziskavo bodo vključeni LGBTQ+ starejši odrasli v starosti od 50 do 70 let. Spodnjo mejo 50 let smo določili arbitrarno, saj je to starost, pri kateri respondentke_i že razmišljajo o potrebah in željah v starosti (Rupar in Blažič 2022, 85). Zgornja meja je določena na podlagi podobnih raziskav, ker je delež respondentk_{ov} v starosti 70+

² Na mestih, kjer je uporaba spolno neizključujočega načina pisanja po lastni presoji posebej pomembna, uporabljamo način pisanja, ki razbija binarnost spolov z uporabo podčrtaja (_) in odpre prostor celemu spektru različnih spolov. Na prvo mesto postavljamo žensko slovnično obliko z namenom spodbuditi ozavešanje in kritičen pogled na družbeno uveljavljeno uporabo moške slovnične oblike kot nevtralne (Sešek in Ivačič 2016, 302).

zanemarljiv (Rupar in Blažič 2022, 85; Fredriksen-Goldsen idr. 2014, 160; Hyun-Jun idr. 2016, 34), vendar, če bomo z metodo snežne kepe dobili podatke tudi od oseb, starejših od 70 let, jih bomo vključili v raziskavo, saj jo bodo ti podatki dodatno oplemenitili. LGBTQ+ starejši odrasli so vse bolj zanimivi za gerontologe³, raziskovalce in oblikovalce politik kot ranljiva skupina in populacija, za katero je premalo poskrbljeno. Za gerontološke strokovnjake je ključnega pomena, da se zavedajo posebne zgodovine in potreb LGBTQ+ starejših odraslih, vključno z vprašanji življenjske in trenutne viktimizacije ter vplivom teh izkušenj na dostop do zdravstvene in socialne oskrbe. Raziskave kažejo, da so LGBTQ+ starejši odrasli kljub soočanju s številnimi neenakostmi, ki vplivajo na zdravje, razvili odpornost (angl. *resilience*) (Jurček idr. 2022, 34; Goldhammer idr. 2019, 3), ki zmanjšuje razlike v zdravstvenem stanju v primerjavi s splošno populacijo (Fredriksen-Goldsen in Hoy-Ellis 2017, 95). Ne glede na to pa LGBTQ+ osebe še pogosto doživljajo diskriminacijo in izključenost v zdravstveni ter socialni oskrbi in zanje obstaja večje tveganje, da zbolijo za nekaterimi resnimi boleznimi (Braybrook idr. 2023, 109).

3.1 Spolna usmerjenost, spolna identiteta in spolni izraz

Spolna usmerjenost se nanaša na zmožnost človeka, da izrazi globljo naklonjenost, čustveno in spolno privlačnost ter intimna in spolna razmerja do posameznikov drugega, istega ali več kot enega spola (Sándor 2020, 14). Spolna usmerjenost je večdimenzionalen konstrukt, ki v veliki meri vključuje tri področja: spolno identiteto, spolno privlačnost in spolni stik (George in Stokes 2018, 1–3). Spolna usmerjenost je trajna in osnovna usmerjenost posamezne osebe glede na to, do katerega spola čuti privlačnost, tako čustveno kot tudi spolno (Bailey idr. 2016, 45). Dembroff (2016, 1) med drugim povzema naslednje definicije spolne usmerjenosti, ki so zelo različne in etično vprašljive:

- Spolna usmerjenost je izraz, ki se uporablja za označevanje fizične in/ali čustvene privlačnosti posameznice_ka do istega in/ali nasprotnega spola.
- Spolna usmerjenost je lastnost, zaradi katere smo nagnjeni doživljanju spolne privlačnosti do istega in/ali nasprotnega spola.
- Spolna usmerjenost osebe temelji na njegovih ali njenih spolnih željah in fantazijah ter spolnem vedenju, h kateremu je nagnjena v idealnih razmerah.

Spolno usmerjenost lahko razdelimo na tri osnovne kategorije: heteroseksualnost, homoseksualnost in biseksualnost. Heteroseksualnost se nanaša na privlačnost do oseb nasprotnega spola. Osebe, ki so heteroseksualne, so čustveno in spolno privlačne predvsem

³ Vsi izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za vse spole.

do oseb nasprotnega spola. Homoseksualnost se nanaša na privlačnost do oseb istega spola. Osebe, ki so homoseksualne, so čustveno in spolno privlačne predvsem do oseb istega spola. Biseksualnost pa se nanaša na privlačnost do oseb obeh spolov. Osebe, ki so biseksualne, so čustveno in spolno privlačne tako do oseb istega spola kot tudi do oseb nasprotnega spola (Sell 1997).

Homoseksualnost oz. istospolno usmerjenost Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) definira kot spolno nagnjenost do oseb istega spola. Izraz homoseksualec je izumil madžarski zdravnik Benkert leta 1869 in je trdil, da je homoseksualnost prirojena in ne pridobljena. S tem je homoseksualnost opredelil kot zdravstveno patologijo in ne kot kriminalni prekršek (Conrad in Angell 2004, 32). Sigmund Freud je homoerotične želje videl kot del normalnega otrokovega razvoja, ki jih je potrebno zatreti. Čeprav je bila homoseksualnost po njegovem povezana z "normalnim" spolnim razvojem in je bila "različica" in ne bolezen ali motnja. Freud ni bil optimističen, da bi homoseksualnost lahko spremenili z zdravljenjem ali psihoanalizo (Conrad in Angell 2004, 32).

Homoseksualnost je bila klasificirana kot duševna bolezen več kot 30 let, zato je veliko ljudi, ki ima predsodke do te skupine ljudi, češ da je homoseksualnost bolezen, nenormalna ali nenaravna (Herek in Garnets 2007, 354). V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja je Ameriško psihiatrično združenje odstranilo homoseksualnost iz Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj, Ameriško psihološko združenje pa je leta 1975 pozvalo psihologe, naj si prizadevajo za odstranitev stigme duševne bolezni, ki je dolgo spremljala homoseksualnost (Herek 2010, 693). Po njihovem mnenju gre za posameznikovo spolno, romantično in čustveno vzburjenje ter hrepenenje do oseb istega spola. Ta vzburjenja in hrepenenja so povezana s fiziološkim nagonom, ki ga posameznik ne more zavestno nadzorovati (American Psychological Association 2009). Spolna usmerjenost je zgodovinsko gledano relativno nov koncept, čeprav sta homoseksualno in heteroseksualno vedenje vseprisotna (Herek in Garnets 2007, 355). Danes velja splošno prepričanje med strokovnjaki s področja psihiatrije, psihoanalize, medicine idr., da je homoseksualnost normalna različica človeške spolnosti (Rao in Jacob 2012, 1).

Biseksualnost pri ljudeh je ena od številnih spolnih usmeritev, ki se pojavlja v človeški populaciji. S pojmom biseksualka_ec v zahodnih kulturah označujemo posameznico_ka, ki doživlja spolno privlačnost do več kot enega spola (Sándor 2020, 15). Biti heteroseksualna_en pomeni, da te privlači "nasprotni" spol, biti lezbijka ali gej pomeni, da te privlači "isti" spol, in biti biseksualka_ec pomeni, da te privlači "oboje" (Bowes-Catton in Hayfield 2015, 42–43). Ta spolna usmerjenost se pogosto spregleda, saj je v zahodni družbi prisotno binarno razumevanje spolnosti, tako za edini možni spolni usmerjenosti veljata heteroseksualnost in homoseksualnost (Callis 2009, 215). Biseksualni ljudje so izpostavljeni povečanemu tveganju za okužbo s spolno prenosljivimi okužbami (Holmes in

Beach 2020), kljub temu dajemo premalo pozornosti zdravstvenim težavam, s katerimi se srečujejo biseksualne osebe (Monro idr. 2016, 73).

Spolna identiteta je kompleksen pojem, ki vključuje biološke dejavnike, spolne vloge, družbeno-kulturne vplive in spolno usmerjenost v povezavi s spolnim razvojem (Edwards in Brooks 1999, 49). Spolno identiteto posameznik opredeli na podlagi najpomembnejših spolnih vidikov svojega življenja, kot so spolna privlačnost, fantazije, želje, vedenje in odnosi ter daje smisel in pomen konfiguraciji občutkov, zaznav in spoznanj, ki jih ima posameznik o različnih področjih spolnosti v svojem življenju. Spolna identiteta se nanaša na notranji občutek posameznika glede lastnega spola (Savin-Williams 2011, 671–672), ki ustreza ali ne ustreza spolu, ki mu je bil pripisan ob rojstvu (Sándor 2020, 14). Gre za subjektivno doživljanje, ki se lahko ujema ali ne ujema s spolom, ki je določen ob rojstvu na podlagi bioloških značilnosti (Shively in De Cecco 1977, 41–42).

Spolna identiteta se razvija skozi celotno življenje in vključuje občutke, prepričanja, vedenja in izražanje posameznika v zvezi s svojim spolom. Spolna identiteta je običajno že izražena, ko otrok začne govoriti (Shively in De Cecco 1977, 42). Za večino ljudi se spolna identiteta ujema s spolom, ki jim je bil dodeljen ob rojstvu, to pomeni, da se moški identificirajo kot moški in ženske kot ženske (Kriger in Keyser-Verreault 2022, 25; Kuyper in Wijzen 2014, 377). Vendar pa se lahko pojavi neskladje med spolno identiteto in biološkim spolom, kar se imenuje *spolna disforija* (Kuyper in Wijzen 2014, 377), čeprav se bo v večini primerov spolna identiteta razvila v skladu s fizičnimi značilnostmi spola (Steensma idr. 2013, 289). V klinični psihologiji in psihiatriji posameznike, ki se ne identificirajo skladno s spolom, pripisanim ob rojstvu, identificiramo kot transspolne osebe (Svetovna zdravstvena organizacija 1992).

Spolna identiteta ni odvisna samo od bioloških spolnih značilnosti, ampak tudi od družbenih, kulturnih in psiholoških dejavnikov. Obstajajo različni koncepti spolne identitete, vključno z binarnimi (moški/ženska) in nestabilnimi (fluidna, ni določena) (Matsuno in Budge 2017, 116–117). Pomembno je upoštevati, da je spolna identiteta individualna in je odvisna od vsakega posameznika posebej (Wood in Eagly 2015, 461–462).

Razumevanje spolne identitete je pomembno za zagotavljanje enakosti, spoštovanja in pravičnosti za vse ljudi, ne glede na njihovo spolno identiteto. To vključuje priznavanje in spoštovanje izražanja spolne identitete ter zagotavljanje enakih pravic in možnosti za vse posameznike, ne glede na njihov biološki spol (Rolleri 2013, 3).

Transspolnost je splošen pojem, ki se nanaša na ljudi, katerih spolna identiteta in/ali spolni izraz se razlikuje od spola, ki jim je bil pripisan ob rojstvu. Ta izraz vključuje širok spekter posameznikov, kot so moški in ženske s transspolno preteklostjo, ljudje, ki se identificirajo kot trans, transseksualni, transspolni, transvestiti/cross-dresserji (ljudje, ki se oblačijo v

oblačila, ki so po družbenih normah pripisana osebam drugega spola, kot je oseba sama ali kot je bilo osebi pripisano ob rojstvu), androgini, aspolni (osebe, ki se ne identificirajo z nobeno spolno identiteto oz. čutijo popolno odsotnost lastne spolne identitete), spolno raznoliki in vse ostale spolne identitete in/ali spolni izrazi, ki ne ustrezajo standardnemu cisspolnemu moškemu/ženski. Transspolni ljudje svojo spolno identiteto izražajo z izbiro oblačil, telesnimi spremembami, vključno z operativnimi posegi ali drugimi načini spolnega izražanja (Sándor 2020, 15). Tranzicija je proces potrditve posameznikovega spola, ko se ta ne ujema s spolom, ki mu je bil pripisan ob rojstvu. Vključuje razkritje spremembe pred družino, prijatelji in sodelavci, prilagajanje oblačenja in vedenja izbranemu spolu, spreminjanje telesa s pomočjo hormonske terapije, operacij ali drugih postopkov, spremembo imena in/ali spola na uradnih dokumentih ter izpolnjevanje pravnih postopkov v skladu z nacionalno zakonodajo. S pojmom potrditev spola imenujemo proces, pri katerem ljudje potrdijo spol, v katerem živijo, da bi bolje izrazili lastno spolno identiteto. Z operativno potrditvijo spola z operativnim posegom uskladijo primarne in sekundarne spolne znake telesa transspolne osebe z njeno spolno identiteto (str. 16).

Nebinarnost se nanaša na različne spolne identitete, ki ne spadajo v tradicionalno moško-žensko binarnost. Na primer, aspolnost se nanaša na identiteto posameznika, ki se ne opredeljuje glede na spol. Spolna fluidnost pa se nanaša na situacijo, ko posameznica_k čuti, da se njena_gova spolna identiteta preliva med več različnimi spolnimi identitetami. Nekateri nebinarni posameznice_ki se opredeljujejo kot trans, ni pa nujno. "Kvir" (angl. *queer*) kot izraz se nanaša na ljudi, ki ne doživljajo svoje spolne usmerjenosti in spolne identitete kot binarne kategorije. To pomeni, da se ne identificirajo kot heteroseksualni ali gej/lezbijka ter moški ali ženska. Izraz "kvir" se uporablja kot politična opredelitev, saj se tisti, ki se opredeljujejo kot kvir, ne strinjajo samo s heteronormativnimi strukturami, temveč tudi s tradicionalno politiko prevladujočih LGBTQ+ gibanj. Izraz se uporablja tudi v akademskem okolju in vključuje ljudi, ki niso heteroseksualno usmerjeni, kot so lezbijke, geji, biseksualno usmerjeni, transspolni in interpolni ljudje. Koncept "kvir teorije" izpodbija družbene norme glede spola in spolnosti ter izraža prepričanje, da so spolne vloge družbeni konstrukti. Kljub temu da je bil izraz kvir tradicionalno psovka in ima še vedno negativen prizvok za nekatere ljudi, pa ga številni LGBTQ+ ljudje sprejemajo kot simbol ponosa (Sándor 2020, 18).

Spolna identiteta se nanaša na doživljanje samega sebe kot moškega ali ženske, medtem ko se spolni izraz nanaša na vedenje nekoga, ki se vede kot moški ali ženska (Steensma idr. 2013, 289). Spolni izraz je način, kako ljudje izražajo svojo spolno identiteto. To lahko vključuje način oblačenja, kako urejajo svojo frizuro in kako se obnašajo. Nekateri se identificirajo kot moški, drugi kot ženske, nekateri pa se identificirajo kot oboje ali pa ne želijo biti opredeljeni kot moški ali ženske. Spolni izraz je lahko povezan z biološkim spolom, ki je bil določen ob rojstvu, z družbenim spolom ali s spolno identiteto, vendar pa to ni vedno nujno (Sándor 2020, 22).

3.2 Izzivi spolnih manjšin

Po svetu je še veliko držav, kjer sta drugačna spolna usmerjenost in identiteta kriminalizirana z zakoni ali z družbenimi normami, kar sili LGBTQ+ starejše odrasle, da ostanejo v klozetu (Pereira in Banerjee 2021b). Mohammadi (2018, 719) ugotavlja, da so bolj kot druge družbene skupine predvsem transspolne osebe pogostejše podvržene stresu, višje je tveganje za samomor in pogostejše doživljajo diskriminacijo in fizično, verbalno ali spolno nasilje zaradi svoje spolne usmerjenosti. Transspolne osebe so pogostejše podvržene diskriminaciji na delovnem mestu in v zdravstvenih institucijah (Grant idr. 2011, 50, 72). LGBTQ+ osebe so podvržene večjemu tveganju, da zbolijo za anksioznostjo, depresijo, rakom dojke, debelostjo in okužbo s HIV. Pri tem se vsi LGBTQ+ starejši odrasli soočajo z razvojnim izzivom: odločitvijo, ali, kdaj in kako drugim razkriti svojo spolno identiteto in/ali spolno usmerjenost (Yarns idr. 2016, 1–2).

LGBTQ+ starejši odrasli se soočajo z diskriminacijo tudi pri iskanju namestitve v domovih za starejše ali varovanih stanovanjih (Cahill in South 2002, 49–50). Predvsem starejše istospolno usmerjene osebe zaradi institucionalizirane heteronormativnosti pogosto nimajo dostopa do ustreznega zdravstvenega varstva, cenovno dostopnih stanovanj in drugih socialnih storitev, ki jih potrebujejo (Cahill 2002, 4).

Mnogi LGBTQ+ starejši odrasli zaradi spolne usmerjenosti, spolne identitete ali spolnega izraza doživljajo viktimizacijo skozi celo življenje (Bloemen idr. 2019, 9). Za LGBTQ+ starejše odrasle je značilen pojav polviktimizacije, saj so osebe iz te populacije lahko deležne več oblik zlorab (zaradi starosti – ageizem/starizem, zaradi spolne identitete in/ali spolne usmerjenosti, zaradi invalidnosti, zaradi potrebe po zdravstveni in/ali socialni oskrbi idr.) (Westwood 2019, 1), zato je potrebno potrebe in skrbi LGBTQ+ starejših odraslih obravnavati na več nivojih, ker so ti ljudje pogosto istočasno pripadniki tudi drugih marginaliziranih skupin (npr. zaradi etične in/ali rasne pripadnosti) (Orel 2014, 70), v času pandemije koronavirusne bolezni pa se je diskriminacija lahko še povečala (Kline 2020, 241). Avtorji ugotavljajo, da se je povečanje nestrpnosti znotraj LGBTQ+ populacije v času pandemije koronavirusne bolezni zaznavalo predvsem pri transspolnih osebah (Hafford-Letchfield idr. 2022, 9), kar se odraža na podvrženosti doživljanju dolgotrajnega manjšinskega stresa in družbeni izobčenosti (Pereira in Banerjee 2021). Z zmanjšanjem diskriminacije in stigmatizacije se zmanjša tveganje za zdravstvene težave predvsem pri transspolnih starejših odraslih (Fredriksen-Goldsendsen idr. 2014, 488). V tabeli 2 prikazujemo najpomembnejše ugotovitve pregleda literature o diskriminaciji LGBTQ+ starejših odraslih.

Tabela 2: Diskriminacija LGBTQ+ starejših odraslih

Ugotovitve na podlagi dokazov	Avtor
Veliko LGBTQ+ starejših odraslih se sooča z viktimizacijo celotno življenje.	Bloemen et al. 2019, 9
LGBTQ+ starejši odrasli se soočajo z različnimi oblikami diskriminacije, povezane s staranjem in homofobijo.	Lagana idr. 2021, 10
Poliviktimizacija je značilen pojav pri LGBTQ+ starejših odraslih.	Westwood 2019, 1; Orel 2014, 70; Kline 2020, 241
LGBTQ+ starejši odrasli izražajo zaskrbljenost zaradi diskriminacije v zdravstvenem sistemu, ki se lahko zgodi v vsakem trenutku.	Burton idr. 2020, 7
Zmanjšanje diskriminacije in stigmatizacije zmanjša tudi tveganje za nastanek zdravstvenih težav pri transspolnih starejših odraslih.	Fredriksen Goldsen, Cook-Daniels, idr. 2014, 488
Diskriminacija je najpomembnejši napovedovalec slabega zdravstvenega stanja pri LGBTQ+ starejših odraslih.	Fredriksen Goldsen 2018, 26
Nezavedno stereotipiziranje zdravstvenih delavcev se lahko kaže kot diskriminacija in viktimizacija LGBTQ+ starejših odraslih.	Foglia in Fredriksen Goldsen 2014, 42
Poleg diskriminacije v širši družbi se LGBTQ+ starejši odrasli soočajo z odkrito in prikrito diskriminacijo na področju zdravstvenih in socialnih storitev.	Fredriksen Goldsen, Hoy-Ellis, idr. 2014, 93
Izkušnje ljudi, ki so v poznejšem obdobju življenja razkrili svojo spolno usmerjenost/identiteto, so bolj negativne in posamezniki so se ob tem počutili manj sprejete.	Ribeiro-Gonçalves idr. 2022, 1662

Vir: Lastni vir 2023.

Raziskave, predstavljene v tabeli 2, kažejo, da LGBTQ+ starejši odrasli pogosto doživljajo trajno viktimizacijo in diskriminacijo, vključno s poliviktimizacijo, in so zaskrbljeni zaradi diskriminacije v zdravstvenem sistemu, kar povečuje zdravstvena tveganja zlasti za transspolne starejše odrasle. Diskriminacija močno vpliva na njihovo zdravstveno stanje, pri čemer nezavedno stereotipiziranje zdravstvenih delavcev še poslabša situacijo. Poleg tega se LGBTQ+ starejši odrasli soočajo z diskriminacijo pri zdravstvenih in socialnih storitvah ter z negativnimi izkušnjami po razkritju spolne usmerjenosti ali spolne identitete.

S starostjo prihaja do vse večjih potreb po zdravstveni ali socialni pomoči. Za zdravstvene delavce je ključnega pomena, da pri oskrbi LGBTQ+ starejših odraslih uporabljajo izrecno

antiopresivni pristop (Pack in Brown 2017) in da so kompetentni za delo z LGBTQ+ starejšimi odraslimi. Dostop do zdravstveno-socialne oskrbe in sama oskrba predstavljata še enega v nizu izzivov, s katerimi se srečujejo LGBTQ+ starejši odrasli.

Vključitev posebnih izobraževanj o zdravju LGBTQ+ ljudi v programe zdravstvenih poklicev je pomemben korak, ki pripomore k izboljšanju dostopnosti do te populacije, hkrati pa zagotovi kompetentno zdravstveno varstvo zanj (Lee idr. 2021, 7). Vključevanje vsebin LGBTQ+ v učne načrte programa zdravstvena nega je ključna stvar, ki opolnomoči študente za delo z LGBTQ+ pacienti (Montes-Galdeano idr. 2021, 7–8), saj seznanjanje študentov medicine z vsebinami glede zdravljenja LGBTQ+ starejših odraslih in dejavniki, ki vplivajo nanj, izboljša njihov odnos in jih senzibilizira za edinstvene potrebe te populacije (Levy idr. 2021, 8). Z izobraževanjem se lahko znatno poveča raven znanja, zaupanja in ugodja glede vprašanj, potreb in rabe pravilne terminologije v zvezi z LGBTQ+ populacijo in področjem paliativne oskrbe (Chidiac idr. 2021, 1). Interdisciplinarni hospic tim ima relativno pozitiven odnos do spolnih manjšin, na kar pa vplivajo verska prepričanja, klinične izkušnje in izobrazba (Cloyes idr. 2020), čeprav pri tem obstajajo pomisleki glede odnosa zelo vernih oskrbovalcev do LGBTQ+ starejših odraslih (Westwood 2022, 16–17).

Študenti in praktiki v socialnih in zdravstvenih službah niso bili opremljeni z ustreznimi kompetencami za delo z LGBTQ+ populacijo (Fredriksen-Goldsen idr. 2014, 99), zato skupnost LGBTQ+ negativno dojema domove za starejše, saj jih skrbi, da bodo morali skrivati svojo spolno identiteto, doživljati zlorabe in biti socialno izolirani, čeprav ima večina osebja pozitiven odnos do LGBTQ+ starejših odraslih (Skeldon 2020, 53). Poleg diskriminacije v širši družbi se LGBTQ+ starejši odrasli soočajo z odkrito in prikrito diskriminacijo na področju zdravstva in socialnih storitev (Fredriksen-Goldsen idr. 2014, 93). Samo v primeru, če ponudniki zdravstvenih in socialnih storitev sprejemajo LGBTQ+ starejše odrasle (neglede na njihovo versko opredelitev), so le-ti deležni socialno pravične oskrbe (Westwood 2022, 16–17). Zdravstveni in socialni delavci niso bili deležni usposabljanja za delo s transspolnimi starejšimi odraslimi (Benbow in Kingston 2022, 170). Usposabljanje potrebujejo na več ravneh, tudi o pozitivnih vključujočih pristopih oskrbe transspolnih starejših odraslih (Benbow in Kingston 2022, 172). Ravno neizobraževanje in neusposabljanje socialno-zdravstvenih delavcev o potrebah transspolnih oseb povzroča veliko tesnobe in negotovosti med transspolnimi (starejšimi) odraslimi (Willis idr. 2021), na kar opozarjata tudi Smolle in Espvall (2021, 532), saj se socialni delavci pri delu s transspolnimi osebami soočajo s pomanjkanjem znanja in nepoznavanjem potreb transspolnih oseb. Starejši odrasli geji in lezbijke navajajo, da bi storitve socialne in zdravstvene oskrbe raje prejemale od ljudi s podobno spolno usmerjenostjo ali spolno identiteto (Lottmann in King 2022, 12). Neglede na vse pa si zdravstvene institucije morajo prizadevati, da ustvarijo varno okolje za LGBTQ+ ljudi in vzpostavijo odnos, ki bo zmanjšal strah pred diskriminacijo (Stinchcombe idr. 2017).

3.3 Teorija odpornosti, spolno občutljiva raba jezika in vloga socialne gerontologije

Kot je razvidno iz prejšnjega podpoglavja, se LGBTQ+ starejši odrasli tekom življenja srečujejo s številnimi izzivi. LGBTQ+ starejši odrasli so pogosto izpostavljeni stresu zaradi dolgotrajne stigmatizacije, ki jo doživljajo skozi celo življenje. Pogosto so izpostavljeni tudi neenakostim pri dostopu do zdravstvenega varstva, srečujejo se s političnimi ideologijami, ki jih ne priznavajo ali celo zavračajo, ter s škodljivimi verskimi prepričanji (De Vries 2015, 55–57). Diskriminacija zaradi spolne usmerjenosti se lahko kaže v makroagresiji (npr. zakoni, politike, zločini iz sovraštva in nasilje) ali pa v subtilni in včasih nenamerni mikroagresiji (npr. napačno označevanje transspolnih oseb in heteronormativni predsodki) (Bower idr. 2021, 2). Mnogi stigmatizirani LGBTQ+ starejši odrasli živijo v klozetu, da bi se zaščitili pred stigmo družbe (De Vries 2015, 56). Kljub doživljanju stigme in diskriminacije so mnogi starejši odrasli zaradi vsega tega postali odporni. S tem mislimo na vsakodnevne strategije, ki jih LGBTQ+ ljudje uporabljajo za reševanje stisk v svojem življenju (Singh 2017, 116). Izraz odpornost izvira iz raziskav o razvoju otrok, kjer so ugotovili, da se je veliko otrok, ki so odrasčali v zelo zahtevnih okoliščinah (npr. kronično materialno in/ali socialno pomanjkanje), razvilo v zelo funkcionalne, pogosto zelo uspešne mladostnike in odrasle ljudi. Odpornost se nanaša na proces, zmožnost ali rezultat uspešnega prilagajanja kljub izzivom ali grožnjam okolice. Psihološka odpornost pa se nanaša na vedenjsko prilagajanje v smislu doživljanja dobrega počutja in/ali učinkovitega delovanja v okolju (Masten idr. 1990, 425–426). Raziskave kažejo, da so LGBTQ+ starejši odrasli kljub soočanju s številnimi neenakostmi, ki vplivajo na zdravje, razvili odpornost (Jurček idr. 2022; Goldhammer idr. 2019, 3), ki zmanjšuje razlike v zdravstvenem stanju v primerjavi s splošno populacijo (Fredriksen-Goldsen in Hoy-Ellis 2017, 95). Zaščitni dejavniki blažijo posameznikovo ranljivost in okoljsko nevarnost, kljub temu pa ne prispevajo nujno k odpornosti, če je ranljivost posameznika ali resnost stiske prevelika (Masten idr. 1990, 426). Neglede na teorijo odpornosti LGBTQ+ osebe še pogosto doživljajo diskriminacijo in izključenost v zdravstveni in socialni oskrbi ter so podvržene večjemu tveganju, da zbolijo za nekaterimi resnimi boleznimi (Braybrook idr. 2023, 109). Zaradi tega je uporaba spolno občutljivega jezika še toliko bolj pomembna, saj s tem spoštujemo raznolikost spolnih identitet in ustvarjamo vključujoče okolje.

Spolno občutljiva raba jezika poudarja pomen uporabe jezikovnih sredstev, ki obravnavajo ženske in moške enakovredno, tako v govoru kot pisanju. S tem se izogibamo uporabi stereotipov in diskriminacije ter ohranjamo vidnost žensk v družbi (Šauperl idr. 2018, 3). Jezik ima močan vpliv na naš način razmišljanja in oblikuje naše mišljenje. Prav tako lahko jezik vpliva na poslušalce in poslušalke, bralce in bralke in njihova prepričanja ter vedenje. Spolno občutljiv jezik se nanaša na rabo pisanega in govorjenega jezika, ki enakovredno obravnava in upošteva tako ženske kot moške. Za uporabo spolno občutljivega jezika je pomembno, da se izogibamo uporabi generičnega moškega spola, izključevanju žensk ter širjenju stereotipnih predstav o spolnih vlogah (Evropski inštitut za enakost spolov). Kadar

govorimo o skupinah ljudi, ki vključujejo moške in ženske, je priporočljivo uporabiti spolno občutljiv jezik. Namesto uporabe generične moške oblike, ki naj bi zajemala oba spola, je bolje uporabiti oblike za moške in ženske ali se izogibati spolu v celoti s pomočjo spolno nezaznamovanih izrazov ali izpusta. V spolno občutljivi rabi slovenščine so ključni predvsem samostalniki, ki se nanašajo na glavne osebe, o katerih besedilo govori ali jim je namenjeno. Pri pridevniki in glagoli je priporočljivo upoštevati ujemanje po bližini. Takšno izražanje olajša berljivost besedila in prispeva k njegovi jedrnatosti (Šauperl idr. 2018, 6).

V slovenskem jeziku poznamo tudi spolno nezaznamovane samostalniške oblike, ki označujejo oba spola, na primer: oseba, osebnost, človek, stranka, priča, žrtev, starši, otrok idr. (str. 8). Smernice usmerjajo k tvorjenju ženskih oblik po katerem od uveljavljenih besedotvornih postopkov, kadar pa taka beseda sovpadе z že obstoječo besedo z drugačnim pomenom, takrat iz sobesedila razberemo pravi pomen (str. 9). V večini evropskih jezikov se uporablja moški spol kot generična oblika za raznospolne skupine, medtem ko se ženski spol uporablja samo za označevanje žensk. Zaradi skrbi za jezik, ki bi bil enakopraven do žensk in moških, se v različnih jezikih razvijajo različne rešitve, ki so skladne z njihovo strukturo. Nekateri jeziki stremijo k poenotenju ženskih in moških oblik, kot na primer angleščina, medtem ko drugi jeziki, kot so slovenščina, nemščina in francoščina, stremijo k razlikovanju med spoloma. Zato prevajanje spolno občutljivega jezika v drug jezik, ob ohranjanju enakega učinka, pogosto ni mogoče (str. 20–21). Za izražanje vključenosti vseh družbenih spolov se uporablja podčrtaj. Po podčrtaju navedemo le spremenjeni del besede, enako kot pri poševnici in vezaju, npr.: Sogovornicam_kom se zahvaljujemo ... (str. 22). Taka raba jezika je v skladu z načeli socialne gerontologije, ki poudarja pomen spoštovanja in dostojanstva vseh starejših ljudi, neglede na njihovo spolno usmerjenost, identiteto ali izraz.

Socialni gerontologi imajo pomembno vlogo pri zagotavljanju podpore in skrbi za LGBTQ+ starejše odrasle. Pri tem je vloga Socialne gerontologije večplastna in vključuje naslednje vidike (Brown 2009, 65–76):

- Socialna gerontologija igra ključno vlogo pri ozaveščanju o specifičnih potrebah, izzivih in težavah, s katerimi se srečujejo LGBTQ+ starejši odrasli. Ta disciplina spremlja znanstvene študije in raziskave ter zbira informacije o tej skupnosti. Njeno delo je usmerjeno k širjenju zavedanja med strokovnjaki, institucijami in širšo javnostjo, kar prispeva k boljši podpori in razumevanju LGBTQ+ starejših odraslih.
- Socialni gerontologi nudijo individualno in skupinsko svetovanje LGBTQ+ starejšim odraslim, ki se lahko srečujejo z diskriminacijo, socialno izključenostjo, osamljenostjo, pomanjkanjem podpore in drugimi težavami. Pomagajo jim pri premagovanju teh izzivov, vzpostavljanju socialnih vezi ter izboljšanju kakovosti življenja.

- Socialna gerontologija pomaga LGBTQ+ starejšim odraslim dostopati do specifičnih virov in storitev, prilagojenih njihovim potrebam. Socialni gerontologi informirajo o pravicah, podpornih skupinah, zdravstvenih storitvah, pravnih nasvetih, stanovanjskih možnostih in drugih pomembnih virih, s čimer zagotavljajo celovito podporo tej skupnosti.
- Socialna gerontologija se osredotoča na zagovorništvo za izboljšanje pogojev za LGBTQ+ starejše odrasle. To vključuje pridobivanje sredstev za programe, namenjene tej skupnosti, povezovanje z odločevalci in političnimi organi ter zagovarjanje sprememb zakonodaje, ki varuje pravice LGBTQ+ starejših odraslih.
- Socialna gerontologija je ključna disciplina pri spodbujanju empatije, razumevanja in zmanjševanju stigmatizacije starejših LGBTQ+ odraslih. Socialni gerontologi s svojim delom prispevajo k ustvarjanju varnega in vključujočega okolja za to skupnost, hkrati pa spodbujajo spoštovanje in enakost med vsemi starejšimi odraslimi.

Socialna gerontologija zagotavlja celovito podporo LGBTQ+ starejšim odraslim s spodbujanjem ozaveščenosti, empatije in zmanjševanjem stigmatizacije. Pomaga jim dostopati do specifičnih virov in storitev ter se zavzema za izboljšanje pogojev z zagovorništvom in pridobivanjem sredstev. Tako ustvarja varno in vključujoče okolje za vse starejše odrasle.

4 KONSTRUKTI TEORETIČNEGA MODELA

V tem poglavju predstavljamo konstrukte teoretičnega modela uspešnega staranja za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih. Prvih pet podpoglavij tega poglavja sestavljajo dimenzije uspešnega staranja: fizično in duševno zdravje, socialna mreža, bivanjsko okolje in integrirana socialna in zdravstvena oskrba.

Poleg diskriminacije v širši družbi se LGBTQ+ starejši odrasli soočajo z odkrito in prikrito diskriminacijo na področju zdravstvenih in socialnih storitev (Fredriksen-Goldsen idr. 2014, 94). McCann s sodelavci (2013, 362) ugotavlja, da ima precejšnji delež LGBTQ+ starejših odraslih v življenju precej težav z duševnim zdravjem, kar tretjina te populacije pa jemlje zdravila. Tudi Lambrou s sod. (2022, 8) ugotavlja, da so bili številni psihosocialni dejavniki (slabo zdravstveno stanje, pomanjkanje hrane, nasilje in diskriminacija v zdravstvenih ustanovah) povezani s subjektivnim kognitivnim upadom pri transspolnih in nebinarnih osebah. LGBTQ+ starejši odrasli so v preteklosti doživljali in še vedno mnogi doživljajo veliko stresnih dejavnikov, ki vplivajo na njihovo zdravje (Grassau idr. 2021), predvsem na srčno-žilne bolezni, depresijo in prezgodnji kognitivni upad (Correro in Nielson 2020, 2). Grassau s sodelavci (2021) izpostavlja predvsem tri stresne dejavnike: preživetje pandemije HIV, versko zatiranje in zavrnitev s strani izvornih družin.

Kot ugotavlja Westwood s sodelavci (2020), je razlog za slabše zdravstveno stanje LGBTQ+ starejših odraslih predvsem v družbeni neenakosti, izpostavljenosti manjšinskemu stresu, ogrožajočih vedenjskih navadah (npr. uživanje drog), osamljenosti, socialni izolaciji, diskriminaciji in v neustreznem razumevanju njihovih potreb s strani izvajalcev zdravstvenih storitev. Zdravstvena oskrba LGBTQ+ starejših odraslih je izjemno pomembna tema, ki zahteva pozornost in razpravo v družbi. LGBTQ+ populacija je pogosto izpostavljena različnim oblikam diskriminacije, zatiranju in pomanjkanju enakih pravic, kar lahko močno vpliva na njihovo fizično in duševno zdravje.

Ko se pojavijo zdravstvene težave pri LGBTQ+ starejših odraslih, se soočijo z zdravstvenim sistemom, ki ni bil zasnovan zanje in posledično pogosto ne more zadovoljiti njihovih potreb (Grassau idr. 2021). Pojav heteronormativnosti in diskriminacije v zdravstvenem sistemu je potrebno obravnavati na vseh nivojih in na različnih ravneh zdravstvene oskrbe (Roe in Galvin 2021, 107). Prav tako je premalo kompetentnih ponudnikov storitev za potrebe LGBTQ+ starejših odraslih in strokovnjakov, ki so usposobljeni za delo s to skupino ljudi (Alba idr. 2021, 918). Prav vključevanje LGBTQ+ vsebin v kurikulum programa zdravstvene nege je ključna stvar, ki opolnomoči študente za delo z LGBTQ+ pacienti (Montes-Galdeano idr. 2021, 8; Hafford-Letchfield idr. 2023, 123). Vključitev takih vsebin v izobraževanje za zdravstvene poklice predstavlja pomemben korak, ki zagotavlja kompetentno zdravstveno varstvo za to populacijo (Lee idr. 2021, 7) obenem pa izboljša

odnos zdravstvenih delavcev do te populacije (Levy idr. 2021, 8). Chidiac s sodelavci (2021, 1) ugotavlja, da se po izobraževanju znatno poveča raven znanja, zaupanja in udobja glede vprašanj, potreb in pravilne rabe terminologije v zvezi z LGBTQ+ populacijo. Lof in Olaison (2020, 9) pa ugotavljata, da je glavna skrb LGBTQ+ starejših odraslih sprejemanje njihove spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete v domovih za starejše, saj si želijo oskrbo, ki priznava in sprejema vse vidike njihove identitete. Poleg zdravstvenih ne smemo zanemariti tudi socialnih delavcev, ki morajo biti kompetentni za delo z LGBTQ+ osebami, da s svojim delom ne bi (na nezaveden) način povzročali škode (Redcay idr. 2019, 7), saj se socialni delavci pri delu s transspolnimi osebami soočajo s pomanjkanjem znanja in nepoznavanjem potreb transspolnih ljudi (Smolle in Espvall 2021, 532). Zavedati se moramo, da so LGBTQ+ starejši odrasli neheterogena skupina z raznolikimi potrebami in zato potrebujejo diferencirano zdravstveno oskrbo (Hafford-Letchfield idr. 2018, 318). Že štiriurno izobraževanje o LGBTQ+ populaciji zaposlenih v domovih za starejše ustvari bolj podporno stanovanjsko klimo za to populacijo (Holman idr. 2020, 11). Neizobraženost in neusposobljenost kadra v socialnovarstvenih poklicih o potrebah transspolnih oseb povzroča med transspolnimi osebami veliko tesnobe in negotovosti (Willis idr. 2021).

Prvi korak k izboljšanju zdravstvene oskrbe LGBTQ+ starejših odraslih je ozaveščanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev o njihovih posebnih potrebah in izkušnjah. Pomembno je razumeti, da LGBTQ+ osebe pogosto doživljajo stres, osamljenost in socialno izključenost zaradi svoje spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete (Braybrook idr. 2023, 109). To lahko vpliva na njihovo duševno zdravje, povečuje tveganje za depresijo, tesnobo in samomorilne misli ter posledično lahko vpliva na krajšo pričakovano življenjsko dobo (McGovern idr. 2016, 496).

Poleg tega so LGBTQ+ starejši odrasli lahko izpostavljeni tudi določenim zdravstvenim tveganjem, povezanim s svojo spolno usmerjenostjo in/ali spolno identiteto. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, so pogosto bolj izpostavljeni okužbam s HIV-om (Braybrook idr. 2023). Zato je pomembno, da zdravstveni delavci zagotavljajo ustrezna svetovanja, testiranja in preventivne ukrepe za LGBTQ+ starejše odrasle. Vendar je ključnega pomena tudi zagotavljanje nepristranske, dostopne in dostojanstvene zdravstvene oskrbe za LGBTQ+ starejše odrasle (Willis 2017, 17). Zdravstveni delavci morajo biti občutljivi na njihove posebne potrebe in spoštovati njihovo spolno usmerjenost ali spolno identiteto. To vključuje uporabo pravilne terminologije, spoštovanje zasebnosti, spoštovanje njihovega izbora glede medicinskih posegov ali terapij (Lee idr. 2021, 7) in uporabo antiopresivnega pristopa (Pack in Brown 2017).

Umetna inteligenca hitro vstopa na vsa področja našega življenja. Uporaba socialnih robotov za pomoč LGBTQ+ starejšim odraslim pri spopadanju z osamljenostjo in depresijo spreminja način zagotavljanja zdravstvene in socialne oskrbe, saj je zdaj poleg negovalca prisoten tudi kibernetski fizični zdravstveni sistem (Poulsen idr. 2020). LGBTQ+ starejši

odrasli so bistveno bolj osamljeni v primerjavi z večinsko populacijo predvsem zaradi manjše verjetnosti, da bodo imeli partnerja (Hsieh in Liu 2021, 57). Tudi transspolni starejši odrasli so socialno izolacijo v času pandemije koronavirusne bolezni opisovali kot najpogostejšo težavo, s katero so se srečevali v tem obdobju, vendar so ljudje z večjo in močnejšo socialno mrežo še naprej ohranjali socialne stike (Toze idr. 2021). Pomembna ugotovitev je, da starost LGBTQ+ starejših odraslih ne vpliva na velikost njihove socialne mreže (Erosheva idr. 2016, 17).

V naslednjih dveh podpoglavjih bomo natančneje opisali fizično in duševno zdravje LGBTQ+ starejših odraslih.

4.1 Fizično zdravje LGBTQ+ starejših odraslih

Fizično zdravje je ključen vidik uspešnega staranja pri vseh starejših odraslih neglede na njihovo spolno usmerjenost (Reichstadt idr. 2007, 194). Vendar pa LGBTQ+ starejši odrasli pogosto doživljajo posebne izzive in tveganja, ki lahko vplivajo na njihovo fizično zdravje (Westwood idr. 2020, 408).

Raziskave kažejo, da se LGBTQ+ starejši odrasli pogosteje soočajo s kroničnimi fizičnimi boleznimi, kot so srčno-žilne bolezni, diabetes, rak in osteoporoza, v primerjavi z njihovimi heteroseksualnimi vrstniki (Yarns idr. 2016, 59). Ta nesorazmeren delež kroničnih bolezni je lahko povezan z različnimi dejavniki, kot so stres, ki izhaja iz izpostavljenosti diskriminaciji in nasilju (Westwood idr. 2020, 408–409), ter slabši dostop do zdravstvenih storitev, saj obstaja primanjkljaj ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev (Alba idr. 2021, 918). To se posledično odraža v zmanjšani stopnji preventivne obravnave LGBTQ+ starejših odraslih, kar vpliva na odkrivanje bolezni v zgodnjih fazah (npr. rakava stanja), ko je zdravljenje najbolj učinkovito (Quinn idr. 2015, 392–393).

Da bi izboljšali fizično zdravje LGBTQ+ starejših odraslih, je ključnega pomena ustvariti sprejemajoče in vključujoče okolje (Nedeljko in Kaučič 2023, 9966). To vključuje zagotavljanje enakega dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe, ki je občutljiva na potrebe in izzive LGBTQ+ starejših odraslih. Pomembno je tudi izvajanje izobraževalnih kampanj, ki povečujejo ozaveščenost o zdravstvenih težavah, s katerimi se LGBTQ+ starejši odrasli soočajo, ter spodbujanje preventive in rednih zdravniških pregledov.

Druge pomembne težave, ki vplivajo na fizično zdravje LGBTQ+ starejših odraslih, so povezane z duševnim zdravjem in socialno oporo. Diskriminacija, stigma in izključevanje lahko povzročajo visoko stopnjo stresa, kar povečuje tveganje za razvoj duševnih bolezni, kot so depresija, anksioznost in samomorilne misli (Yarns idr. 2016, 1–3). Pomanjkanje socialne opore lahko tudi poslabša fizično zdravje, saj ima socialna izolacija negativen vpliv na imunski sistem in povečuje tveganje za srčno-žilne bolezni (Schaefer idr. 1981, 381–

382). Več o duševnem zdravju LGBTQ+ starejših odraslih predstavljamo v naslednjem podpoglavju.

Tabela 3: Pregled literature o zdravju LGBTQ+ starejših odraslih

Ugotovitve	Avtor
Ozaveščanje LGBTQ+ starejših odraslih o zdravju je ključnega pomena pri izboljšanju zdravja pri tej populaciji.	Stevens idr. 2018, 156
LGBTQ+ osebe poročajo o slabšem zdravstvenem stanju zaradi družbene neenakosti in manjšinskega stresa, ogrožajočega vedenja (npr. uživanje drog), osamljenosti in socialne izolacije, diskriminacije in neustreznega razumevanja potreb med ponudniki zdravstvenih storitev. LGBTQ+ starejši odrasli so še bolj prizadeti zaradi staranja in kumulativnega pomanjkanja.	Westwood idr. 2020
LGBTQ+ starejši odrasli so zelo raznolika skupina z različnim zdravstvenim stanjem.	Fredriksen Goldsen idr. 2019, 19
LGBTQ+ posameznice_ki so bolj izpostavljeni večjemu tveganju za nekatere zdravstvene težave, kot so debelost, rak dojke in za okužbo z virusom HIV.	Yarns idr. 2016, 59
Pri LGBTQ+ starejših odraslih, predvsem pri gejih in biseksualnih moških ter pri transspolnih ženskah, okuženost z virusom HIV narašča, zato je prepoznavanje težav in ovir pri preprečevanju okužbe z virusom HIV, izobraževanje, testiranje in obravnavanje kulturne stigme nujno potrebno.	Emlet idr. 2019, 14
Starejši kot so LGBTQ+ starejši odrasli, slabše je njihovo fizično zdravje.	Fredriksen-Goldsen idr. 2015, 163
Diskriminacija je najpomembnejši napovedovalec slabega zdravstvenega stanja pri LGBTQ+ starejših odraslih.	Fredriksen-Goldsen 2018, 26
LGBTQ+ starejši odrasli so doživljali in doživljajo mnogo stresnih dogodkov, ki vplivajo na njihovo zdravje. To so predvsem preživetje pandemije HIV, versko zatiranje in zavrnitev izvornih družin.	Grassau idr. 2021
Ustanove za zdravljenje raka bi morale zbirati podatke o spolni usmerjenosti in identiteti pacientov, da bi zagotovile individualizirano oskrbo vseh bolnikov, pri tem pa starost bolnikov ne igra pomembne vloge, čeprav so v študijo bili vključeni predvsem LGBTQ+ starejši odrasli (M = 72,6 let).	Alexander idr. 2020

Vir: Lastni vir 2023.

4.2 Duševno zdravje LGBTQ+ starejših odraslih

Duševno zdravje starejših LGBTQ+ oseb je pomembno področje skrbi, ki zahteva našo pozornost in nadaljnje raziskovanje. Posamezniki v tej demografski skupini se med procesom staranja pogosto soočajo z edinstvenimi izzivi in stresorji, ki lahko pomembno vplivajo na njihovo duševno počutje. Diskriminacija, stigma in predsodki proti LGBTQ+ osebam se lahko nadaljujejo tudi v poznejšem življenju, kar lahko še poveča ranljivost, ki jih že doživljajo zaradi svoje starosti (Yarns idr. 2016, 1–2).

Dejavnik, ki zagotovo prispeva k razlikam v duševnem zdravju med starejšimi LGBTQ+ osebami, je kumulativni učinek dolgoletnega manjšinskega stresa. LGBTQ+ osebe so zgodovinsko doživljale družbeno zavračanje, diskriminacijo in nasilje, kar vodi do višjih stopenj duševnih težav, kot so depresija, tesnoba in zloraba substanc (Mongelli idr. 2019, 27). Vpliv teh stresorjev je še posebej izrazit v poznejšem življenju, ko se socialne mreže lahko zmanjšajo in se posamezniki soočajo z večjo osamo in osamljenostjo (Perone idr. 2020, 126). Poleg tega se lahko LGBTQ+ starejši odrasli srečujejo z dodatnimi izzivi, povezanimi z njihovimi identitetami, vključno z izgubo članov družine izbire, omejenim dostopom do kulturno ustrezne zdravstvene oskrbe ter odsotnostjo pravne zaščite, ki lahko vplivajo na njihovo finančno varnost ali stanovanjsko stabilnost. Povezanost identitet, na primer biti LGBTQ+ in hkrati pripadati rasni ali etnični manjšini (intersekcionalnost), še dodatno povečuje razlike v duševnem zdravju, s katerimi se sooča ta populacija (Parent idr. 2013, 639).

Nasloviti potrebe po duševnem zdravju starejših LGBTQ+ oseb zahteva večplasten pristop. Politike, ki varujejo pravice LGBTQ+ oseb, spodbujajo vključevanje in se borijo proti diskriminaciji, so ključnega pomena (McNulty idr. 2010). Izvajalci zdravstvenih in socialnih storitev ter ostali se morajo opremiti s specialnimi znanji za nudenje kulturno ustrezne oskrbe in obravnavo edinstvenih duševnih zdravstvenih težav LGBTQ+ starejših odraslih (Simpson idr. 2018, 1). Gradnja podpornih skupnosti, razvoj ciljno usmerjenih intervencij (Watson idr. 2020, 82) in spodbujanje socialne vključenosti (Chan 2023, 779) so ključni dejavniki za izboljšanje duševnega zdravja te populacije.

Tabela 4: Pregled glavnih ugotovitev o duševnem zdravju pri LGBTQ+ starejših odraslih

Ugotovitve	Avtor
Psihosocialni dejavniki, kot so slabo zdravstveno stanje, pomanjkanje hrane, nasilje in diskriminacija v zdravstvenih ustanovah, so bili povezani s subjektivnim kognitivnim upadom pri transspolnih in nebinarnih starejših odraslih.	Lambrou idr. 2022, 8
Posedovanje hišnega ljubljénčka je koristno za LGBTQ+ starejše odrasle, zlasti psi pomagajo, da ostanejo fizično aktivni in vključeni v svoje skupnosti, kar pozitivno vpliva na duševno in fizično zdravje.	Muraco idr. 2018, 15–16
Tisti starejši odrasli geji in lezbijke, od katerih je vsaj eden od staršev vedel za njihovo spolno usmerjenost, doživljajo manj psiholoških stisk in so bolj duševno zdravi.	(Lyons idr. 2021, 1)
LGBTQ+ posamezniki doživljajo višjo stopnjo anksioznosti, depresije in imajo večjo verjetnost, da zbolijo za motnjo uživanja substanc.	Yarns idr. 2016, 59

Vir: Lastni vir 2023.

4.3 Socialna mreža LGBTQ+ starejših odraslih

Ohranjanje socialnih mrež in virov socialne podpore je bistvenega pomena za uspešno staranje, saj pozitivno vpliva na kakovost življenja, fizično in duševno zdravje ter srečo LGBTQ+ starejših odraslih. Nasprotno pa osamljenost in izolacija povečata tveganje za ranljivost (Pereira in Silva 2021).

Socialna izolacija in osamljenost sta med starejšimi odraslimi zelo razširjena pojava. Nekatere države poročajo, da se do ene tretjine starejših odraslih počuti osamljeno (Svetovna zdravstvena organizacija 2021). Socialna mreža je postala ključna komponenta našega sodobnega življenja, ki omogoča povezovanje ljudi, izmenjavo informacij, podporo in skupnost (Boyd in Ellison 2007, 210). Čeprav so socialne mreže znane po tem, da povezujejo različne skupine ljudi glede na njihove interese, je potreba po specializiranih platformah za določene skupine postala vse pomembnejša. Specializirano socialno mrežo (Holmes in O'Loughlin 2014, 1) zasledimo tudi pri LGBTQ+ starejših odraslih. Starejši člani LGBTQ+ skupnosti se soočajo s posebnimi izzivi, kot so staranje (Westwood 2016, 63), diskriminacija (Foglia and Fredriksen-Goldsen 2014, 40) in pomanjkanje podpore (Kim idr. 2017, 84), zato je socialna mreža, ki je namenjena izključno tej skupini, izjemno pomembna. Ta socialna mreža LGBTQ+ starejšim odraslim omogoča povezovanje s podobno mislečimi ljudmi, izmenjavo izkušenj, podporo in informacije. Člani te mreže se lahko povežejo s sočlani, ki so izkusili podobne težave, in si izmenjajo nasvete in rešitve. Skupnost lahko postane vir vzpodbude in moči za premagovanje izzivov, s katerimi se soočajo. Pri tem obstaja pet različnih skupin socialnih omrežij LGBTQ+ starejših odraslih (Kim idr. 2017, 88):

- raznolika socialna mreža (živijo s partnerjem, stik z otroki idr.);
- raznolika socialna mreža brez otrok (podobno prvi skupini, le brez otrok);
- socialna mreža, osredotočena na ožjo družino (podobna prvi mreži, le manj stikov s prijatelji in sosedi);
- socialna mreža, osredotočena na prijatelje in omejene mreže (večje število prijateljev kot pri prvem omrežju, a manj kot pri tretjem);
- popolnoma omejena socialna mreža (omejeno število in pogostost stikov v vseh pogledih).

Poleg povezovanja med seboj socialna mreža omogoča tudi dostop do informacij, ki so pomembne za LGBTQ+ starejše odrasle. Te vključujejo zdravstvene informacije, informacije o pravicah in zakonodaji ter možnosti za socialno podporo. S tem lahko LGBTQ+ starejši odrasli pridobijo potrebne informacije za ohranjanje zdravja in dobrega počutja. Prostovoljci, ki nudijo storitve, namenjene za LGBTQ+ starejše odrasle, zagotavljajo čustveno podporo predvsem izoliranim članom te skupnosti (Perone 2021, 421).

Pomembno je tudi omeniti, da spletna socialna omrežja, namenjena LGBTQ+ skupnosti, zagotavljajo varno in sprejemajoče okolje za LGBTQ+ starejše odrasle. To je še posebej pomembno, saj so mnogi člani te skupnosti v preteklosti doživeli diskriminacijo ali niso imeli prostora za izražanje svoje (spolne) identitete, tukaj pa najdejo varen prostor, kjer ne doživljajo posmeha in diskriminacije. V tem varnem prostoru lahko člani izražajo svoje mnenje, čustva in izkušnje brez strahu pred obsodbami ali negativnimi odzivi (Mock idr. 2020, 13).

Šibka socialna mreža in povezanost s skupnostjo sta značilni predvsem za najstarejše skupine LGBTQ+ starejših odraslih, ki se najbolj zanašajo na pomoč sovrstnikov (Fredriksen-Goldsen idr. 2015, 164) in s tem dosegajo socialno interakcijo ter vključenost v družbo (Kahana idr. 2017, 10). Socialno izolacijo pri LGBTQ+ starejših odraslih lahko še dodatno povečata starost in status manjšine (Kahana idr. 2017, 10).

V ZDA je neformalna oskrba starejših odraslih v glavnem odgovornost mlajših sorodnikov, ki opravijo večino neformalne oskrbe, nesorodniki pa je opravijo okoli 14 %. Oskrba LGBTQ+ starejših odraslih sledi precej drugačnemu vzorcu, ki odraža pomen družine izbire v življenju LGBTQ+ starejših odraslih. Namesto da bi se zanašali na pomoč sorodnikov v starosti, večinoma skrbijo drug za drugega, saj sorodniki opravijo približno le 11 % vse oskrbe (Knauer 2016, 150). Formacija družine izbire je vir družbene podpore, ki pozitivno vpliva na zdravje LGBTQ+ ljudi (Huynh 2023, 1240). Definicije družine LGBTQ+ ljudi so v nekaterih pogledih presenetljivo konvencionalne. Pogosto vključujejo člane izvornih in razširjene družine kot del svoje trenutne družine. Omiljevanje stališč do homoseksualnosti

je zmanjšalo napetosti med LGBTQ+ ljudmi in njihovimi izvornimi družinami. Sprejetost LGBTQ+ ljudi tako morda ustvarja prostor za paradoksalno sodobne in istočasno konvencionalne definicije družine (Hull in Ortyl 2019, 41). Ko se ljudje ne morejo zanesti na svoje izvirne družine, raziskovalci domnevajo, da lahko LGBTQ+ ljudje ustvarijo družine izbire kot nadomestilo za podporo, ki bi jo sicer prejeli od izvornih družin (Milton in Knutson 2023, 269), saj pomanjkanje te podpore pri LGBTQ+ ljudeh lahko predstavlja resen dejavnik tveganja za slabše duševno zdravje (McConnell idr. 2015, 55). Tesnejši odnosi med člani znotraj družine izbire lahko LGBTQ+ ljudem prinesejo večjo korist (npr. socialno podporo) kot druge vrste odnosov (npr. znanci, sodelavci in prijatelji) (Milton 2020, 4).

4.4 Bivanjsko okolje LGBTQ+ starejših odraslih

Demografski in družbeni dejavniki narekujejo, da je potrebno dati prednost razvoju specializiranih življenjskih in skupnostnih okolij, ki se odzivajo na potrebe starejših odraslih (Moos 1980, 75). Pri tem ločimo grajeno in družbeno okolje (Yu in Rosenberg 2020, 162). LGBTQ+ starejši odrasli iščejo varno okolje, kjer se bodo počutili povezane s skupnostjo (Putney idr. 2018, 888).

Bivanjsko okolje je pomemben faktor, ki vpliva na zadovoljstvo z življenjem (Kaučič 2017, 23). Na splošno so nemetropolitanska območja bolj konservativna in homofobna kot metropolitanska središča; poleg tega nizka gostota prebivalstva na podeželskih območjih vodi do veliko manj priložnosti za družabna srečanja, specifična za LGBTQ+ populacijo, še večje težave pri tem imajo LGBTQ+ starejši odrasli, ki živijo na podeželju, saj imajo morda slabši dostop do javnega prevoza in manj izkušenj s spletnim socialnim mreženjem (Butler 2017, 127). V ruralnem okolju se LGBTQ+ starejši odrasli srečujejo s pomanjkanjem fizičnih prostorov za druženje in izvajanje projektov, ki podpirajo LGBTQ+ skupnost. Tovrstni prostori bi ljudem omogočali tudi vzpostavitev socialne povezave in s tem olajšali identifikacijo z LGBTQ+ vrstniki (Lee in Quam 2013, 124).

Sillivan (2014) navaja naslednje razloge, zakaj se LGBTQ+ starejši odrasli odločajo za stanovanja, namenjena za LGBTQ+ starejšo populacijo: ne počutijo se manj pomembne v primerjavi s katerokoli drugo osebo, zaradi družbenega konteksta, zaradi razvoja novih podpornih mrež in zaradi razvoja novih intimnih (neseksualnih) odnosov in sprejemanja. V nasprotju s heteroseksualno, večinsko populacijo, LGBTQ+ starejši odrasli v bivanjskih skupnostih za LGBTQ+ starejše odrasle širijo svojo socialno mrežo (Sullivan 2014). Najbolj izražena potreba LGBTQ+ starejših odraslih v domovih za starejše je potreba po občutku varnosti ob razkritju (Urek idr. 2022, 7), saj je prisoten strah pred predsodki zaposlenih, zavrnitvijo in socialno izolacijo (Willis 2017). Potreba starejših odraslih po občutku varnosti je povezana s kakovostjo življenja, zdravjem, z zadovoljstvom z življenjem in zadovoljstvom s sosesko, kjer bivajo (De Donder idr. 2009, 93). Soseske bodo imele vedno večji vpliv na kakovost življenja in dobro počutje starejših odraslih (Buffel idr. 2012, 13).

Da bi zagotovili vključujoče in varno okolje za LGBTQ+ starejše odrasle, moramo razviti politike za razvoj takega okolja (Lecompte idr. 2021, 210), čeprav je malo znanega o tem, kako lahko trajna, vključujoča, cenovno dostopna in podporna dolgoročna nastanitev vpliva na zdravje starejših odraslih (Rosenwohl-Mack idr. 2022).

4.5 Integrirana socialna in zdravstvena oskrba LGBTQ+ starejših odraslih

Integrirano dolgotrajno oskrbo Ramovš (2019, 54) opredeljuje kot »sistemsko povezano celoto vseh virov in deležnikov za humano, finančno in kadrovsko vzdržno sodobno oskrbo ljudi, ki potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakdanjih opravil zaradi bolezni, invalidnosti ali starostne onemoglosti«. Po navedbah Ramovša (2020, 108) integrirana dolgotrajna oskrba zajema med drugim področje domače neformalne oskrbe bližnjih, formalne strokovne in javne oskrbe, socialno oskrbo in zdravstveno nego ter druge oskrbovalne storitve, ki jih dopolnjujejo. LGBTQ+ starejši odrasli so za dostop do socialne in zdravstvene oskrbe pogostejše odvisni od izbrane družine (angl: *chosen family*). Zato je pomembno oceniti, s kakšnimi ovirami se srečujejo pri prejemanju ali iskanju integrirane dolgotrajne oskrbe. Istočasno zdravstveni delavci, ki delajo z LGBTQ+ starejšimi odraslimi, ignorirajo spolno identiteto in usmerjenost, zato so starejši odrasli prisiljeni živeti nerazkrito, v izolaciji, ne da bi lahko izražali identiteto, za katero so potrebovali dolgo časa, da so jo izoblikovali in ohranili (Pereira in Banerjee 2021, 2). Podatki nacionalne raziskave v Združenem kraljestvu kažejo, da se LGBTQ+ osebe soočajo s heteronormativnostjo, neprimerno zdravstveno in socialno oskrbo ter občasno prisotnostjo homofobije s strani zdravstvenih in socialnih delavcev (Hunt idr. 2019, 11).

Zmanjšanje možnosti prejemanja spoštljive in vključujoče oskrbe za LGBTQ+ osebe in njihove člane družine izbire odražajo neenakost in nedostojno oskrbo. Zdravstvena nega, ki je dostojna, na pacienta osredotočena in skladna s pacientovimi vrednotami, mora spoštovati pacientovo družino ne glede na to, ali gre za družino izbire ali izvirno družino. Žal so mnogokrat člani družine izbire spregledani ali namerno izključeni iz interakcij z zdravstvenimi institucijami in se le-te potem obrnejo na biološke sorodnike, da sprejemajo nadomestne odločitve, kar je v nasprotju s pacientovim interesom in krši temeljno etično načelo neškodljivosti in dobronamernosti ter zanemarja pomen spoštovanja posameznikove avtonomije in (samo)odločanja o lastnem zdravju (Rosa idr. 2022).

4.6 Zadovoljstvo z življenjem LGBTQ+ starejših odraslih

Zadovoljstvo z življenjem je kompleksen koncept in različni avtorji ter strokovnjaki so ga poskušali opredeliti na različne načine. Zadovoljstvo z življenjem je eden od kazalnikov "navidezne" kakovosti življenja. Skupaj s kazalniki duševnega in fizičnega zdravja kaže, kako dobro ljudje živijo (Veenhoven 1996, 3). Zadovoljstvo z življenjem se meri kot subjektivna ocena, ki jo posameznik naredi o svojem lastnem življenju. Ta ocena je lahko v

smislu sreče, zadovoljstva ali dobrega počutja (Diener idr. 2010). Zadovoljstvo z življenjem pomeni subjektivno oceno, kako smo v splošnem zadovoljni s svojim življenjem, kjer imajo pomembno vlogo predvsem zdravstveni dejavniki (Grebenšek 2019, 56). Na subjektivno počutje starejših odraslih po navedbah Grebenškove (2019, 56) vplivajo krhkost, socialno-ekonomski status, socialna podpora, socialno vključevanje, socialni kapital in socialna ranljivost.

Zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih je kompleksen konstrukt, na katerega vplivajo različni dejavniki. Raziskave kažejo, da kljub izzivom, kot so diskriminacija in neenakosti v zdravju, številni LGBTQ+ starejši odrasli poročajo o zadovoljstvu s svojim življenjem in uspešnem staranju, saj avtorji opozarjajo na odpornost in dobro počutje te populacije ter poudarjajo njihovo sposobnost premagovanja nesreč in ohranjanja pozitivnega odnosa do staranja (Fredriksen Goldsen 2014). Razumevanje edinstvenih izkušenj in potreb LGBTQ+ starejših odraslih je ključnega pomena za spodbujanje zdravega staranja in odpravljanje razlik na področju zdravstvenega varstva ter socialne podpore. Raziskava, ki je bila izvedena med homoseksualnimi moškimi, kaže, da socialna podpora vpliva na zadovoljstvo z življenjem, pri čemer so prijatelji najpomembnejši vir splošne socialne podpore (Domínguez-Fuentes idr. 2012, 241).

Priložnost socialnega udejstvovanja in izražanje altruističnih odnosov sta pomembna dejavnika, ki pripomoreta k doseganju psihološkega blagostanja in zadovoljstva z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih (Kahana idr. 2017, 10). Rezultati študije kažejo, da so prijatelji najpomembnejši vir splošne socialne podpore in prispevajo k večjemu zadovoljstvu z življenjem (Domínguez-Fuentes idr. 2012, 241). Kot ugotavlja Nedeljko idr. (2024, 217–218), obstajajo razlike v zadovoljstvu z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih glede na velikost kraja, kjer bivajo.

4.7 Dobro počutje ali subjektivna blaginja LGBTQ+ starejših odraslih

Dobro počutje oz. subjektivna blaginja (Šarotar Žižek idr. 2009, 122) je osrednji pojem v okviru pozitivne psihologije (Musek in Avsek 2006, 51) in se običajno nanaša na zdravje, vendar je filozofska raba širša in se nanaša na to, kako dobro gre osebi v življenju (Crisp 2001). Merriam-Websterjev slovar (2023) navaja, da je subjektivna blaginja stanje sreče, zdravja ali uspeha, medtem ko Reed in Sanderson (1999, 72) opisujeta, da subjektivna blaginja pomeni, počutiti se dobro. Koncept subjektivne blaginje se pogosto zamenjuje z drugimi koncepti, kot je npr. zadovoljstvo z življenjem (Stanley in Cheek 2003, 57). Po mnenju Dienerja in Seligmana (2004, 1) lahko dobro počutje opredelimo kot pozitivno vrednotenje posameznikovega življenja, kar vključuje pozitivna čustva, delo, zadovoljstvo z življenjem in pomen. Človekovo dobro počutje je torej tisto, kar je dobro zanj (Crisp 2001) in je pogosto ključni cilj trajnostnega razvoja (Chaigneau idr. 2022, 287). Konstrukt dobrega počutja je kompleksen konstrukt, ki zajema različne, z zdravjem povezane, socialne in

psihološke razsežnosti (Delle Fave idr. 2018, 828). Kot pojasnjuje Camfield s sodelavci (2008, 764), sta koncepta subjektivna blaginja in subjektivna kakovost življenja sinonima. Zadovoljstvo z življenjem je podrejena komponenta teh dveh konceptov. Definicija dobrega počutja ni enoznačna. Izrazi veselje, zadovoljstvo z življenjem in kakovost življenja se pogosto uporabljajo v istem kontekstu (Dodge 2012, 222). Dobro počutje se torej nanaša na pozitivno čustveno reakcijo, ki služi kot kontrast škodljivim vplivom v domeni ugodja ter predstavlja pozitiven psihološki vidik kot odziv na fizične stresorje na področju zdravja (Rohde 2019, 1118).

Ryff (1989, 1069–1071) predlaga, da bi koncept subjektivne blaginje moral biti sestavljen iz naslednjih gradnikov:

- samosprejemanje, ki predstavlja pozitivno vrednotenje sebe in svojega preteklega življenja;
- pozitivni odnosi z drugimi;
- občutek samoodločanja ali avtonomije;
- sposobnost upravljanja lastnega življenja in okolice;
- osmislitev življenja in namen le-tega ter
- občutek nenehnega osebnega razvoja ali osebne rasti.

Dobro počutje starejših odraslih LGBTQ+ je področje, ki postaja vse bolj pomembno, saj si naša družba mora prizadevati za večjo vključenost in sprejemanje različnih spolnih usmerjenosti in spolnih identitet (Swiatek idr. 2021, 1–2). Razumevanje in obravnavanje dobrega počutja LGBTQ+ starejših odraslih je ključnega pomena za zagotovitev, da se lahko ta populacija dostojanstveno stara (Redcay idr. 2019, 267).

5 EMPIRIČNI DEL – KVALITATIVNA RAZISKAVA

Izbor kvalitativne metodologije je primeren, kadar se raziskuje novo raziskovalno področje (Strauss in Corbin 1998, 53; Creswell in Poth 2016, 7–8). Z uporabo kvalitativne metodologije raziskovalec natančneje opredeli vnaprej sprejete predstave in ekstrapolira miselni proces ter analizira in oceni vprašanja s poglobljene perspektive (Jamshed 2014, 87–88).

Cilja kvalitativne raziskave sta bila pridobiti podatke, ki so bili podlaga za sestavo postavk, ki so sestavljale posamezne konstrukte uspešnega staranja, in pridobiti subjektivni pogled preučevane populacije na uspešno staranje. Za pridobivanje podatkov v kvalitativni raziskavi smo izbrali metodo individualnega poglobljenega intervjuja.

Intervjuvanje je najpogostejša oblika zbiranja podatkov v kvalitativnih raziskavah (Jamshed 2014, 87–88). Izbrana metoda poglobljenega intervjuja (Mason 2002, 89), kjer morajo intervjuvane osebe odgovarjati na vnaprej pripravljena odprta vprašanja, se pogosto uporablja v zdravstvenih in socialnih raziskavah (Strauss in Corbin 1998; Jamshed 2014, 87–88; Ryan idr. 2009, 309). Metoda poglobljenega intervjuja je posebej primerna, saj je izbrana tema občutljiva, tabuizirana in zaradi tega udeleženci ne bi bili pripravljeni deliti mnenja z drugimi (Vogrinc 2008, 109). Za to obliko intervjuja (individualni poglobljeni intervju) je značilno, da se izvaja načeloma z enim intervjuvancem naenkrat (ena na ena), izjemoma tudi s skupino (Strauss in Corbin 1998). Ustrezna izbira za beleženje podatkov intervjuja je snemanje, saj je zapisovanje podatkov med intervjujem razmeroma nezanesljivo in lahko raziskovalec pri tem spregleda ključna dejstva. Posnetek intervjuja raziskovalcu omogoča, da se lažje osredotoči na vsebino pogovora, hkrati pa omogoči ustvarjanje »besednega transkripta« intervjuja (Jamshed 2014, 87–88).

Intervjuvanje oseb iz ranljiv skupin je zahtevno za intervjuvano osebo in raziskovalca ter predstavlja pravi izziv (Ryan idr. 2009, 312). Pri intervjuvanju skritih populacij smo naleteli na več izzivov. V nadaljevanju predstavimo nekaj najpomembnejših, s katerimi smo se soočili.

- **Identifikacija in določanje lokacije populacije**

Skrite populacije je težko identificirati in najti zaradi različnih dejavnikov, kot so družbena stigma ali strah pred razkritjem (Atkinson in Flint 2001, 1–4). Pogosto naletimo na težave pri dostopu do teh posameznikov ali skupin in navezovanju stikov z njimi.

- **Zaupanje in vzpostavljanje odnosov**

Vzpostavitev zaupanja in odnosa s posamezniki v skritih populacijah je lahko izziv zaradi njihovih preteklih izkušenj z marginalizacijo, diskriminacijo ali

pomanjkanjem zaupanja v državne organe ali raziskovalce. Potrebovali smo več časa in napora, da smo si pridobili njihovo zaupanje in jih spodbudili k sodelovanju v raziskavi.

- **Strah in skrivanje**

Skrite populacije pogosto delujejo v tajnosti, posamezniki pa morda ne želijo razkriti svoje identitete ali osebnih podatkov zaradi strahu pred družbenimi vplivi ali drugimi tveganji (stigma, diskriminacija). Potrebno je bilo ustvariti varno okolje brez obsojanja, da smo udeležence spodbudili k iskrenemu deljenju svojih izkušenj.

- **Pristranskost in reprezentativnost vzorca**

Skrite populacije običajno niso dobro zastopane v tipičnih vzorčnih okvirih ali podatkovnih zbirkah, kar vodi v pristranskost vzorčenja. Ta pristranskost lahko vpliva na posplošljivost ugotovitev, saj je morda težko zagotoviti raznolik in reprezentativen vzorec iz te populacije (Shaver 2005).

- **Veljavnost in zanesljivost informacij**

LGBTQ+ starejši odrasli so skrita populacija zaradi družbene stigmatizacije, kar lahko vpliva na verodostojnost in točnost informacij, pridobljenih v intervjuju. Udeleženci lahko zadržijo ali napačno predstavijo informacije, kar vpliva na veljavnost in zanesljivost zbranih podatkov.

- **Jezikovne in komunikacijske ovire**

Jezikovne ovire, predvsem ustrezna in razumljiva terminologija, lahko omejijo natančnost intervjujev in povzročijo težave pri tolmačenju odgovorov.

- **Etični vidiki**

Pri delu s skrito populacijo smo se morali spopasti z etičnimi dilemami, zlasti glede zaupnosti, anonimnosti in morebitne škode, ki bi jo lahko povzročilo razkritje osebnih podatkov (Shaver 2005). Ključnega pomena je dati prednost dobrobiti udeležencev in zagotoviti informirano privolitev (Nijhawan idr. 2013) ob hkratnem varovanju njihove zasebnosti.

- **Omejen dostop in financiranje**

Za izvajanje raziskav s skritimi skupinami prebivalstva se lahko pojavi potreba po dodatnih virih, vključno s finančnimi sredstvi, časom in strokovnim znanjem. Omejen dostop do teh populacij, zlasti v zaprtih ali skritih skupnostih, lahko poveča logistične izzive in stroške raziskave.

Ta metoda ima po navedbah Stokesa in Bergina (2006, 36–37) nekatere prednosti pred uporabo metode fokusnih skupin, ki se prav tako pogosto uporablja v procesu izdelovanja novih merskih instrumentov. Te prednosti so:

- boljše razumevanje teme s strani raziskovalca. To je bilo posebej pomembno za izdelovanje novih merskih lestvic za dva konstrukta, *bivanjsko okolje* in *integrirana*

socialna ter zdravstvena oskrba, ki še nimata validiranih in uveljavljenih merskih lestvic;

- bolj iskreni odgovori. Ker sta spolna usmerjenost in spolna identiteta posameznika zelo osebni in občutljivi zadevi, je pomembno, da se je anketiranim osebam zagotovilo varno okolje, kjer so se počutili sproščeno;
- izločanje negativnih vplivov skupin (npr. pasivnost udeležencev).

5.1 Merski instrument

Za merski instrument smo uporabili poglobljeni intervju. Vprašanja za intervju smo zasnovali na osnovi pregleda literature. Intervjuvanim osebam smo zastavili naslednja vprašanja:

- Kako bi vi definirali uspešno staranje? Kaj za vas pomeni uspešno staranje?
- Ste zaradi družbenih norm občutili diskriminacijo in/ali stigmo in/ali homo/bi/transfobijo zaradi svoje spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete in/ali spolnega izraza? Kako? Ste zaradi tega kdaj imeli kakršnekoli zdravstvene težave?
- Na kakšen način se vaše življenje (zaradi spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete in/ali spolnega izraza) razlikuje od življenja večinske populacije?
- Ste bili kdaj podvrženi doživljanju stresa zaradi drugačne spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete in/ali spolnega izraza? Kako se je to odražalo pri vas (zdravstvene težave, razpoloženje ...)? Kaj pa nasilju (Kakšni vrsti nasilja?)?
- Kako vaša spolna usmerjenost in/ali spolna identiteta in/ali spolni izraz vplivajo na dostop do zdravstvene/socialne oskrbe? Imate zaradi tega težave? Ste kdaj doživeli diskriminacijo v postopku zdravstvene obravnave?
- Kakšne občutke (pozitivne/negativne) pri vas vzbudi misel na prihajajočo starost?
- Ali imate koga, ki mu lahko zaupate? Kdo je ta oseba? Kdo so osebe, ki vam bodo nudile (ali vam nudijo) pomoč v starosti?
- Na kakšen način po vašem mnenju vaše okolje bivanja (mesto/vas) vpliva (pozitivno ali negativno) na vaše (uspešno) staranje?
- V katerem okolju želite, da se vam zagotovi dolgotrajna oskrba, če bi jo potrebovali (domače ali institucionalno okolje)? Kakšno socialno in/ali zdravstveno oskrbo v starosti pričakujete? Kje vidite izzive pri tem? (Zakaj menite tako?)
- Zaradi svoje spolne usmerjenosti/identitete/izraza ste tekom življenja nabrali številne izkušnje in prešli skozi številne izzive (je bilo več pozitivnih ali negativnih?). Menite, da ste postali močnejši, odpornejši?
- Bi želeli še kaj sporočiti?

5.2 Postopek zbiranja podatkov

Intervjuvanje je potekalo avgusta in septembra 2023. Intervjuvane osebe v Sloveniji smo pridobili z metodo snežne kepe, s katero se namenski vzorec oblikuje na skriti, težko dostopni populaciji LGBTQ+ starejših odraslih. Vključitveni merili, ki so jih intervjuvane osebe morale izpolnjevati, je bila minimalna starost 50 let in da se same opredeljujejo kot LGBTQ+ osebe.

Poglobljeni intervjuji so potekali individualno z vsako osebo posebej. Da bi se intervjuvane osebe počutile varno, smo se z vsako osebo posebej dogovorili za lokacijo intervjuja. Nekatere osebe so želele, da se intervju izvede pri njih doma, kjer se počutijo najbolj varno in sproščeno, nekatere pa so želele, da se zaradi varovanja anonimnosti (predvsem biseksualni moški, nekatere transspolne ženske) intervju izvede na javnem prostoru (kavarna, park ipd.). En intervju smo zaradi objektivnih okoliščin opravili na daljavo preko platforme Zoom. Poglobljeni intervjuji so trajali različno dolgo, v povprečju okoli 25 minut. Anketirancem smo najprej razložili namen intervjuvanja. Nato smo jih seznanili z vprašanji in jim dali nekaj časa za premislek. Intervju smo zvočno posneli. Po zaključku intervjuja je sledila faza transkripcije.

5.3 Vzorec

V poglobljenih intervjujih je sodelovalo 11 oseb, ki so starejše od 50 let in se samoopredeljujejo kot pripadnice_ki LGBTQ+ skupnosti. Intervjuvane osebe v Sloveniji smo pridobili z metodo snežne kepe, s katero se naključni namenski vzorec oblikuje na skriti, težko dostopni populaciji LGBTQ+ starejših odraslih. Vključitveni merili, ki so jih intervjuvane osebe morale izpolnjevati, sta bili minimalna starost 50 let in da se samoopredeljujejo kot LGBTQ+ osebe. V tabeli 5 predstavljamo osnovne značilnosti anketiranih oseb. Povprečna starost anketiranih oseb je bila 56,2 let. Najstarejši intervjuvanec je bil moški, star 69 let. V vzorec smo zajeli štiri istospolno usmerjene moške, eno istospolno usmerjeno žensko, enega biseksualnega moškega in štiri transspolne ženske. Ugotovili smo, da so nekatere skupine znotraj dežnika LGBTQ+ starejših odraslih težje dostopne. To so recimo ženske, istospolno ali biseksualno usmerjene, in transspolni moški, ki jih nismo mogli najti niti s pomočjo društva TransAkcija. Anketiranje smo zaključili pri enajstih osebah, saj smo opazili, da se odgovori ponavljajo in z večanjem števila anketiranih oseb ne pridobivamo novih informacij.

Tabela 5: Osnovne značilnosti intervjuvanih oseb

Oseba	Starost	Spol, dodeljen ob rojstvu	Spolna usmerjenost	Spolna identiteta
Oseba 1	59	moški	biseksualna	moški
Oseba 2	50	moški	istospolna (gej)	moški
Oseba 3	50	moški	istospolna (gej)	moški
Oseba 4	60	moški	istospolna (gej)	moški
Oseba 5	63	moški	istospolna (gej)	moški
Oseba 6	69	moški	istospolna (gej)	moški
Oseba 7	51	moški	istospolna (lezbijka)	transspolna ženska
Oseba 8	52	moški	istospolna (lezbijka)	(transspolna) ženska
Oseba 9	54	moški	heteroseksualna	transspolna ženska
Oseba 10	58	moški	istospolna (lezbijka)	(transspolna) ženska
Oseba 11	52	ženski	istospolna (lezbijka)	ženska

Vir: Lastni vir 2023.

5.4 Postopek analize podatkov

Analiza z intervjujem pridobljenih podatkov je potekala s programskim orodjem NVivo, verzija 14.23.2 (46). Potek kvalitativne vsebinske analize intervjujev je zajemal naslednje faze:

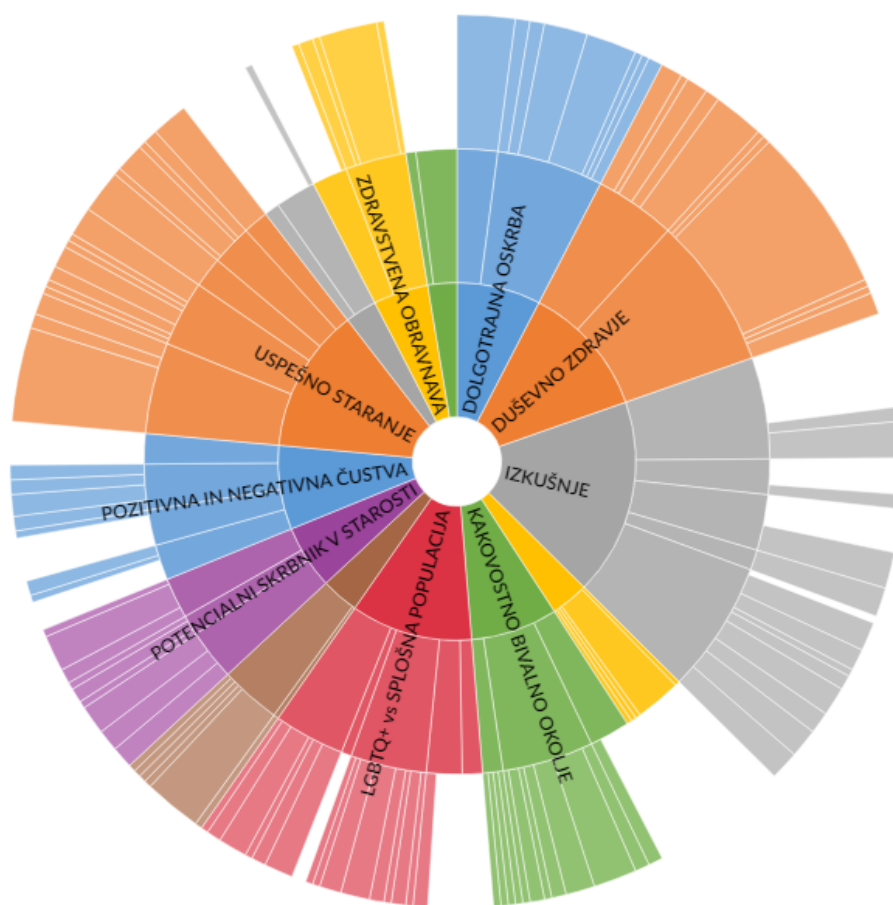
- dobesedni prepis zvočnih posnetkov (transkripcija),
- pregled transkripta in šifriranje izjav,
- postopek kodiranja z iskanjem pomenskih delov teksta, ki odgovarja na raziskovalno vprašanje in
- faza kategoriziranja oz. sinteza kod v tematske sklope (Adam idr. 2012).

Postopek kvalitativne vsebinske analize je potekal po Adam idr. (2012) z nadgradnjo funkcij, ki jih omogoča programsko orodje NVivo.

5.5 Rezultati kvalitativne raziskave

V tem podpoglavju predstavljamo rezultate kvalitativne vsebinske analize, s katero smo analizirali podatke, ki smo jih pridobili s poglobljenimi intervjuji. Pri tem smo izbrali deduktivni pristop (Dahl 2017, 51), kjer predstavljamo rezultate od splošnega k posameznemu. Na začetku predstavljamo glavne teme in odnose med njimi, ki so bili narejeni s programskim orodjem NVivo. V drugem delu pa bomo natančno predstavili vsebinsko zasnovo posameznih kategorij, podkategorij in kod ter jih podkrepili z izjavami intervjuvanih oseb.

Slika 4: Hierarhični krog razvrstitve dobljenih tem glede na število citatov



Vir: Lastni vir 2023.

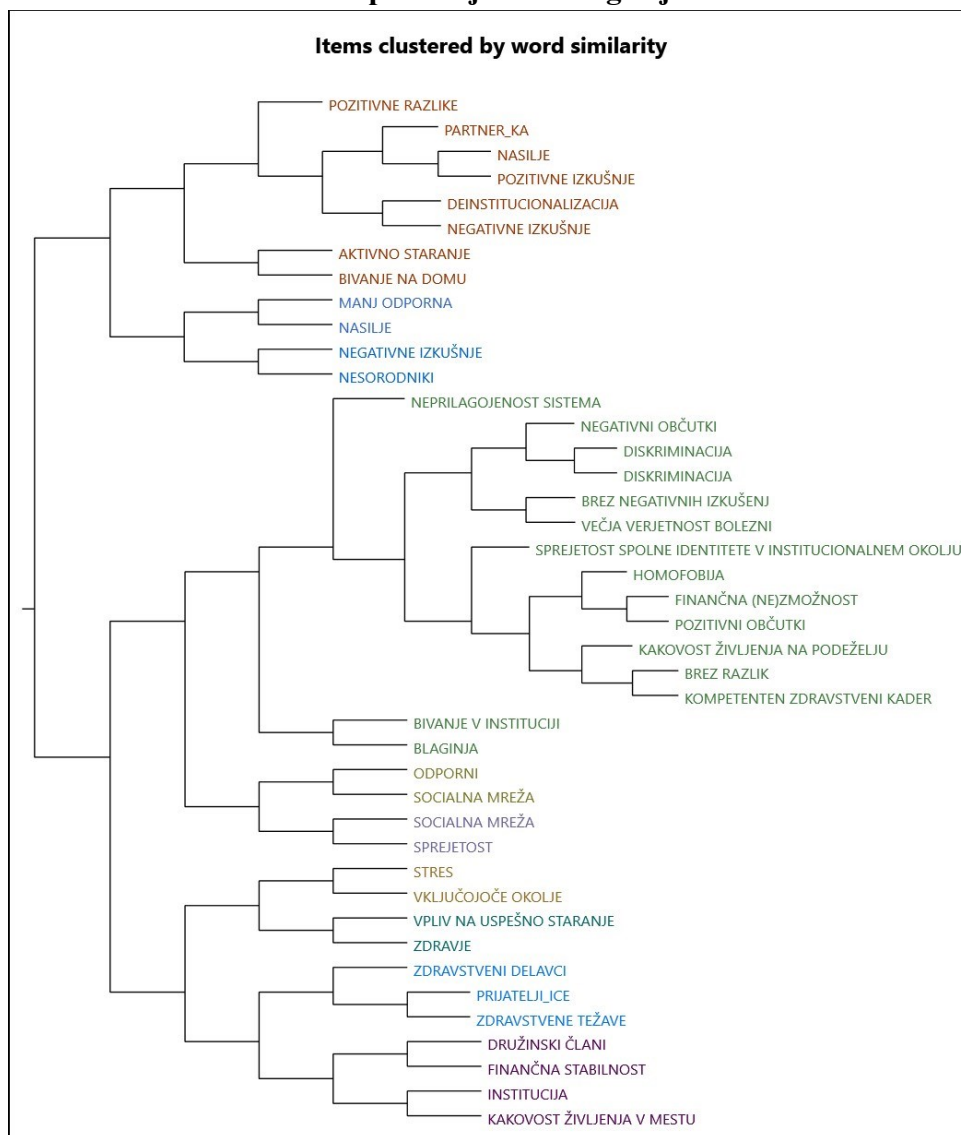
Slika 4 prikazuje izsledke kvalitativne vsebinske analize, ki smo jo izvedli na treh nivojih: kodiranje – kategorizacija – tematizacija. Kvalitativna vsebinska analiza je identificirala deset osrednjih tem, ki so razvrščene v hierarhičnem odnosu glede na njihovo zastopanost. Tema, ki je bolj zastopana v poglobljenih intervjujih, predstavlja večji del hierarhičnega kroga. V notranjem krogu so prikazane osrednje teme, ki so poimenovane, naslednji krog

nad njimi predstavlja razčlenitev temeljnih kategorij, tretji krog pa predstavlja identificirane kode znotraj posameznih kategorij. Zastopanost posamezne teme smo izračunali na podlagi razčlenitve nižjih nivojev ter števila citatov znotraj posamezne identificirane teme.

Rezultati na sliki 4 kažejo, da so anketirane osebe največ pozornosti namenile (negativnim) izkušnjam, ki so jih doživele v svojem življenju zaradi svoje spolne usmerjenosti ali spolne identitete. Nato sledi kategorija uspešno staranje, kjer so anketirane osebe predstavile svoj pogled, kaj je uspešno staranje. Manjše pozornosti so bile deležne teme, kot je nasilje in dostopnost zdravstvenih ter socialnih storitev.

Z metodo razvrščanja v skupine, t. i. klaster analizo, smo želeli ugotoviti, kako so kategorije med seboj povezane in kakšne so njihove relacije. Pri tem nas je zanimalo, v kakšnem medsebojnem odnosu so kategorije z vidika nadrejenosti oz. podrejenosti ali odmaknjenosti glede na njihovo različnost. Dendogram na sliki 5 prikazuje vsebinsko povezanost posameznih kategorij.

Slika 5: Klastrska analiza pridobljenih kategorij



Vir: Lastni vir 2023.

Zanimalo nas je, kako LGBTQ+ starejši odrasli pojmujejo uspešno staranje. Ključni dejavniki uspešnega staranja so po mnenju intervjuvanih oseb zdravje, finančna stabilnost, blaginja, vključujoče okolje in aktivno staranje. Vsi ti se prepletajo z dejavniki kakovosti življenja in zadovoljstva z življenjem. Oseba 5 si uspešno staranje razlaga tako, »da ohranim določeno kvaliteto življenja«. Tabela 6 prikazuje, da največ kod (18) sestavlja kategorijo aktivno staranje, zato lahko sklepamo, da je ta kategorija za intervjuvane osebe najpomembnejša. Oseba 3 aktivno staranje pojasnjuje z besedami: »delam, sem ustvarjalen /.../ živim aktivno polno življenje«. Oseba 5 pa to podkrepi še z besedami: »da lahko delam to, kar sem počel do zdaj.« Pomemben dejavnik, ki ga moramo izpostaviti je še finančna stabilnost. Oseba 10 poleg blaginje izpostavlja ravno finančni vidik z besedami: »Kaj pa več rabiš (kot to, da si srečen). Dobro je, če bi bil kak evro več, se ne bi sekirala, a ne.«

Tabela 6: Dejavniki uspešnega staranja po mnenju intervjuvanih oseb

Tema	Kategorija	Kode
USPEŠNO STARANJE (46)	zdravje (5)	odsotnost bolezni
	finančna stabilnost (6)	materialni pogoji
	blaginja (13)	zadovoljstvo z življenjem
		kakovost življenja
		svobodno življenje
		sreča
	vključujoče okolje (4)	vklučenost v skupnost
		socialna mreža
		imeti nekoga za pomoč
		socialno varstveni zavod
	aktivno staranje (18)	aktivno življenje
		mentalna aktivnost

Vir: Lastni vir 2023.

Želeli smo ugotoviti, ali so intervjuvane osebe v svojem življenju zaznale homo-, bi- ali transfobijo, stigmo ali kakšne druge težave, ki bi nastale zaradi družbenih norm, ter kako se to odraža na zdravstvenem stanju. Tukaj smo osnovali skupno pet kategorij – diskriminacija, homofobija, nasilje, zdravstvene težave in sprejetost. Ugotavljamo, da glede na število kod prevladujeta kategoriji diskriminacija in zdravstvene težave. Diskriminacija se lahko v posameznikovem življenju pojavi že zelo zgodaj. Oseba 10 pove: »*V preteklosti, torej, sem doživljal diskriminacijo v šoli.*« Kako še vedno doživlja diskriminacijo zaradi svoje spolne usmerjenosti, je oseba 5 opisala z besedami: »*Tako da, to je še zmeraj ... zlasti, ko je izšla zbirka za otroke. Ko so videli, kdo je avtor. Čeprav nimam nobenih ... pesmi so za otroke in so pač, vse pesmi niso heteronormativne, ampak ko so videli, kdo je avtor, je bil to problem. In niso hoteli knjige vzet v knjižnicah. Niso hoteli, da pridem in nastopim itd.*«

Zanimiva je izjava biseksualno usmerjenega moškega glede diskriminacije, ki pravi: »*Dejansko nobene diskriminacije, ker okolica ne ve.*« Iz povedanega lahko sklepamo, da je strah pred razkritjem velik in v intervjuju izvemo, da je poročen, ima družino in tako rekoč živi dvojno življenje. Ker za njegovo biseksualno spolno usmerjenost ne ve nihče, razen žene, ne doživlja nobene diskriminacije v družbi. Kategorijo z največ kodami smo poimenovali zdravstvene težave. LGBTQ+ starejši odrasli izpostavljajo težave z duševnim zdravjem, ki se odražajo z doživljanjem tesnobe, prisotnim strahom, stresom, depresijo idr. Ena izmed transspolnih žensk izpostavi: »*Padla sem v depresijo zaradi spremembe spola.*« Gej, star 63 let, doživljanje stresa opiše takole:

Tako da, a veš, to so lahko zelo travmatične stvari in ... kaj sem hotel reči... to sem hoto reči, mi v LGBT skupnosti, mi ne prihajamo iz klozeta samo enkrat. Mi se moramo v

življenju razkrit praktično vsak dan in to je izredno stresno.« In dodaja, da je prisoten strah: »Še zmeraj ta strah pred razkritjem, je še zmeraj velik tako na vzhodu, zahodu, v centralni Evropi, povsod. Ker nikoli ne veš, kako bo družina in tvoj najbližji krog reagiral, ali boš sprejet ali pa te bodo zavrgli. (Oseba 5)

Posledice družbenih norm v vsakodnevem življenju na duševno zdravje 50-letni gej opiše takole: »... na ravni tesnobe, a ne, ko se ti pritiski, strahovi, manifestirajo v nekem dolgem obdobju, pusti zagotovo neke sledi na duševnem zdravju človeka.« (Oseba 2) Da je razkritje spolne usmerjenosti (angl. coming out) stresen proces, opisuje tudi 50-letni gej: »Je pa seveda res, da v tistih zgodnjih dvajsetih, ko sem se razkril doma in v krogu prijateljev, da je bilo to v nekem psihološkem smislu velik pritisk.« (Oseba 3)

52-letna istospolno usmerjena ženska izpostavi, da so negativne izkušnje v družbi (doživljanje nasilja) vplivale na njeno politično angažiranost: »Zaradi enega takega nasilja in sovraštva sem imela posledice ne direktno na zdravje, ampak na mojo politično angažiranost, tako ene 10 let si nisem upala na protest.« (Oseba 11)

Tabela 7: Izkušnje LGBTQ+ starejših odraslih, vezane na spolno usmerjenost, spolno identiteto in/ali spolni izraz zaradi družbenih norm

Tema	Kategorija	Kode
ŽIVLJENJSKE IZKUŠNJE (68)	diskriminacija (20)	diskriminacija nerazkritost
	homofobija (7)	homofobija ponotranjena homofobija
	nasilje (11)	verbalno nasilje druge oblike nasilja
	zdravstvene težave (26)	depresija
		jeza
		manjšinski sindrom
		psihološki pritisk
		strah
		stres
		tesnoba
	sprejetost (4)	sprejetost v družbi

Vir: Lastni vir 2023.

Izpostaviti velja tudi pozitivne izkušnje nekaterih anketiranih oseb. Transspolna ženska opiše, da ni bila deležna nobene transfobije, z besedami: »Ne. Sem prav presenečena nad tem. Ljudje so me skoz poznali, vejo kak sem. Pa veš, da tole je mali kraj, nisem nikoli ... nič ni bilo dejansko. Ker te poznajo od prej, verjetno. Zato pa tut pravijo eni, da starejši nekak lažje pridejo čez to tranzicijo.« (Oseba 10)

Vse izkušnje, ki jih doživljajo LGBTQ+ odrasli, se različno manifestirajo v njihovem življenju. Večina intervjuvanih oseb je bila deležna različnih oblik nasilja in podvržena doživljanju stresa, kar se manifestira na duševnem zdravju. 50-letni istospolno usmerjen moški opiše svoje doživljanje nasilja: *»Če govorimo o psihičnem in verbalnem nasilju, tega je bilo ogromno. Če ne drugega, so teksti o LGBT tematikah na socialnih omrežjih in spletnih medijih grozljivo žaljivi in sovražni komentarji. In ko to človek bere, je to neka oblika psihičnega in verbalnega nasilja, ki ga doživlja.«* (Oseba 3) Biseksualno usmerjen moški izpostavlja, da ni bil deležen nasilja, ker svojo spolno usmerjenost skriva. Pravi: *»Nasilja nisem bil deležen, razen verbalnega, od žene, takrat ko je izvedela.«* (Oseba 1) O krutosti psihičnega nasilja je 63-letni istospolno usmerjeni moški povedal: *»Ampak veš, samo včasih je psihično nasilje še bolj kruto kot fizično nasilje. Pred fizičnim nasiljem se človek nekako lažje braniš, se mi zdi, kot pred nekim psihičnim izsiljevanjem, zlasti emocionalno izsiljevanje, izredno, izredno naporno.«* (Oseba 5)

Tabela 8: Doživljanje stresa ali nasilja zaradi spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete in/ali spolnega izraza

Tema	Kategorija	Kode
DUŠEVNO ZDRAVJE (44)	nasilje (16)	psihično nasilje verbalno nasilje fizično nasilje druge oblike nasilja
	stres (28)	boj za pravice brez otrok duševne težave nelagodje strah psihični pritisk slaba volja

Vir: Lastni vir 2023.

Zanimiva je ugotovitev, da se LGBTQ+ starejši odrasli v vsakodnevnem življenju samocenzurirajo. 52-letna istospolno usmerjena ženska opiše samocenzuro: *»Ker vedno paziš, kaj boš rekel, kako boš določeno stvar povedal. Ni nujno, da lažeš, ampak zmeraj poveš na nek kodiran način in to je zelo naporno. Stalno prikrivanje, stalno pretvarjanje.«* (Oseba 11) 59-letni biseksualni moški dodaja: *»... ne moreš biti sproščen, ne moreš, kaj jaz vem, odkrito se z nekom pogovarjat, zelo težko se pogovarjaš odkrito, res kaj to čutiš z nekom, sploh ne doma.«* (Oseba 1)

V nadaljevanju predstavljamo izkušnje intervjuvanih oseb pri dostopnosti zdravstvenih in socialnih storitev. Tukaj opazimo, da so vse intervjuvane osebe izpostavile zdravstvene storitve. Kode smo razvrstili v dve kategoriji – pozitivne izkušnje in zdravstveni delavci.

Temo smo poimenovali zdravstvena oskrba. LGBTQ+ starejši odrasli so v svojem življenju doživeli kar nekaj slabih izkušenj pri dostopu do zdravstvene oskrbe. Mnogi izpostavljajo predvsem nekompetentnost zdravstvenih delavcev v povezavi z LGBTQ+ vprašanji. 50-letna istospolno usmerjena moška opišeta vsak svojo izkušnjo:

»Sem pa enkrat vprašal zdravnico, če bi lahko bila to oralna klamidija. In pol je rekla, ja kako, kaj pa je to? Kako pa to dobiš?« (Oseba 2)

Moja osebna zdravnica ni specializirana za vprašanja LGBT. /.../ Če grem recimo k dermatovenerologu, ker imam kondilome, bo dermatovenerolog pogledal samo zunanjo stran anusa, a ne. Ne bo pa pogledal not. Kondilomi so lahko tudi not. Zato bom moral poiskati drugega specialista, proktologa, ki bo pogledal še not. Če bi človek imel malo pojma o gejevskem seksualnem življenju, bi že dermatovenerolog lahko recimo ta vprašanja razrešil. (Oseba 3)

Težave z zdravstvenim sistemom opaža tudi transspolna ženska, ki ugotavlja, da je v Sloveniji problem pri zagotavljanju hormonske terapije, in pravi: *»Težava pa je hormonska terapija. Imajo estrogen, pa nimajo estrogen, pa sploh ne poskrbijo da ti prideš do kakega nadomestila ... če recimo ampule, injekcije estrogena ni, te zdravnica sploh ne pokliče, ti moraš prosit, vprašat, a dajejo kako nadomestilo, tako da je zelo neorganizirano.« (Oseba 9)*

Tabela 9: Dostopnost zdravstvene oskrbe

Tema	Kategorija	Kode
ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA (19)	zdravstveni delavci (12)	odnos zaposlenih nezagotavljanje hormonske terapije nekompetentnost zdravstvenih delavcev pisanje napotnic za infektologa diskriminacija
	pozitivne izkušnje (7)	nobenih težav nerazkritost svoje spolne usmerjenosti brez negativnih izkušenj

Vir: Lastni vir 2023.

Nekatere intervjuvane osebe pa tekom svojega življenja še niso bile deležne negativnih izkušenj pri dostopu do zdravstvene oskrbe. Razlogi so različni. Istospolno usmerjena ženska pojasni, zakaj še ni doživela nobene negativne izkušnje: *»Zaradi tega, ker imam pač otroka in ne izgledam lezbijka. Se predpostavlja, da sem heteroseksualna in v bistvu bi se mogla kar naprej razkrivat, da bi me drugi videli kot lezbijko.« (Oseba 11)*

Izpostavili smo že, da nekateri svojo spolno usmerjenost skrivajo. Biseksualno usmerjeni moški svojo spolno usmerjenost skriva tudi pred osebnim zdravnikom, zato nima nobenih težav: *»Ne, noben ne ve tega, niti osebni zdravnik, tak da zaradi tega nimam težav.«* (Oseba 1)

V nadaljevanju smo anketirane osebe povprašali, kakšne misli pri njih vzbudi misel na prihajajočo starost, za LGBTQ+ osebe je namreč manj verjetno, da imajo otroke. Pri tem vprašanju smo kode lahko razvrstili v štiri kategorije – pozitivni in negativni občutki, socialna mreža in večja verjetnost bolezni. Osebe, ki ob misli na starost doživljajo pozitivne občutke, so izpostavile predvsem številne življenjske izkušnje in pridobljeno modrost ob tem. 50-letni istospolno usmerjeni moški razmišlja tako:

Na eni strani se je veselim zaradi tega, ker s starostjo prihajajo izkušnje in prihajajo tudi neke vrste pristopi: zdaj sem pa že dovolj star, da me ne bo noben jebal v glavo. In se ne pustiš več okrog prinašat ali pa imaš manj potrpljenja in tolerance do ljudi, ki so nesramni, nasilni ali pa tko. Tako da tega dela se veselim, veselim se tistega dela, ko nekaj v življenju že veš in lahko v resnici toliko bolj suvereno živiš. Veselim se tudi, ker me zanima, kakšna bo ta starost. (Oseba 3)

Več oseb je izpostavilo, da jih je strah, v kakšnem okolju bodo v starosti živeli. Vprašanje, ki se jim ob tem pojavi je, ali bodo v institucionalnem okolju morali spet v klozet, kot to pove 50-letni istospolno usmerjeni moški: *»Jaz upam, da mi v starosti ne bo treba v klozet.«* (Oseba 2) O minljivost ob umiranju prijateljev in zmanjševanju socialne mreže je takole razmišljal 69-letni istospolno usmerjeni moški:

Saj veš, po navadi se družiš z vrstniki iz podobno generacije, kot si ti sam ali pa še malo starejšimi. Jaz imam npr. prijatelje, ki so stari recimo 90, 80, 70, tako da to je en faktor, ki se ga potem počasi začneš zavedat, ko si starejši. Ko začneš izgubljat ljudi, ki so ti dragi. To so potem drugačne življenjske izkušnje, ki so nepovratne, če tako hočeš, če lahko tako rečem. Če človeka izgubiš na tak način, odide za zmeraj. To so boleče izgube in sčasoma potem to preboliš, ampak tisti ljudje, ko odidejo, jih potem ni več nazaj. Tako da to je potem ena stvar, ki se je zavedam z leti vse bolj. (Oseba 6)

Tabela 10: Misel na starost

Tema	Kategorija	Kode
POZITIVNA IN NEGATIVNA ČUSTVA (29)	pozitivni občutki (7)	izkušnje skrb zase življenjska modrost biti to, kar si lepi občutki
	negativni občutki (7)	skrb staranje prebivalstva grozni občutki zaskrbljenost spreminjanje telesa strah pred ponovnim klozetom
	socialna mreža (9)	podpora partnerja staranje brez otrok strah pred osamljenostjo umiranje prijateljev
	večja verjetnost bolezni (6)	revma starostne bolezni čutim svoja leta strah pred boleznijo strah, da bi bil kot rastlina

Vir: Lastni vir 2023.

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali imajo LGBTQ+ starejši odrasli v življenju osebo, ki ji lahko popolnoma zaupajo. Pri tem sta se izoblikovali dve skupini. Največ anketiranih oseb zaupa prijateljicam_em, drugi pa zaupajo partnerki_ju. 63-letni istospolno usmerjeni moški pravi takole: *»Zaenkrat je ta oseba moj partner. Saj pravim, to je neke vrste privilegiran položaj, če hočeš. Ogromno oz. veliko ljudi iz LGBT skupnosti nimajo partnerje, tako da jaz imam srečo in dokler bova zdrava, bova čuvala drug drugega in upam, da bo tako še dolgo in do konca.«* (Oseba 6)

52-letna istospolno usmerjena ženska pa pravi, da spolna usmerjenost nima vpliva na to, kdo so osebe, ki jim zaupa. Takole odgovarja: *»Ja, to je več oseb, to so prijateljice. Ampak to bi bilo isto, tudi če bi bila heteroseksualna. Zihér ne bi bili starši tisti, ki bi jim najbolj zaupala.«* (Oseba 12)

Tabela 11: Oseba, ki ji LGBTQ+ starejši odrasli zaupajo

Tema	Kategorija	Kode
ZAUPANJA VREDNA OSEBA (11)	prijatelji (8)	kolega družinski prijatelji prijatelja prijateljice transspolne prijateljice sodelavka
	partner (3)	partner žena

Vir: Lastni vir 2023.

Na koga se bodo LGBTQ+ starejši odrasli zanesli v starosti oz. kdo bo skrbel za njih, ko bodo potrebovali tujo pomoč? Pri tem imajo deljena mnenja. Nekateri se zanašajo na pomoč družinskih članov, kot recimo 50-letni istospolno usmerjeni moški: *»Tako da hočem reči, pri teh letih je težko reči, kdo bo za koga lahko skrbel. V osnovi pa nimam back up-a neke mlajše generacije, razen mogoče nečakov.«* (Oseba 3) Drugi se zanašajo na pomoč partnerke_ja. Med takimi je tudi biseksualno usmerjeni moški: *»Ja mislim, da žena. Če bo ostala tak, kot je do zdaj, potem ona. Na nekoga drugega se zelo težko zanesem ali pa da bi rekel, da bo.«* (Oseba 1) In nato dodaja, da se bo lahko zanesel tudi na otroke: *»Ja, pa tudi otroci, vsekakor, imam dve hčeri, vsekakor tudi hčeri.«* (Oseba 1) Večina anketiranih oseb pa se zanaša na pomoč prijateljev. Tako pravi istospolno usmerjeni moški: *»To so člani družine izbire. Jaz jih tako imenujem. To je štiri, pet zelo tesnih prijateljev, ki jim tudi lahko zaupam, marsikaj. S katerimi imamo to prijateljstvo kar dolgoletno. Te ljudi uvrščam jaz v svojo družino izbire.«* (Oseba 3)

Nekatere anketirane osebe so izpostavile, da vidijo pomoč v starosti v obliki različnih institucij, predvsem manjša varovana stanovanja, specializirana za LGBTQ+ osebe. Istospolni moški pripoveduje: *»Najbolj idealna situacija bi seveda bila, to težko vidim, da bi se to zgodilo, da bi obstajal nek LGBT prostor, ki bi preprečeval te ponovne vstop v klozet ipd. Čeprav jaz bi imel LGBT pa LGBT friendly. Zaradi tega, ker mi je fajn, če so tudi skulirani strejt ljudje zraven. Včasih so ti ozki LGBT krogi mal klavstrofobični. Skratka, idealen bi bil dom, ki bi zelo jasno sporočal, da je LGBT friendly.«* (Oseba 2)

Tabela 12: Potencialni skrbnik v starosti

Tema	Kategorija	Kode
POTENCIALNI SKRBNIK V STAROSTI (22)	družinski člani (10)	otroci
		nečaki_nje
		partner_ka
	institucionalno okolje (4)	dom za starejše
		LGBTQ+ dom za starejše varovana stanovanja
	nesorodniki (8)	člani družine izbire
		prijatelji_ice sosede

Vir: Lastni vir 2023.

Želeli smo ugotoviti, ali okolje bivanja (urbano ali ruralno), kjer živijo anketirane osebe, vpliva na njihovo uspešno staranje. Rezultate prikazujemo v tabeli 13. Pri tem anketirane osebe izpostavljajo prednosti življenja v mestu, prednosti življenja na podeželju in različne vplive okolja na uspešno staranje. Da je bivanje v velikih mestih za LGBTQ+ populacijo boljše, razmišlja transspolna ženska: »V velikih mestih je drugače, v velikih mestih se ljudje ne ukvarjajo z drugimi ljudmi, ker je masa ljudi. In jih boli k..., kaj kdo misli, kaj kdo reče. To je razlika. Tlele pa se vsi ukvarjajo s tem, kaj bo kdo rekel.« (Oseba 9)

Tabela 13: Kakovostno bivalno okolje

Tema	Kategorija	Kode
KAKOVOSTNO BIVALNO OKOLJE (30)	kakovost življenja na podeželju (8)	manj stresa
		imam vrt
		me ne utesnjuje
		človek odprtega prostora
		uživava na podeželju
		narava
		počasen ritem
	kakovost življenja v mestnem okolju (18)	sprehod
		kulturno življenje
		progresivno okolje
		nudi zasebnost
		bližina storitev
mir		
udobnost bivanja		
vpliv na uspešno staranje (4)	socialna mreža	
	vas me ne bi sprejela	
	okolje bivanja vpliva na staranje	
	okolje negativno vpliva na staranje	

Vir: Lastni vir 2023.

Nasprotno pa meni druga transspolna ženska, ki pravi: »Živim na vasi. Mislim, da prej pozitivno. Narava. Jaz sem sicer to lisičko kupila (psička), da grema na sprehod, ko sem šla v penzijo. Težko si predstavljam, da bi mogla v mestu živeti v stanovanju. Tukaj sem vajena, tukaj sem odrasčala.« (Oseba 10)

Mnenja o tem ali bivanjsko okolje pozitivno ali negativno vpliva na uspešno staranje, so deljena. Istospolno usmerjeni moški opisuje pozitivne učinke ruralnega okolja na uspešno staranje: »Jaz sem odrasčal v tem okolju (na vasi), pa potem bil 15 let v Ljubljani in se vrnil nazaj. In vrnil sem se nazaj zaradi tega, ker sem se zadušil v Ljubljani. Se mi zdi, da je tole okolje kljub vsemu tako manj stresno, več priložnosti mi načeloma ponuja.« (Oseba 3)

V nadaljevanju smo preverjali, v kakšnem okolju želijo LGBTQ+ starejši odrasli prejemati dolgotrajno oskrbo, če bo to potrebno. Pri tem sta se izoblikovali dve kategoriji – domače in institucionalno okolje (tabela 14). Biseksualno usmerjena ženska razmišlja tako:

Odvisno, kakšno bi bilo to institucionalno okolje. Sigurno bi to moralo biti LGBT okolje. To se pravi, da ne dom za stare z 200 starostniki, ki so po nekem naključju tam, ne glede na njihove ne vem kakšne vse preference. Ampak neko okolje, ki omogoča pristen stik med tistimi, ki tam živijo. Ki ni veliko, ki omogoča neko avtonomijo odločanja o sebi glede telesa,

hrane, druženja, pač kdo tam dela itn. Majhna skupnost do maksimalno 15 ljudi, pa že to je veliko. Z vsem kar je možno, z živalmi, medicinskim osebjem, psihološko podporo, nekim kulturnim, kreativnim življenjem. (Oseba 11)

Iz povedanega je razvidno, da je preferenca LGBTQ+ oseb v starosti bivanje v mali skupnosti, ki je namenjena LGBTQ+ osebam ali pa je vsaj LGBTQ+ prijazna. Tako pravi tudi 50-letni istospolno usmerjeni moški: *»Če bi bilo institucionalno okolje, bi želel, da je LGBT prijazno oz. ne samo LGBT prijazno, ampak da je bolj LGBT okolje.«* (Oseba 3)

Tabela 14: Dolgotrajna oskrba

Tema	Kategorija	Kode
DOLGOTRAJNA OSKRBA (29)	domače okolje (8)	doma domače okolje v domači oskrbi
	institucionalno okolje (21)	dom za starejše institucionalno varstvo varovano stanovanje dom LGBT co-housing LGBT dom za starejše vključujoče okolje selitev v tujino kakovostno življenje

Vir: Lastni vir 2023.

V domači oskrbi, v domačem okolju si želi biti manjši del intervjuvanih oseb. 60-letni istospolno usmerjeni moški podkrepí to z besedami: *»V kolikor bom sposoben za sebe poskrbeti, predvsem osebna higiena, potem doma.«* (Oseba 4)

Teorija o staranju LGBTQ+ oseb govori o številnih izkušnjah, ki so vplivale na življenje LGBTQ+ oseb. Preveriti smo želeli, kakšnih je bilo več, pozitivnih ali negativnih. Preseneča nas, da je večina anketiranih oseb izpostavila pozitivne izkušnje. Negativnih izkušenj se nočejo spominjati. Tako pravi 58-letna transspolna ženska: *»Bi reku kar, tudi če je negativna, pa da je na koncu nekaj pozitivnega, lahko rečemo, da je bilo večinoma pozitivno. Saj nekaj si se moral naučiti iz vsega tega. Zdaj tak razmišljam. Kot je tudi pregovor, kar te ne ubije, te okrepi. Ne?«* (Oseba 10) Istospolno usmerjeni moški razmišlja sledeče: *»Kvantitetno bi sigurno rekel, da je bilo več negativnih, ker se začnejo že zelo zgodaj v življenju, še preden dojameš, kakšna je tvoja spolna identiteta/izraz/usmerjenost.«* (Oseba 3)

Tabela 15: Življenjske izkušnje LGBTQ+ starejših odraslih

Tema	Kategorija	Kode
ŽIVLJENJSKE IZKUŠNJE (10)	pozitivne izkušnje (8)	sprejetost biseksualne izkušnje pozitivne izkušnje več pozitivnih
	negativne izkušnje (2)	nezaželenost manjvrednost marginalnost negativne izkušnje

Vir: Lastni vir 2023.

Zadnje vprašanje smo namenili teoriji odpornosti, ki pravi, da so LGBTQ+ osebe zaradi vseh izkušenj v življenju postale sčasoma bolj odporne. Do enakega spoznanja smo v tej raziskavi prišli tudi mi. Skoraj vse anketirane osebe izpostavljajo, da so z leti postale bolj odporne, imune. Istospolno usmerjeni moški pravi: *»Ja, sigurno sem postal močnejši. Jaz zmeraj pravim, da sem mali buldog, ker se ne dam. Fizično sem nič kaj posebnega, eno majhno bitje, krhko bitje, ampak sem trmast in vztrajen, saj veš, kar te ne ubije, te naredi močnejšega, pravijo Angleži.«* (Oseba 6) Transspolna ženska pa pravi: *»Absolutno sem postala močnejša. Vse izkušnje, pozitivne in negativne, te naredijo, zrasteš, kako bi rekla, te zgradijo v močnega človeka. Ne pridejo ti do živega več, a ne? Se ne ukvarjaš z ... mislim, da že to, da te ne prizadene več nobeden komentar, si zrasto.«* (Oseba 9)

Tabela 16: Odpornost LGBTQ+ starejših odraslih

Tema	Kategorija	Kode
ODPORNOST (13)	odpornost (12)	močnejša_i odporen razgledan samozavest vključujoč pozitivna diskriminacija ojačali so me
	neodpornost (1)	ranljiv_a travmatizirana

Vir: Lastni vir 2023.

5.6 Etični vidik raziskovanja

Etična komisija na Univerzi Alma Mater Europaea je izdala sklep št. 14/2022–23, da sta merski instrument in kvalitativna raziskava skladna z vsemi etičnimi vidiki raziskovalnega

dela. Namen komisije je varovanje pravic in dostojanstva vseh udeležencev v raziskovalnem procesu ter zagotavljanje, da je raziskava izvedena v skladu z veljavno zakonodajo in etičnimi smernicami. Raziskava upošteva tudi vse smernice Helsinške deklaracije, da pri raziskavi na človeku korist za znanost in za družbo nikoli ne sme prevladati nad skrbjo za dobrobit in blaginjo posameznice_ka (Goodyear idr. 2007, 624–625). Prav tako so bile upoštevane vse smernice Oviedske konvencije (Andorno 2005, 133), anketirane osebe pa so pred sodelovanjem podale prostovoljno in informirano soglasje.

6 EMPIRIČNI DEL – KVANTITATIVNA RAZISKAVA

6.1 Namen in cilji

Namen raziskave je ugotoviti, ali dejavniki uspešnega staranja vplivajo neposredno na zadovoljstvo z življenjem in posredno na dobro počutje/subjektivno blaginjo preko zadovoljstva z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.

Pri tem smo izoblikovali naslednje cilje:

- Z metodo poglobljenih individualnih intervjujev pridobiti kvalitativne podatke LGBTQ+ starejših odraslih, ki bodo podlaga za razvoj lastnega merskega instrumenta in vsebinska dopolnitev rezultatov kvantitativne raziskave.
- S statističnimi metodami preveriti, ali dejavniki uspešnega staranja vplivajo na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.
- S statističnimi metodami preveriti, ali zadovoljstvo z življenjem vpliva na subjektivno blaginjo oz. dobro počutje pri LGBTQ+ starejših odraslih.
- S statistično analizo ugotoviti moč in način povezav med dejavniki uspešnega staranja, zadovoljstvom z življenjem in dobrim počutjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.

6.2 Raziskovalne hipoteze

Po pregledu literature ugotavljamo, da se zaradi demografskih sprememb, kot je upad rodnosti, delež starejših odraslih v Sloveniji in tudi v drugih razvitih državah povečuje. Življenjska doba se podaljšuje in družba se stara. Starejši odrasli so zelo heterogena skupina prebivalstva, ki se razlikuje glede na potrebe, zdravstveno stanje in druge značilnosti. Skladno z rastjo deleža starejših odraslih v večinski populaciji raste tudi delež LGBTQ+ starejših odraslih. Ugotavljamo, da so LGBTQ+ starejši odrasli spregledana manjšina prebivalstva, ki se dodatno razlikuje od večinske populacije. Še vedno se soočajo s stigmo, diskriminacijo, homo-, bi- in/ali transfobijo, imajo otežen dostop do zdravstvene in socialne oskrbe idr. Zaradi teh in drugih razlik predpostavljamo, da prihaja do razlik v zadovoljstvu z življenjem in subjektivni blaginji. Staranje LGBTQ+ oseb je slabo raziskano področje in mu je potrebno v prihodnje nameniti večjo pozornost. Ker projekcije nakazujejo, da se bo trend staranja prebivalstva še nadaljeval, je potrebno nameniti pozornost tudi LGBTQ+ starejšim odraslim in jim omogočiti uspešno staranje in zadovoljstvo z življenjem tako kot večinski populaciji.

Raziskovalni problem je aktualen, saj želimo, da se tudi LGBTQ+ starejši odrasli uspešno starajo, so zadovoljni z življenjem in se dobro počutijo. Predpostavljamo, da jim lahko z

upoštevanjem mavričnega modela uspešnega staranja zagotovimo subjektivno blaginjo in zadovoljstvo z življenjem.

Na podlagi teoretičnih izhodišč, predstavljenih v teoretičnem delu, izhajajoč iz hipotetičnega teoretičnega modela in raziskovalnih ciljev, smo oblikovali teoretični model in raziskovalno vprašanje: **Kako so dejavniki uspešnega staranja povezani z zadovoljstvom z življenjem in subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih?**

V skladu z raziskovalnim vprašanjem je bila oblikovana tudi teza doktorske disertacije, ki pravi, da **dejavniki uspešnega staranja vplivajo na zadovoljstvo z življenjem in da zadovoljstvo z življenjem vpliva na subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih.**

Teoretični model bomo preverili z naslednjimi hipotezami:

H₁: Fizično zdravje kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.

H₂: Duševno zdravje kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.

H₃: Socialna mreža kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.

H₄: Bivanjsko okolje kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.

H₅: Integrirana socialna in zdravstvena oskrba kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.

H₆: Zadovoljstvo z življenjem vpliva na dobro počutje LGBTQ+ starejših odraslih.

Pri tem smo opredelili tudi splošno hipotezo, ki pravi, da dejavniki uspešnega staranja vplivajo na zadovoljstvo z življenjem, le-to pa vpliva na dobro počutje LGBTQ+ starejših odraslih.

6.3 Merski instrument

Za pridobitev kvantitativnih podatkov smo uporabili strukturiran merski instrument – anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik obsega petinštirideset postavk in enajst demografskih vprašanj.

Prvi sklop vprašalnika je meril zadovoljstvo z življenjem. Uporabili smo standardizirano in validirano lestvico Satisfaction with Life Scale – SWLS (Diener idr. 1985, 71–75), ki obsega pet postavk in je prevedena v slovenski jezik. Strinjanje s posamezno postavko so anketiranci označili na 7-stopenjski Likertovi lestvici, kjer pomeni: 1 – sploh ne drži, 2 – pretežno ne drži, 3 – drži v manjši meri, 4 – nekaj vmes, 5 – še kar drži, 6 – pretežno drži, 7 – povsem drži.

Drugi sklop anketnega vprašalnika je meril uspešno staranje. Pri tem smo uporabili pet postavk iz Successful Aging Scale (SAS) (Reker 2009) in jih modificirali ali razdružili. Te trditve so v anketnem vprašalniku označene z zaporednimi številkami 6, 7, 10, 11, 19 in 32. Ta sklop, ki meri uspešno staranje, sestavlja pet podkategorij. Te so: fizično zdravje, ki sestoji iz šestih postavk; integrirana socialna in zdravstvena oskrba, ki sestoji iz sedmih postavk; socialna mreža, ki sestoji iz devetih postavk; duševno zdravje, ki sestoji iz osmih postavk in bivanjsko okolje, ki sestoji iz petih postavk. Osnova za razvoj te merske lestvice so bili podatki iz kvalitativne raziskave, ki smo jo opravili. Strinjanje s posamezno postavko so anketirane osebe označile na 7-stopenjski Likertovi lestvici, kot v prvem sklopu.

Zadnji, tretji sklop anketnega vprašalnika meri dobro počutje oz. subjektivno blaginjo. Tu smo uporabili standardizirano in validirano lestvico WHO (PET) kazalec blaginje (različica 1998) (Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød), ki je prevedena v slovenski jezik. Lestvica sestoji iz petih postavk in anketirane osebe so svoje strinjanje označile na 6-stopenjski Likertovi lestvici, kjer številke pomenijo naslednje: 1 – nikoli, 2 – nekaj časa, 3 – manj kot polovico časa, 4 – več kot polovico časa, 5 – večino časa, 6 – ves čas.

6.4 Vsebinska veljavnost

Z vsebinsko veljavnostjo (angl. *content validity*) označujemo sistematično evalvacijo merske lestvice, ki nam pove, v kakšni meri merska lestvica res predstavlja konstrukte, ki jih želimo meriti (Lawshe 1975, 565). Vsebinska veljavnost se nanaša na lastnosti, ki so ključnega pomena tako za enote merjenja kot tudi za merilne instrumente (Almanasreh, Moles in Chen 2019, 7), s čimer se zagotovi, da je rezultat merjenja dejansko odsev tega, kar želi raziskovalec izmeriti. Lawshe (1975, 565) pravi, da malo verjetno obstaja višja avtoriteta od obče priznanih strokovnjakov s proučevanega področja, da bi lahko izpodbijala vsebinsko veljavnost merske lestvice. Po oblikovanju anketnega vprašalnika je njegovo vsebinsko

veljavnost preverilo pet strokovnjakov, ki se akademsko ali drugače ukvarjajo z vprašanji LGBTQ+ populacije. Pri tem smo upoštevali vse usmeritve in nasvete. Na koncu je vprašalnik pregledala še metodologinja, ki je podala še svoja priporočila, ki smo jih upoštevali.

V naslednjem koraku smo dali anketni vprašalnik desetim osebam in jih prosili, da so ga izpolnile, nato pa smo z vsako od teh izvedli razgovor, da so izpostavile, kateri deli anketnega vprašalnika niso razumljivi, in podale priporočila, kako povečati njegovo jasnost in razumljivost.

6.5 Etični vidik raziskovanja

Pred izvedbo empirične raziskave smo za mnenje prosili Etično komisijo Alma Mater Europaea – ECM. Ta je ugotavljala, če sta kvantitativna raziskava ter merilni instrument skladna z vsemi etičnimi vidiki raziskovalnega dela in primerni za izvedbo raziskovalnega dela. Komisija za znanstveno raziskovalno delo je tako izdala sklep (št.: 15/2022–23, z dne: 8. 11. 2023), da raziskava in merilni instrument upoštevata vse etične vidike raziskovanja in sta ustrezna za izvedbo raziskave med starejšimi odraslimi. Sklep komisije je v Prilogi C doktorske disertacije. Vsaka anketiranka_{ec} je pred začetkom izvedbe študije bil_a seznanjena_{en} z namenom in potekom raziskave in je podala_l informirano soglasje. Udeleženske_{ci} študije so bile_i obveščene_i, da lahko od študije kadarkoli odstopijo.

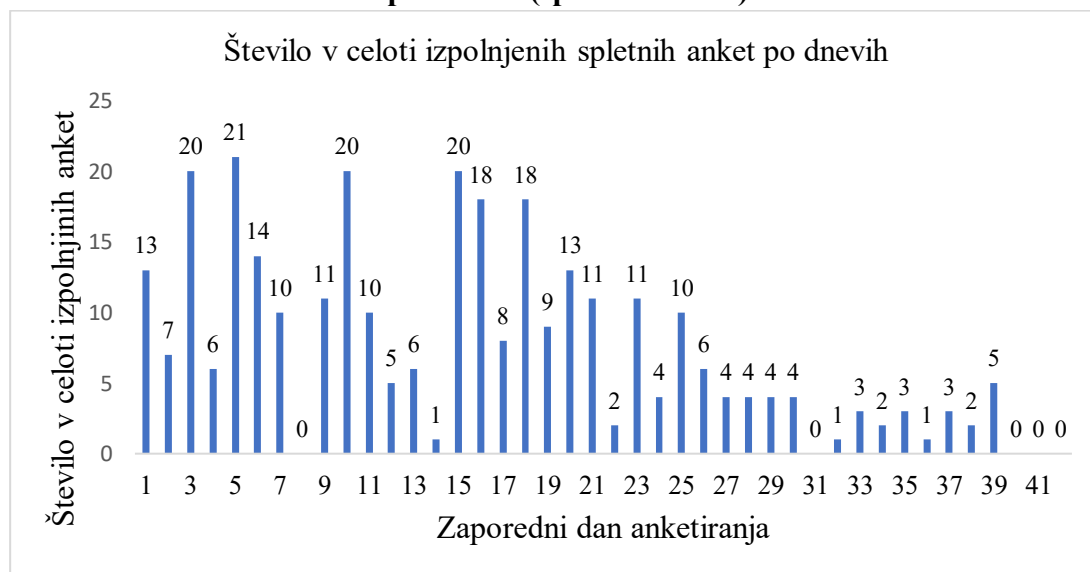
6.6 Postopek zbiranja podatkov

Posebne populacije (npr. LGBTQ+ starejši odrasli), kjer ne moremo uporabiti standardnih metod vzorčenja, imenujemo skrite populacije (Salganik in Heckthron, 2004 v Brečko 2005, 109). Zanje je značilno, da so majhne, težko dosegljive, imajo željo po anonimnosti in so pogosto stigmatizirane. Člani znotraj skrite populacije se običajno med sabo poznajo. Metoda, ki se pogosto uporablja znotraj skritih skupin, je metoda snežne kepe oz. vzorčenje preko socialnih mrež in sodi med neslučajnostne metode vzorčenja (Brečko 2005, 109), zato smo jo uporabili tudi mi. Poleg navedenega ima metoda snežne kepe prednost, saj omogoča relativno lahek dostop do skrite populacije in je poceni ter učinkovita (Brečko 2005, 110). Da bi dosegli čim več predstavnikov proučevane populacije, smo se odločili za anketiranje z vprašalnikom v papirnati obliki in preko spleta.

Samoanketiranje, anketirane osebe odgovarjajo na vprašanja same, prinaša občutek večje zasebnosti in zagotavlja bolj zanesljive odgovore, še posebej pri obravnavi občutljive tematike. Brez prisotnosti tretjih oseb ali nadzora, ki bi lahko vplival na njihovo odločitev ali odgovore, se anketirane osebe pogosto počutijo bolj varno pri izražanju svojih stališč (Tourangeau in Smith 1996, 276–277). Med novjšimi metodologijami, še posebno za ankete z občutljivo tematiko, se vse bolj uveljavlja računalniško podprto anketiranje, tako

osebno (CAPI – computer assisted personal interviewing) kot samoanketiranje (CASI – computer assisted self interviewing) (Brečko 2005, 111). Na podlagi teh dognanj smo se odločili za izvedbo spletnega anketiranja preko platforme IKA, verzija 2002–2023. Prisotnost računalnika med anketiranjem lahko anketirani osebi daje večji občutek zasebnosti, pomembnosti in objektivnosti anketiranja ter vpliva na njeno doživetje. Kljub temu se lahko nekatere anketirane osebe zaradi prisotnosti računalnika počutijo nelagodno, še posebej v primeru, da rabe računalnika niso vajene. Vendar pa sama prisotnost računalnika nima bistvenega vpliva na resničnost ali zanesljivost odgovorov (Brečko 2005, 111). Podatke smo zbirali na območju Slovenije. Povezavo do spletne ankete smo posredovali preko družbenih omrežij Facebook, Instagram, preko društva DIH in preko elektronske pošte posredovali prijateljicam_em. Da bi dosegli čim večji vzorec skrite populacije, smo uporabili tudi ankete v papirnatih obliki. Ankete v papirnatih obliki in listke s povezavo in QR kodo do ankete smo razdelili v društvu DIH, savni District35, savni Gymnasivm ter v Lezbični knjižnici v Ljubljani. Anketiranje je trajalo od 28. septembra do 8. novembra 2023. Anketiranje smo zaključili, ker tri zaporedne dni nismo prejeli nobene v celoti rešene ankete, kar pomeni, da se je učinek snežne kepe zaustavil. Potek anketiranja prikazuje graf 7, kjer je razvidno število v celoti izpolnjenih anket po posameznih dnevih. Vidimo, da se je sčasoma število v celoti rešenih anket zmanjševalo. Poleg spletnih anket smo jih v fizični obliki prejeli še 8, skupno torej 318.

Graf 8: Število anketiranih po dnevih (spletna anketa)



Vir: Lastni vir 2023.

6.7 Vzorec

Iz statistične množice LGBTQ+ starejših odraslih, starih med 50 in 70 let, smo izbrali neslučajnostni namenski vzorec s 318 statističnimi enotami. Starostni razpon smo določili

arbitrarno. V literaturi sicer zasledimo priporočeno velikost vzorca pri metodi SEM vsaj 200 enot (Weston in Gore Jr. 2006, 719–751), pri čemer avtorji navajajo, da obstaja tudi vzajemni učinek med številom faktorjev in številom manifestnih spremenljivk v faktorju (Hooper idr. 2008, 53–60). Zadostna velikost vzorca se tako priporoča med 5- in 15-kratnim številom vseh manifestnih spremenljivk, upoštevanih v modelu (Siddiqui 2013, 285–287).

Pri opredelitvi statistične populacije smo upoštevali naslednje vključitvene kriterije (angl. *inclusion criteria*):

- starost 50 let ali več,
- samoopredelitev kot LGBTQ+ oseba,
- vsi spoli,
- zmožnost besednega sporazumevanja in bralna pismenost,
- zmožnost podati soglasje za sodelovanje v raziskavi na podlagi informacij.

Kot izključitvena merila smo upoštevali naslednje (angl. *exclusion criteria*):

- starost manj kot 50 let,
- cisspolno heteroseksualno usmerjene osebe,
- prisotnost demence ali druge duševne bolezni,
- telesna nerazvitost,
- bralna nepismenost ali slepota.

V nadaljevanju v tabeli 17 prikazujemo, da je v raziskavi sodelovalo skupno 318 oseb, od tega 12,6 % žensk in 87,4 % moških. Kot trenutno spolno identiteto kar 81,1 % anketiranih oseb opredeljuje kot moško, sledi ženska spolna identiteta z 12,6 %, ostale spolne identitete, z izjemo spolno fluidnih oseb, zastopajo zgolj posamezne osebe. Od vseh anektiranih oseb se 17 oseb opredeljuje kot transspolna oseba. Po spolni usmerjenosti vzorec sestavlja 50,3 % gejev, 10,4 % lezbijk in 34,9 % biseksualnih oseb. Ostale spolne usmerjenosti zajemajo 4,4 %.

Tabela 17: Spol, spolna identiteta, transspolnost in spolna usmerjenost anketiranih oseb

	N	Delež [%]	Kumulativni delež [%]
Spol ob rojstvu			
Moški	278	87,4	87,4
Ženska	40	12,6	100,0
Skupaj	318	100,0	
Trenutna spolna identiteta			
Moški	258	81,1	81,1
Ženska	40	12,6	93,7
Transspolna ženska	5	1,6	95,3
Transspolni moški	2	0,6	95,9
Nebinarna oseba	2	0,6	96,5
Kvirspolna oseba	2	0,6	97,2
Aspolna oseba	1	0,3	97,5
Večspolna oseba	6	1,9	99,4
Spolno fluidna oseba	0	0	99,4
Drugo	2	0,6	100,0
Skupaj	318	100,0	
Transspolnost			
Da	17	5,3	5,3
Ne	301	94,7	100,0
Skupaj	318	100,0	
Spolna usmerjenost			
Lezbijka	33	10,4	10,4
Gej	160	50,3	60,7
Biseksualna oseba	111	34,9	95,6
Panseksualna oseba	2	0,6	96,2
Aseksualna oseba	1	0,3	96,5
Heteroseksualna oseba	5	1,6	98,1
Drugo	6	1,9	100,0
Skupaj	318	100,0	

Vir: Lastni vir 2023.

Tabela 18: Starostna in izobrazbena sestava ter zaposlitveni status anketiranih oseb

	N	Delež [%]	Kumulativni delež [%]
Starostna sestava			
Od 50 do 55 let	162	50,9	50,9
Od 56 do 60 let	76	23,9	74,8
Od 61 do 65 let	43	13,5	88,4
Od 66 do 70 let	27	8,5	96,9
71 let ali več	10	3,1	100,0
Skupaj	318	100,0	
Izobrazbena sestava			
Brez formalne izobrazbe	1	0,3	0,3
Osnovnošolska izobrazba	6	1,9	2,2
Srednja poklicna izobrazba	47	14,8	17,0
Srednja strokovna izobrazba	60	18,9	35,8
Srednja splošna izobrazba	26	8,2	44,0
Višješolska izobrazba	49	15,4	59,4
Visokošolska strokovna izobrazba	25	7,9	67,3
Univerzitetna izobrazba	67	21,1	88,4
Strokovni magisterij	7	2,2	90,6
Znanstveni magisterij	11	3,5	94,0
Doktorat znanosti	17	5,3	99,4
Drugo	2	0,6	100,0
Skupaj	318	100,0	
Zaposlitveni status			
Sem (samo)zaposlena oseba	232	73,0	73,0
Sem brezposelna oseba	13	4,1	77,0
Sem upokojena oseba	73	23,0	100,0
Skupaj	318	100,0	

Vir: Lastni vir 2023.

Kot prikazuje tabela 18, je dobra polovica anketiranih oseb stara med 50 in 55 let, najmanj anketiranih oseb je starih 71 ali več let (3,1 %). Največji delež vprašanih oseb (21,1 %) ima univerzitetno izobrazbo, sledijo osebe s srednjo strokovno (18,9 %). Samo ena oseba je brez formalne izobrazbe. Skoraj tri četrtine anketiranih oseb je (samo)zaposlenih in 23 % upokojenih.

Tabela 19: Višina mesečnega dohodka, število članov gospodinjstva, kraj bivanja in razkritje anketiranih oseb

	N	Delež [%]	Kumulativni delež [%]
Mesečni dohodek			
Brez dohodka	4	1,3	1,3
Do 499 €	5	1,6	2,8
Od 500 € do 799 €	28	8,8	11,6
Od 800 € do 1.099 €	39	12,3	23,9
Od 1.100 € do 1.399 €	64	20,1	44,0
Od 1.400 € do 1.699 €	39	12,3	56,3
Od 1.700 € do 2.199 €	70	22,0	78,3
Od 2.200 € do 2.399 €	21	6,6	84,9
Od 2.400 € do 2.799 €	16	5,0	89,9
2.800 € ali več	32	10,1	100,0
Skupaj	318	100,0	
Število članov v gospodinjstvu			
Živim sam/-a	116	36,5	36,5
2	143	45,0	81,4
3	33	10,4	91,8
4	26	8,2	100,0
Skupaj	318	100,0	
Kraj bivanja			
Veliko mesto	143	45,0	45,0
Manjše mesto	91	28,6	73,6
Drugje	84	26,4	100,0
Skupaj	318	100,0	
Razkritje (coming out)			
Nikomur	95	29,9	/
Enemu ali obema staršema	63	19,8	/
Enemu ali vsem sorojencem	58	18,2	/
Širši družini	49	15,4	/
Najbližjim prijateljem	125	39,3	/
Sodelavcem	51	16,0	/
Pred vsemi	73	23,0	/
Drugo	27	8,5	/

Vir: Lastni vir 2023.

Največ anketiranih oseb (22,0 %) prejema mesečni dohodek v rangi od 1.100 do 1.399 €. Štiri osebe so brez dohodka, 2.800 € ali več pa vsak mesec prejme 10,1 % anketiranih oseb.

Anketirane osebe v 45 % živijo v skupnem gospodinjstvu s še enim članom, samih pa živi 36,5 % vprašanih. Podatki o razkritju spolne usmerjenosti ali identitete nam kažejo, da se 29,9 % anketiranih ni razkrilo nikomur. Največ tistih, ki so razkrili svojo spolno usmerjenost ali identiteto, je to storilo pred najbližjimi prijatelji. 23 % vprašanih je svojo spolno identiteto ali usmerjenost razkrilo pred vsemi (tabela 19).

Tabela 20: Zakonski stan anketiranih oseb

	N	Delež [%]	Kumulativni delež [%]
Poročen s partnerjem/partnerko istega spola	28	8,8	8,8
Poročen s partnerjem/partnerko drugega spola	63	19,8	28,6
V zunajzakonski zvezi s partnerjem/partnerko istega spola	65	20,4	49,1
V zunajzakonski zvezi s partnerjem/partnerko drugega spola	19	6,0	55,0
Samski/-a	80	25,2	80,2
Ločeni/-a	27	8,5	88,7
Živim sam, a imam partnerja/partnerko	24	7,5	96,2
Vdovec/Vdova	12	3,8	100,0
Skupaj	318	100,0	

Vir: Lastni vir 2023.

Glede na zakonski stan prevladujejo samske osebe (25,2 %), katerim sledijo osebe v zunajzakonski zvezi s partnerjem/partnerko istega spola (20,4 %). Najmanj vprašanih (3,8 %) je ovdovalih oseb (tabela 20).

6.8 Rezultati kvantitativne raziskave

6.8.1 Opisna statistika konstrukta zadovoljstvo z življenjem

Negativne vrednosti koeficienta asimetrije kažejo, da so vse trditve konstrukta zadovoljstvo z življenjem asimetrične v levo, kar pomeni, da so vrednosti postavk rahlo zgoščene pri večjih vrednostih. Prav tako je koeficient sploščenosti pri vseh postavkah negativen, kar kaže na sploščenost, razen pri postavki LS3 opazimo pozitiven koeficient sploščenosti (0,133), kar pomeni, da je ta postavka koničasta.

Tabela 21: Opisna statistika postavk konstrukta zadovoljstvo z življenjem

Oznaka	Postavka	N	$\bar{x}$	σ	KA	KS
LS1	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	318	4,56	1,491	-0,389	-0,446
LS2	Moje življenjske razmere so izvrstne.	318	4,72	1,410	-0,425	-0,183
LS3	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.	318	5,03	1,466	-0,713	0,133
LS4	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.	318	4,50	1,641	-0,468	-0,554
LS5	Če bi še enkrat živel/-a, ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.	318	4,27	1,850	-0,326	-0,952

Merjeno na Likertovi lestvici od 1 – sploh ne drži, do 7 – povsem drži.

Pomen simbolov: N – število, $\bar{x}$ – povprečna vrednost, σ – standardni odklon, KA – koeficient asimetrije, KS – koeficient sploščenosti.

Vir: Lastni vir 2023.

Iz povprečnih vrednosti v tabeli 21 razberemo, da ima najvišjo vrednost postavka LS3, kar pomeni, da so anketirane osebe to postavko v večini primerov na Likertovi lestvici ocenile z vrednostjo 5 – še kar drži. Ostale postavke imajo povprečne vrednosti med 4 in 5, kar pomeni, da te postavke anketirane osebe ocenjujejo kot nekaj vmes oz. še kar drži. S standardnim odklonom merimo razpršenost podatkov okoli aritmetične sredine in giblje se med 1,41 in 1,85. Večina anketiranih oseb (povprečna vrednost postavk LS1 je 4,56) meni, da je njihovo življenje blizu idealnemu. Razpršenost odgovorov je srednje visoka. Večina udeležencev ocenjuje svoje življenjske razmere kot izvrstne ($\bar{x} = 4,72$). Podobno kot pri LS1 opazimo srednje veliko razpršenost odgovorov. Večina anketiranih oseb izraža zadovoljstvo s svojim življenjem (povprečna vrednost 5,03), vendar je razpršenost v odgovorih nekoliko večja kot pri prejšnjih postavkah. Povprečna ocena za postavko LS4 je 4,50, kar kaže na nekoliko manjšo strinjanje v primerjavi s prejšnjimi postavkami. Razpršenost v odgovorih pa je precej visoka. Povprečna ocena za zadnjo postavko LS5 je 4,27, kar kaže na nekoliko manjšo željo po spremembah v življenju, vendar pa so odgovori precej razpršeni, kar nakazuje na različna mnenja anketiranih oseb glede te postavke.

V tabeli 22 prikazujemo frekvenčno porazdelitev postavk konstrukta zadovoljstvo z življenjem, iz katere lahko razberemo, koliko anketiranih oseb je izbralo posamezno vrednost na Likertovi lestvici za vsako postavko. Podatki se ujemajo s prejšnjo tabelo, saj so na Likertovi lestvici najpogosteje izbrali vrednosti blizu povprečne. Na primer postavka LS3 ima povprečno vrednost 5,03, anketirane osebe pa so vrednost 5 pri isti postavki izbrali v skoraj 24 odstotkih, vrednost 6 pa so izbrali v 28,6 %.

Tabela 22: Frekvenčna porazdelitev postavk konstrukta zadovoljstvo z življenjem

	LS1			LS2			LS3			LS4			LS5		
	N	F %	CF%	N	F %	CF%	N	F %	CF%	N	F %	CF%	N	F %	CF%
1	9	2,8	2,8	7	2,2	2,2	9	2,8	2,8	21	6,6	6,6	36	11,3	11,3
2	26	8,2	11,0	17	5,3	7,5	10	3,1	6,0	19	6,0	12,6	32	10,1	21,4
3	36	11,3	22,3	28	8,8	16,4	27	8,5	14,5	43	13,5	26,1	33	10,4	31,8
4	75	23,6	45,9	89	28,0	44,3	57	17,9	32,4	66	20,8	46,9	57	17,9	49,7
5	77	24,2	70,1	71	22,3	66,7	76	23,9	56,3	62	19,5	66,4	64	20,1	69,8
6	70	22,0	92,1	78	24,5	91,2	91	28,6	84,9	80	25,2	91,5	61	19,2	89,0
7	25	7,9	100,0	28	8,8	100,0	48	15,1	100,0	27	8,5	100,0	35	11,0	100,0
Skupaj	318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0	

Pomen simbolov: N – število, F – delež, CF – kumulativni delež.

Vir: Lastni vir 2023.

6.8.2 Opisna statistika dimenzij konstrukta uspešno staranje

Negativne vrednosti koeficienta asimetrije v tabeli 23 kažejo, da so vse postavke dimenzije fizično zdravje asimetrične v levo, kar pomeni, da so vrednosti postavk zgoščene pri večjih vrednostih. Koeficient sploščenosti je pri postavkah SA1, SA2 in SA5 pozitiven, kar kaže, da so spremenljivke koničaste. Ostale postavke (SA3, SA4 in SA6) imajo koeficient sploščenosti negativen, kar kaže na sploščenost spremenljivk.

Tabela 23: Opisna statistika postavk za fizično zdravje konstrukta uspešno staranje

Oznaka	Postavka	N	$\bar{x}$	σ	KA	KS
SA1	V življenje sem aktivno vključen/-a s produktivnimi dejavnostmi (dejavnosti, kot so: delo, opravki, prostočasne dejavnosti itd.).	318	4,22	0,793	-0,157	1,801
SA2	Skušam ostati relativno zdrav/-a in brez poškodb.	318	5,84	1,168	-0,998	0,662
SA3	Tveganje za okužbo s spolno prenosljivimi okužbami mi vzbuja negativne občutke.	318	4,95	1,928	-0,632	-0,763
SA4	Za svoja leta imam dovolj fizične kondicije.	318	5,04	1,454	-0,548	-0,238
SA5	Skušam se vključiti v navade zdravega življenjskega sloga.	318	5,17	1,402	-0,789	0,254
SA6	Tekom staranja skušam ohraniti dobro telesno delovanje.	318	5,31	1,408	-0,675	-0,162

Merjeno na Likertovi lestvici od 1 – sploh ne drži, do 7 – povsem drži.

Pomen simbolov: N – število, $\bar{x}$ – povprečna vrednost, σ – standardni odklon, KA – koeficient asimetrije, KS – koeficient sploščenosti.

Vir: Lastni vir 2023.

Če analiziramo podatke z vidika asimetričnosti in sploščenosti podatkov, ugotovimo, da je večina koeficientov sploščenosti in asimetričnosti v intervalu med -1 in $+1$. Iz povprečnih vrednosti razberemo, da ima najvišjo vrednost postavka SA2 ($\bar{x} = 5,84$), kar kaže na visoko stopnjo strinjanja s postavko, da skušajo ostati zdravi in brez poškodb. Razpršenost odgovorov je relativno nizka, vendar je porazdelitev nekoliko sploščena, kar pomeni, da večina udeležencev izraža strinjanje s postavko. S standardnim odklonom merimo razpršenost podatkov okoli aritmetične sredine in se za postavke fizično zdravje konstrukta uspešno staranje gibljejo med 0,80 in 1,93. Postavka SA3 ima visok standardni odklon ($\sigma =$

1,928), kar pomeni večjo variabilnost odgovorov glede tveganja za okužbo s spolno prenosljivimi boleznimi.

V tabeli 24 prikazujemo frekvenčno porazdelitev postavk dimenzije fizično zdravje, kjer lahko razberemo, koliko anketiranih oseb je izbralo posamezno vrednost na Likertovi lestvici za vsako postavko. Podatki se ujemajo s prejšnjo tabelo, saj so najpogosteje izbrali vrednosti na Likertovi lestvici blizu povprečne vrednosti. Na primer postavka SA4 ima povprečno vrednost 5,04, anketirane osebe pa so vrednost 5 pri isti postavki izbrale najpogosteje, in sicer v skoraj 26,7 odstotkih.

Tabela 24: Frekvenčna porazdelitev dimenzije fizično zdravje

	SA1			SA2			SA3			SA4			SA5			SA6		
	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %
1	2	0,6	0,6	0	0	0	24	7,5	7,5	5	1,6	1,6	5	1,6	1,6	3	0,9	0,9
2	5	1,6	2,2	4	1,3	1,3	22	6,9	14,5	12	3,8	5,3	12	3,8	5,3	7	2,2	3,1
3	44	13,8	16,0	12	3,8	5,0	30	9,4	23,9	34	10,7	16,0	23	7,2	12,6	31	9,7	12,9
4	140	44,0	60	22	6,9	11,9	40	12,6	36,5	50	15,7	31,8	47	14,8	27,4	42	13,2	26,1
5	113	35,5	95,5	68	21,4	33,3	50	15,7	52,2	85	26,7	58,5	79	24,8	52,2	72	22,6	48,7
6	11	3,5	99,0	99	31,1	64,5	57	17,9	70,1	77	24,2	82,7	101	31,8	84,0	90	28,3	77,0
7	3	0,9	100,0	113	35,5	100,0	95	29,9	100,0	55	17,3	100,0	51	16,0	100,0	73	23,0	100,0
Skupaj	318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0	

Pomen simbolov: N – število, F – delež, CF – kumulativni delež.

Vir: Lastni vir 2023.

Tabela 25: Opisna statistika postavk za integrirano socialno in zdravstveno oskrbo konstrukta uspešno staranje

Oznaka	Postavka	N	$\bar{x}$	σ	KA	KS
SA7	V starosti želim živeti v institucionalnem okolju.	318	3,64	1,850	0,043	-1,082
SA8	V starosti želim živeti v institucionalnem okolju, specializiranem za LGBTQ+ osebe.	318	3,53	1,969	0,083	-1,240
SA9	V starosti želim živeti v domačem okolju.	318	5,35	1,655	-0,956	0,151
SA10	Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.	318	3,72	2,132	0,126	-1,372
SA11	Skrbi me, ali bom imel dovolj finančnih sredstev za potrebe socialne/zdravstvene oskrbe v starosti.	318	4,67	1,954	-0,464	-1,003
SA12	Misel na bivanje v domu za starejše mi vzbuja negativne občutke.	318	4,33	2,002	-0,131	-1,227
SA13	Strah me je, da bi umrl sam/-a.	318	3,68	2,100	0,197	-1,336

Merjeno na Likertovi lestvici od 1 – sploh ne drži, do 7 – povsem drži.

Pomen simbolov: N – število, $\bar{x}$ – povprečna vrednost, σ – standardni odklon, KA – koeficient asimetrije, KS – koeficient sploščenosti.

Vir: Lastni vir 2023.

Če analiziramo podatke z vidika asimetričnosti in sploščenosti podatkov, ugotovimo, da so vrednosti vseh koeficientov asimetričnosti v intervalu med -1 in 1 , medtem ko je večina vrednosti koeficientov sploščenosti izven intervala med -1 in 1 . Negativne vrednosti koeficienta asimetrije nam kažejo, da so postavke (SA9, SA11 in SA12) dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba asimetrične v levo. Ostale postavke (SA7, SA8 in SA10) so rahlo asimetrične v desno, kar pomeni, da je večja gostitev pri manjših vrednostih spremenljivke. Še najbolj simetrična je postavka SA7 (KA = 0,04). Koeficient sploščenosti je samo pri postavki SA9 pozitiven, kar kaže, da je spremenljivka rahlo koničasta. Za ostale postavke (SA7, SA8, SA10, SA11, SA12 in SA13) analiza vrednosti koeficienta sploščenosti kaže, da so vrednosti negativne, kar pomeni, da so porazdelitve sploščene. Iz povprečnih vrednosti razberemo, da ima najvišjo vrednost postavka SA9 ($\bar{x} = 5,35$), kar pomeni, da želi večina anketiranih oseb v starosti živeti v domačem okolju. Ostale postavke imajo povprečne vrednosti med 3,53 in 5,35, kar pomeni, da te postavke anketirane osebe ocenjujejo kot drži v manjši meri, nekaj vmes oz. še kar drži. S standardnim odklonom merimo razpršenost podatkov okoli aritmetične sredine in se za postavke integrirane socialne in zdravstvene oskrbe konstrukta uspešnega staranja giblje med 1,65 in 2,13. Postavka SA10 ima visok standardni odklon ($\sigma = 2,13$), kar pomeni večjo variabilnost odgovorov v zvezi s strahom pred oskrbovanjem s strani ljudi brez znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.

V tabeli 26 prikazujemo frekvenčno porazdelitev postavk dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba. Lahko razberemo, koliko anketiranih oseb je izbralo posamezno vrednost na Likertovi lestvici za vsako postavko. Podatki se ujemajo s prejšnjo tabelo, saj so najpogosteje izbrali vrednosti blizu povprečne vrednosti. Na primer postavka SA7 ima povprečno vrednost 3,64, anketirane osebe pa so vrednost 4 pri isti postavki izbrali najpogosteje izbrali in sicer v 25,5 odstotkih.

Tabela 26: Frekvenčna porazdelitev dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba

	SA7			SA8			SA9			SA10			SA11			SA12			SA13		
	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %
1	59	18,6	18,6	83	26,1	26,1	11	3,5	3,5	73	23,0	23,0	26	8,2	8,2	31	9,7	9,7	67	21,1	21,1
2	45	14,2	32,7	32	10,1	36,2	17	5,3	8,8	47	14,8	37,7	39	12,3	20,4	47	14,8	24,5	54	17,0	38,1
3	30	9,4	42,1	28	8,8	45,0	14	4,4	13,2	30	9,4	47,2	22	6,9	27,4	31	9,7	34,3	37	11,6	49,7
4	81	25,5	67,6	68	21,4	66,4	43	13,5	26,7	40	12,6	59,7	43	13,5	40,9	63	19,8	54,1	42	13,2	62,9
5	41	12,9	80,5	45	14,2	80,5	56	17,6	44,3	47	14,8	74,5	57	17,9	58,8	36	11,3	65,4	34	10,7	73,6
6	43	13,5	94,0	41	12,9	93,4	76	23,9	68,2	37	11,6	86,2	59	18,6	77,4	44	13,8	79,2	43	13,5	87,1
7	19	6,0	100,0	21	6,6	100,0	101	31,8	100,0	44	13,8	100,0	72	22,6	100,0	66	20,8	100,0	41	12,9	100,0
Skupaj	318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0	

Pomen simbolov: N – število, F – delež, CF – kumulativni delež.

Vir: Lastni vir 2023.

Tabela 27: Opisna statistika postavk za socialno mrežo konstrukta uspešno staranje

Oznaka	Postavka	N	$\bar{x}$	σ	KA	KS
SA14	Aktivno sem vključen/-a v življenje z rednimi socialnimi stiki.	318	5,23	1,563	0,750	-0,070
SA15	V svoji starosti se bom lahko zanesel/-a na pomoč (svojih) otrok.	318	2,83	2,229	0,733	-1,039
SA16	Dobri odnosi s sosedi mi veliko pomenijo.	318	5,13	1,635	-0,749	0,000
SA17	Vedno se lahko zanesem na prijatelje.	318	5,13	1,477	-0,602	-0,204
SA18	V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam.	318	5,69	1,883	-1,408	0,721
SA19	V svoji starosti se bom lahko popolnoma zanesel/-a na svojega partnerja ali partnerko.	318	4,53	2,312	-0,426	-1,360
SA20	Družina izbire mi nudi podporo in občutek pripadnosti, zato mi zelo veliko pomeni.	318	4,68	1,811	-0,547	-0,530
SA21	Pomembno mi je, da sem lahko vključen v LGBTQ+ skupnost (npr. nevladne organizacije, društva itn.).	318	3,37	1,923	0,291	-1,025
SA22	Verni ljudje imajo negativen odnos do mene.	318	3,37	1,881	0,552	-0,740

Merjeno na Likertovi lestvici od 1 – sploh ne drži, do 7 – povsem drži.

Pomen simbolov: N – število, $\bar{x}$ – povprečna vrednost, σ – standardni odklon, KA – koeficient asimetrije, KS – koeficient sploščenosti.

Vir: Lastni vir 2023.

Če analiziramo podatke z vidika asimetričnosti in sploščenosti podatkov, ugotovimo, da je večina koeficientov asimetričnosti in sploščenosti v intervalu med -1 in 1 . Negativne vrednosti koeficienta asimetrije nam kažejo, da je večina postavka dimenzije socialna mreža asimetrične v levo z izjemo postavk SA15, SA21, SA22, ki so rahlo asimetrične v desno. Koeficient sploščenosti je pri sedmih postavkah SA14, SA5, SA17, SA19, SA20, SA21 in SA22 negativen, kar kaže, da so vrednosti postavk sploščene. Postavka SA 18 ima koeficient sploščenosti pozitiven, kar kaže, da je spremenljivka koničasta. Postavka SA16 je normalno porazdeljena (0,00). Iz povprečnih vrednosti razberemo, da ima najvišjo vrednost postavka SA18 ($\bar{x} = 5,69$), kar pomeni, da imajo anketirane osebe vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupajo. Ostale postavke imajo povprečne vrednosti med 2,83 in 5,69. S

standardnim odklonom merimo razpršenost podatkov okoli aritmetične sredine in se giblje med 1,56 in 2,31. Največji standardni odklon ima postavka SA19 ($\sigma = 2,31$). Ker je kar 25 % anketiranih oseb samskih, je večji standardni odklon pri tej trditvi pričakovan.

V tabeli 28 prikazujemo frekvenčno porazdelitev postavk dimenzije socialna mreža, kjer lahko razberemo, koliko anketiranih oseb je izbralo posamezno vrednost na Likertovi lestvici za vsako postavko. Podatki se ujemajo s prejšnjo tabelo, saj so najpogosteje izbrali vrednosti na Likertovi lestvici blizu povprečne vrednosti. Na primer postavka SA16 ima povprečno vrednost 5,13, anketirane osebe pa so vrednost 5 pri isti postavki izbrali najpogosteje, in sicer v 25,1 odstotkih.

Tabela 28: Frekvenčna porazdelitev dimenzije socialna mreža

	SA14			SA15			SA16			SA17			SA18			SA19			SA20			SA21			SA22		
	N	F %	CF%	N	F %	CF%	N	F %	CF%	N	F %	CF%	N	F %	C %	N	F %	CF%	N	F %	CF%	N	F %	CF%	N	F %	CF %
1	8	2,5	2,5	16 5	51,9	51,9	13	4,1	4,1	5	1,6	1,6	22	6,9	6,9	65	20,4	20,4	30	9,4	9,4	79	24,8	24,8	98	30,8	30,8
2	12	3,8	6,3	18	5,7	57,5	16	5,0	9,1	13	4,1	5,7	14	4,4	11,3	20	6,3	26,7	15	4,7	14,2	48	15,1	39,9	47	14,8	45,6
3	28	8,8	15,1	21	6,6	64,2	14	4,4	13,5	27	8,5	14,2	14	4,4	15,7	17	5,3	32,1	21	6,6	20,8	30	9,4	49,4	41	12,9	58,5
4	40	12,6	27,7	26	8,2	72,3	55	17,3	30,8	54	17,0	31,1	14	4,4	20,1	40	12,6	44,7	75	23,6	44,3	71	22,3	71,7	66	20,8	79,2
5	76	23,9	51,6	30	9,4	81,8	80	25,2	56,0	76	23,9	55,0	29	9,1	29,2	25	7,9	52,5	56	17,6	61,9	42	13,2	84,9	26	8,2	87,4
6	71	22,3	73,9	24	7,5	89,3	57	17,9	73,9	78	24,5	79,6	57	17,9	47,2	56	17,6	70,1	62	19,5	81,4	22	6,9	91,8	18	5,7	93,1
7	83	26,1	100, 0	34	10,7	100, 0	83	26,1	100, 0	65	20,4	100, 0	16 8	52,8	100, 0	95	29,9	100, 0	59	18,6	100, 0	26	8,2	100, 0	22	6,9	100, 0
Skupa j	31 8	100, 0		31 8	100, 0		31 8	100, 0		31 8	100, 0		31 8	100, 0		31 8	100, 0		31 8	100, 0		31 8	100, 0		31 8	100, 0	

Pomen simbolov: N – število, F – delež, CF – kumulativni delež.

Vir: Lastni vir 2023.

Tabela 29: Opisna statistika postavk za duševno zdravje konstrukta uspešno staranje

Oznaka	Postavka	N	$\bar{x}$	σ	KA	KS
SA23	Večkrat imam nihanje razpoloženja.	318	3,46	1,697	0,178	-0,962
SA24	V življenju sem vsaj enkrat trpel/-a zaradi depresije.	318	3,61	2,325	0,242	-1,495
SA25	Pogosto doživljam stres.	318	3,79	1,977	0,086	-1,229
SA26	S svojo starostjo se obremenjujem.	318	3,03	1,838	0,538	-0,831
SA27	Tekom staranja skušam ohraniti dobro duševno delovanje.	318	5,76	1,266	-1,139	1,530
SA28	Misel na starost mi vzbuja občutke tesnobe.	318	3,23	1,735	0,341	-0,824
SA29	Zaradi soočanja s številnimi neenakostmi v družbi sem postal/-a odpornejši/-a (angl. <i>resilience</i>).	318	4,43	1,737	-0,377	-0,600
SA30	Težave s svojim duševnim zdravjem pripisujem večinoma odklonilnemu odnosu okolja do LGBTQ+ skupnosti.	318	2,34	1,688	1,261	0,675

Merjeno na Likertovi lestvici od 1 – sploh ne drži, do 7 – povsem drži.

Pomen simbolov: N – število, $\bar{x}$ – povprečna vrednost, σ – standardni odklon, KA – koeficient asimetrije, KS – koeficient sploščenosti.

Vir: Lastni vir 2023.

Ugotavljamo, da koeficienti asimetričnosti in sploščenosti v intervalu niso pri vseh postavkah (SA24, SA27 in SA30) med -1 in $+1$ in tako odstopajo od normalne porazdelitve. Iz povprečnih vrednosti razberemo, da ima najvišjo vrednost postavka SA27 ($\bar{x} = 5,76$), kar pomeni, da anketirane osebe skušajo ohraniti dobro duševno delovanje tekom staranja. Ostale postavke imajo povprečne vrednosti med 2,34 in 5,76. S standardni odklon se giblje med 1,169 in 2,33. Postavka SA30 ima visok standardni odklon ($\sigma = 1,67$), kar pomeni večjo variabilnost odgovorov glede pripisovanja težav z duševnim zdravjem odklonilnemu odnosu okolja do LGBTQ+ skupnosti.

Negativne vrednosti koeficienta asimetrije nam kažejo, da so postavke SA27, SA29 dimenzije duševno zdravje asimetrične v levo, kar pomeni, da so vrednosti spremenljivk zgoščene pri večjih vrednostih. Postavke SA23, SA24, SA25, SA26, SA28 in SA30 imajo pozitivno vrednost koeficienta asimetrije, zato so asimetrične v desno (večja gostitev pri manjših vrednostih spremenljivke). Vrednosti koeficienta sploščenosti so pri šestih

postavkah negativne, kar kaže, da so spremenljivke sploščene. Postavki SA27 in SA30 imata koeficient sploščenosti pozitiven, kar kaže na koničasto porazdelitev.

V tabeli 30 prikazujemo frekvenčno porazdelitev postavk dimenzije duševno zdravje, kjer lahko razberemo, koliko anketiranih oseb je izbralo posamezno vrednost na Likertovi lestvici za vsako postavko. Podatki se ujemajo s prejšnjo tabelo, saj so najpogosteje izbrali vrednosti na Likertovi lestvici blizu povprečja. Na primer postavka SA27 ima povprečno vrednost 5,76, anketirane osebe pa so vrednost 6 pri isti postavki izbrali najpogosteje, in sicer v 25,6 odstotkih.

Tabela 30: Frekvenčna porazdelitev dimenzije duševno zdravje

	SA23			SA24			SA25			SA26			SA27			SA28			SA29			SA30		
	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %
1	47	14,8	14,8	97	30,5	30,5	53	16,7	16,7	91	28,6	28,6	3	0,9	0,9	67	21,1	21,1	27	8,5	8,5	144	45,3	45,3
2	67	21,1	35,8	42	13,2	43,7	52	16,4	33,0	62	19,5	48,1	6	1,9	2,8	63	19,8	40,9	25	7,9	16,4	71	22,3	67,6
3	44	13,8	49,7	24	7,5	51,3	43	13,5	46,5	40	12,6	60,7	6	1,9	4,7	42	13,2	54,1	26	8,2	24,5	28	8,8	76,4
4	63	19,8	69,5	29	9,1	60,4	38	11,9	58,5	49	15,4	76,1	26	8,2	12,9	66	20,8	74,8	79	24,8	49,4	38	11,9	88,4
5	59	18,6	88,1	39	12,3	72,6	61	19,2	77,7	40	12,6	88,7	82	25,8	38,7	50	15,7	90,6	69	21,7	71,1	12	3,8	92,1
6	26	8,2	96,2	25	7,9	80,5	35	11,0	88,7	20	6,3	95,0	80	25,2	63,8	15	4,7	95,3	50	15,7	86,8	13	4,1	96,2
7	12	3,8	100,0	62	19,5	100,0	36	11,3	100,0	16	5,0	100,0	115	36,2	100,0	15	4,7	100,0	42	13,2	100,0	12	3,8	100,0
Skupaj	318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0	

Pomen simbolov: N – število, F – delež, CF – kumulativni delež.

Vir: Lastni vir 2023.

Tabela 31: Opisna statistika postavk za bivanjsko okolje konstrukta uspešno staranje

Oznaka	Postavka	N	$\bar{x}$	σ	KA	KS
SA31	Razmišljam, da se bom preselil/-a v drug kraj.	318	2,68	2,022	0,884	-0,599
SA32	Predvsem starejši sokrajani ne razumejo moje spolne identitete/usmerjenosti/izraza.	318	2,83	1,880	0,786	-0,451
SA33	Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje.	318	5,23	1,579	-0,882	0,218
SA34	V lokalnem okolju se počutim prijetno.	318	5,44	1,439	-0,976	0,523
SA35	Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema.	318	4,85	1,847	-0,670	-0,474

Merjeno na Likertovi lestvici od 1 – sploh ne drži, do 7 – povsem drži.

Pomen simbolov: N – število, $\bar{x}$ – povprečna vrednost, σ – standardni odklon, KA – koeficient asimetrije, KS – koeficient sploščenosti.

Vir: Lastni vir 2023.

Ugotavljamo, da so koeficienti asimetričnosti in sploščenosti v intervalu med -1 in $+1$ in ne odstopajo od normalne porazdelitve. Negativne vrednosti koeficienta asimetrije nam kažejo, da so postavke SA33, SA34, SA35 dimenzije bivanjsko okolje asimetrične v levo, kar pomeni, da so vrednosti spremenljivk zgoščene pri večjih vrednostih. Postavki SA31 in SA32 imata pozitiven koeficient asimetrije, zato sta asimetrični v desno (večja gostitev pri manjših vrednostih spremenljivke). Koeficient sploščenosti je pri treh postavkah negativen, kar kaže, da so postavke sploščene. Za postavki SA33 in SA34 velja koničasta porazdelitev, saj je njuna vrednost pozitivna. Iz povprečnih vrednosti razberemo, da ima najvišjo vrednost postavka SA34 ($\bar{x} = 5,44$), kar pomeni, da udeleženci v povprečju izrazijo, da se v lokalnem okolju počutijo prijetno. Ostale postavke imajo povprečne vrednosti med 2,68 in 5,54. S standardnim odklonom merimo razpršenost podatkov okoli aritmetične sredine in se giblje med 1,44 in 2,02. Najvišji standardni odklon ($\sigma = 2,02$) ima postavka SA31, kar pomeni večjo variabilnost odgovorov glede razmišljanja o selitvi v drugi kraj. V naslednji tabeli prikazujemo frekvenčno porazdelitev postavk dimenzije duševno zdravje in lahko razberemo, koliko anketiranih oseb je izbralo posamezno vrednost na Likertovi lestvici za vsako postavko.

Tabela 32: Frekvenčna porazdelitev dimenzije bivanjsko okolje

Postavka	SA31			SA32			SA33			SA34			SA35		
	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %
1	150	47,2	47,2	112	35,2	35,2	11	3,5	3,5	5	1,6	1,6	29	9,1	9,1
2	40	12,6	59,7	60	18,9	54,1	13	4,1	7,5	11	3,5	5,0	16	5,0	14,2
3	27	8,5	68,2	30	9,4	63,5	18	5,7	13,2	16	5,0	10,1	14	4,4	18,6
4	32	10,1	78,3	62	19,5	83,0	48	15,1	28,3	42	13,2	23,3	70	22,0	40,6
5	25	7,9	86,2	16	5,0	88,1	65	20,4	48,7	60	18,9	42,1	47	14,8	55,3
6	21	6,6	92,8	16	5,0	93,1	86	27,0	75,8	101	31,8	73,9	71	22,3	77,7
7	23	7,2	100,0	22	6,9	100,0	77	24,2	100,0	83	26,1	100,0	71	22,3	100,0
Skupaj	318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0	

Pomen simbolov: N – število, F – delež, CF – kumulativni delež.

Vir: Lastni vir 2023.

6.8.3 Opisna statistika konstrukta subjektivna blaginja

Negativne vrednosti koeficienta asimetrije nam kažejo, da so vse postavke konstrukta subjektivna blaginja asimetrične v levo. Tudi koeficient sploščenosti je pri vseh postavkah negativen, kar kaže, da so spremenljivke koničaste.

Tabela 33: Opisna statistika postavk za konstrukt subjektivna blaginja

Oznaka	Postavka	N	$\bar{x}$	σ	KA	KS
WB1	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a vedro in dobre volje.	318	4,27	1,090	-0,642	-0,160
WB2	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a pomirjeno in sproščeno.	318	4,13	1,136	-0,457	-0,616
WB3	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a živahno in poln/-a energije.	318	3,93	1,179	-0,284	-0,623
WB4	V zadnjih dveh tednih sem se zbudil/-a svež/-a in spočit/-a.	318	3,71	1,287	-0,240	-0,681
WB5	V zadnjih dveh tednih je bil moj vsakdan zapolnjen s stvarmi, ki me zanimajo.	318	4,14	1,218	-0,373	-0,625

Merjeno na Likertovi lestvici od 1 – nikoli, do 6 – ves čas.

Pomen simbolov: N – število, $\bar{x}$ – povprečna vrednost, σ – standardni odklon, KA – koeficient asimetrije, KS – koeficient sploščenosti.

Vir: Lastni vir 2023.

Ugotavljamo, da so koeficienti asimetričnosti in sploščenosti v intervalu med -1 in $+1$ in ne odstopajo od normalne porazdelitve. Iz povprečnih vrednosti razberemo, da ima najvišjo vrednost postavka WB1 ($\bar{x} = 4,27$), kar pomeni, da so se anketirane osebe v povprečju v zadnjih dveh tednih počutile vedro in dobre volje. Ostale postavke imajo povprečne vrednosti med 3,71 in 4,27. Višji standardni odklon kaže na večjo variabilnost odgovorov, kar pomeni, da je mnenje anketiranih oseb bolj razpršeno. Največji standardni odklon ($\sigma = 1,29$) ima postavka WB4, kar pomeni večjo variabilnost odgovorov glede tega, ali so se udeležene osebe v zadnjih dveh tednih zbudile sveže in spočite.

V tabeli 34 prikazujemo frekvenčno porazdelitev postavk konstrukta subjektivna blaginja in lahko razberemo, koliko anketiranih oseb je izbralo posamezno vrednost na Likertovi lestvici za vsako postavko. Podatki se ujemajo s prejšnjo tabelo, saj so najpogosteje izbrali vrednosti na Likertovi lestvici blizu povprečne vrednosti. Na primer postavka WB3 ima povprečno vrednost 3,93, anketirane osebe pa so vrednost 4 pri isti postavki izbrali najpogosteje, in sicer v 31,4 odstotkih.

Tabela 34: Frekvenčna porazdelitev konstrukta subjektivna blaginja

	WB1			WB2			WB3			WB4			WB5		
	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %	N	F %	CF %
1	2	0,6	0,6	1	0,3	0,3	4	1,3	1,3	16	5,0	5,0	3	0,9	5,0
2	24	7,5	8,2	35	11,0	11,3	42	13,2	14,5	43	13,5	18,6	36	11,3	18,6
3	47	14,8	23,0	53	16,7	28,0	60	18,9	33,3	77	24,2	42,8	52	16,4	42,8
4	84	26,4	49,4	86	27,0	55,0	100	31,4	64,8	81	25,5	68,2	88	27,7	68,2
5	135	42,5	91,8	120	37,7	92,8	90	28,3	93,1	82	25,8	94,0	101	31,8	94,0
6	26	8,2	100,0	23	7,2	100,0	22	6,9	100,0	19	6,0	100,0	38	11,9	100,0
Skupaj	318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0		318	100,0	

Pomen simbolov: N – število, F – delež, CF – kumulativni delež.

Vir: Lastni vir 2023.

6.8.4 Preverjanje veljavnosti in zanesljivosti

EFA je multivariatna statistična metoda, ki je postala temeljno orodje pri razvoju in potrjevanju psiholoških teorij in meritev (Watkins 2018, 219) in se najpogosteje uporablja za zmanjševanje večjega števila spremenljivk v bolj obvladljive enote ter za razvoj in izboljšanje novih lestvic merskega instrumenta (Reio Jr in Shuck 2015, 12). Preverjanje veljavnosti in zanesljivosti konstruktov smo izvedli tako, da smo najprej ocenili njihovo dimenzionalnost. V prvem koraku uporabimo EFA, s čimer zmanjšamo in poenostavimo veliko število postavk. Tako EFA z uvedbo sintetičnih spremenljivk (faktorjev) zmanjša število spremenljivk (Bastič 2006, 44). Vrednosti faktorskih uteži posameznih postavk nam dajejo podatek o obtežitvi pri posameznem konstrukt. Ta pristop nam pomaga bolje razumeti notranjo strukturo konstruktov, kar vodi do večje zanesljivosti analize in interpretacije rezultatov. Kot navaja Bastič (2006, 44), lahko potek faktorske analize opišemo z naslednjimi fazami: določitev spremenljivk in analiza odvisnosti med njimi, odločitev o številu faktorjev in vsebinska opredelitev faktorjev.

Znanstvena literatura nas opozarja na obstoj več metod oblikovanja faktorjev. Najpogosteje uporabljena metoda je metoda glavnih komponent (angl. *principal component analysis*) (Costello in Osborne 2005, 1–2). Pri metodi glavnih komponent so faktorji oblikovani tako, da linearna kombinacija spremenljivk, ki meri prvi faktor, pojasni največji del celotne variance opazovanih spremenljivk. Drugi faktor je nato oblikovan kot druga najboljša linearna kombinacija spremenljivk, ki pojasni največji del s prvim faktorjem še nepojasnjene variance opazovanih spremenljivk. Po enakem zaporedju se oblikujejo tudi vsi naslednji faktorji (Bastič 2006, 45).

Ko pridobimo faktorske uteži, jih lahko interpretiramo s pomočjo vrtenja koordinatnega sistema v prostoru faktorskih uteži, če nam dobljenih skupnih faktorjev ni mogoče smiselno razložiti. Ena izmed najbolj pogosto uporabljenih metod pravokotnega vrtenja je metoda Varimax, ki poskuša optimizirati faktorske uteži tako, da so čim bolj diferencirane, kar omogoča bolj enostavno razlago faktorjev (Kaiser 1958, 187–189).

Da bi preverili smiselnost uporabe EFA, smo uporabili Bartlettov test sferičnosti ($p < 0,05$), s katerim preizkušamo ničelno domnevo, da ne obstaja odvisnost med opazovanimi spremenljivkami (Bastič 2006, 44). Naslednji pogoj za izvedbo EFA je Kaiser-Meier-Olkinova statistika (KMO). Kaiser (1974) predlaga, da naj bo vrednost statistike KMO večja ali enaka 0,5. EFA analizo smo uporabili za ugotavljanje konvergentne veljavnosti (Fornell in Larcker 1981, 43–44). O slednji govorimo, če so posamezni kazalci značilno uteženi na pripadajoče dejavnike, kar pomeni, da so uteži višje od 0,5 (Hair idr. 1998) in statistično značilne. Tako smo na podlagi rezultatov metode EFA najprej izločili spremenljivke, katerih komunaliteta je bila manjša od 0,4, in nato še spremenljivke, katerih faktorske uteži so bile

manjše od 0,5 ali obtežene na dveh ali več faktorjih. Za preverjanje notranje konsistentnosti faktorjev smo uporabili koeficient Chronbach alfa (Chronbach 1951, 297–334).

Nadaljevali smo z izvedbo CFA, ker EFA ne zagotavlja eksplicitnega testa enorazsežnosti (Anderson in Gerbing 1988, 411–412). Modeliranje strukturnih enačb bo tako potekalo po naslednjih korakih:

- identifikacija modela;
- določitev razporejenosti spremenljivk;
- izbor metode za ocenjevanje modela, ki bo temeljil na lastnostih porazdelitve vhodnih podatkov, konstrukti in ciljnih raziskave. Uporabljena bo metoda največjega verjetja (angl. *maximum likelihood* - *ML*) (Stoica in Sharman 1990, 1132);
- ocenjevanje merskega modela, vključno z zanesljivostjo posameznih kazalcev, zanesljivostjo kompozitov in povprečjem izločenih varianc;
- ocenjevanje celotne ustreznosti strukturnega modela s pomočjo različnih indeksov ustreznosti, kot so χ^2 test, χ^2 / df , RMSEA, RMR, GFI, NFI, NNFI in CFI (Sivo idr. 2006, 267);
- ocenjevanje latentnih spremenljivk v modelu, vključno s strukturnimi regresijskimi koeficienti, vrednostmi t in koeficienti multiple determinacije (R^2) za posamezne strukturne enačbe;
- preučitev možnosti za prilagoditev modela z uporabo indeksov modifikacije in analize rezidualov.

Kot navaja Milfelner (2008, 190), nam EFA omogoča notranjo konsistentnost merjenja z koeficientom zanesljivosti Cronbach alfa. Vrednost koeficienta Cronbach alfa se giblje med 0 in 1, pri čemer je vrednost 0,5 določena kot zadovoljiva mera zanesljivosti; bolj kot se vrednost približuje enici, pomeni, da postavke merijo isto dimenzijo (Leontitsis in Pagge 2007, 336). Kot navajata Gerbing in Anderson (1988, 415), to ne drži v vseh primerih, saj na vrednost koeficienta Cronbach alfa vpliva tudi število postavk in korelacija med njimi. Pri tem je bolj zanesljiv koeficient zanesljivosti konstrukta (CR) (angl. *composite reliability*), ki vključuje tudi merske napake (Fornell in Larcker 1981, 45). Vrednost zanesljivosti kompozita CR nad 0,60 je sprejemljiva (Shrestha 2021, 6). Z zanesljivostjo posameznih konstruktov (angl. *construct reliability*) preverjamo, ali bo izbrana množica postavk konsistentna v merjenju konstrukta (Paswan 2009). Konvergentna veljavnost kaže na stopnjo povezanosti dveh postavk istega konstrukta in jo najlažje preverimo z analizo korelacij med kazalci reflektivnega konstrukta, kjer je predpogoj, da korelira z drugimi meritvami, s katerimi merimo enake konstrukte (Cunningham idr. 2001, 167). Avtorji navajajo, da konvergentno veljavnost najlažje ugotavljamo z analizo korelacij med kazalci reflektivnega konstrukta (Stöber 2001, 222). Kot merilo konvergentne veljavnosti se

uporablja kazalnik povprečje izločenih varianc (AVE), ki nam pove, kakšen delež variance zajema merjeni konstrukt v primerjavi z deležem variance, ki izhaja iz rezidualov, tj. merskih napak, in mora biti vsaj 0,5 (Fornell in Larcker 1981, 45–46).

Z diskriminantno veljavnostjo ocenjujemo, kako različna so med seboj merila, ki merijo različne konstrukte. Pri tem smo uporabili Fornell-Larckerjevo pravilo, ki pravi, da mora biti povprečje izločenih varianc večje od kvadrata korelacije med proučevanima konstruktoma (Fornell in Larcker 1981, 45–46). Konvergentna veljavnost ni dovolj za zagotavljanje veljavnosti konstrukta (Milefelner 2008, 191), zato bomo preverili še diskriminantno veljavnost z uporabo matrike HTMT (Henseler idr. 2015, 116).

Kot zadnjo bomo preverili še nomološko veljavnost, ki je relativno nov koncept (Liu idr. 2012, 951). Nomološka veljavnost se nanaša na stopnjo, do katere se rezultati nekega merila povezujejo z drugimi merili v skladu s teoretičnimi pričakovanji (Spiro in Weitz 1990, 65). Drugače povedano, merska lestvica je nomološko veljavna, če se njeni rezultati ujemajo z obstoječimi teoretičnimi modeli ali konceptualnimi okviri. To pomeni, da so rezultati merske lestvice v skladu s pričakovanimi vzorci povezanosti, kot jih predvideva teorija.

Da bi ocenili celotno ustreznost strukturnega modela, bomo pozorni na naslednje indekse ustreznosti (Biloslavo in Kljajić-Dervić 2016, 180–181):

- vrednost RMSEA (angl. *root mean square error of approximation*) mora biti nižja od 0,08; dober model ima nizko neznatno vrednost statistike χ^2 in čim več stopinj prostosti df;
- indeks GFI (angl. *goodness of fit index* $0 < \text{GFI} < 1,0$) primerja rezidualne iz ocenjene matrike podatkov z reziduali v dejanski matriki podatkov – idealna vrednost bi naj bila višja od 0,95;
- priporočene vrednosti NFI in NNFI (angl. *normed fit index*, *not normed fit index*): $0 < \text{NFI}$, $\text{NNFI} < 1$;
- indeks CFI (angl. *comparative fit index*), kjer je priporočena vrednost $0 < \text{CFI} < 1$;
- indeks RMR (angl. *root mean square residual*), pri katerem mora biti priporočena vrednost manjša od 0,08.

6.8.5 Zadovoljstvo z življenjem

Zadovoljstvo z življenjem smo merili s petimi postavkami (LS1 – LS5), ki so predstavljene v tabeli 35. V prvi fazi smo ugotavljali smiselno uporabo faktorje analize za zadovoljstvo z življenjem. V tabeli 35 predstavljamo vrednost KMO (0,847) in Bartletov test sferičnosti ($p < 0,05$), ki sta ustrezna. Tudi vrednost komunalitete je za vse postavke višja od 0,4. Koeficient Cronbach alfa (0,87) nam kaže dobro stopnjo zanesljivosti.

Tabela 35: Zanesljivost, komunalitete in faktorske uteži za konstrukt zadovoljstvo z življenjem

Oznaka	Postavke	Cronbach α	Komunalitete	F1
LS1	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	0,87	0,770	0,880
LS2	Moje življenjske razmere so izvrstne.		0,671	0,878
LS3	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.		0,775	0,819
LS4	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.		0,634	0,796
LS5	Če bi še enkrat živel/-a, ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.		0,487	0,698
KMO: 0,847; Bartletov test sferičnosti: 815,590; sig.: 0,001				

Pomen simbola: F1 – faktorske uteži.

Vir: Lastni vir 2023.

Iz tabele 36 razberemo, da se iz skupno petih postavk izoblikuje en faktor, ki pojasnjuje 66,8 % variabilnosti, s čimer smo zadostili tudi kriteriju dobrega faktorja glede na odstotkovni delež pojasnjene variabilnosti (vsaj 60 %). Ta faktor poimenujemo zadovoljstvo z življenjem.

Tabela 36: Celotna pojasnjena varianca za konstrukt zadovoljstva z življenjem

Komponente	Začetek lastne vrednosti			Izveleček vsote kvadratov		
	Skupaj	Odstotek variance	Kumulativni odstotek	Skupaj	Odstotek variance	Kumulativni odstotek
1	3,338	66,770	66,770	3,338	66,770	66,770
2	0,661	13,218	79,987			
3	0,452	9,045	89,033			
4	0,290	5,796	94,829			
5	0,259	5,171	100,000			

Vir: Lastni vir 2023.

6.8.6 Uspešno staranje

Podobno kot za konstrukt zadovoljstvo z življenjem smo preverili smiselnost uporabe EFA za konstrukt uspešno staranje. Iz tabele 37 je razvidno da je EFA za konstrukt uspešno staranje smiselna, saj sta vrednosti KMO (0,810) in Bartletov test sferičnosti ($p < 0,001$) ustrezni. Skupni koeficient Cronbach alfa (0,71) kaže na dobro zanesljivost. Uspešno staranje smo merili s 35 postavkami, pri tem smo jih izločili 7. Tako je ostalo 28 postavk, ki so predstavljene v tabeli 37. Prvih šest (SA1 – SA6) sestavlja dimenzijo fizično zdravje. Koeficient Cronbach alfa (0,73) za to dimenzijo zagotavlja dobro zanesljivost. Naslednjih šest postavk (SA8 – SA13) sestavlja dimenzijo integrirana socialna in zdravstvena oskrba. Koeficient Cronbach alfa (0,54) kaže na slabo zanesljivost. Naslednjih šest postavk (SA14, SA17, SA18, SA19, SA20 in SA21) sestavlja dimenzijo socialna mreža. Koeficient Cronbach alfa (0,68) nakazuje sprejemljivo zanesljivost. Naslednji sklop postavk (SA23 – SA28, SA30, SA33 in SA30) sestavlja dimenzijo duševno zdravje. Koeficient Cronbach alfa za to dimenzijo znaša 0,70 in kaže na dobro zanesljivost. Zadnji sklop postavk (SA33 – SA35) sestavlja dimenzijo bivanjsko okolje. Koeficient Cronbach alfa za to dimenzijo znaša 0,78, kar prav tako kaže na dobro zanesljivost.

Na podlagi analize komunalitet smo iz obravnave izločili dve postavki – SA16 in SA29. Pri vseh ostalih postavkah so vrednosti komunalitet dovolj visoke, višje od 0,4 in tako ustrezajo kriteriju. Pet postavk ima visoke uteži (nad 0,40) na dveh ali več faktorjih; te smo v nadaljevanju postopno izločili in po vsakem koraku preverjali jasnost strukture faktorjev. Vrstni red izločanja postavk je bil naslednji: SA7, SA15, SA22, SA31 in SA32. Tabela 37 nam tudi prikazuje, da ima postavka S26 utež še na dveh faktorjih večjo od 0,40. V tem primeru smo se odločili za prenehanje izločanja postavk, saj se je struktura lepo razjasnila, preostala factorska utež (nad 0,40) pa je le rahlo previsoka oziroma je utež na nasprotnem faktorju absolutno višja. Končna rešitev zajema 28 postavk, kar pomeni, da smo prvotno število 35 postavk zmanjšali za sedem, katerih rezultate predstavljamo v tabeli 37. Faktorje smo poimenovali glede na postavke, ki so vključene v vsakem faktorju in ga predstavljajo: fizično zdravje, duševno zdravje, socialna mreža, bivanjsko okolje in integrirana socialna ter zdravstvena oskrba.

Tabela 37: Zanesljivost, komunalitete in faktorske uteži za konstrukt uspešno staranje

Oznaka	Postavka	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži				
				1	2	3	4	5
SA1	V življenje sem aktivno vključen/-a s produktivnimi dejavnostmi (dejavnosti, kot so: delo, opravki, prostočasne dejavnosti itd.).	0,73	0,779	0,805				
SA2	Skušam ostati relativno zdrav/-a in brez poškodb.		0,573	0,691				
SA3	Tveganje za okužbo s spolno prenosljivimi okužbami mi vzbuja negativne občutke.		0,657	0,716				
SA4	Za svoja leta imam dovolj fizične kondicije.		0,711	0,811				
SA5	Skušam se vključiti v navade zdravega življenjskega sloga.		0,745	0,837				
SA6	Tekom staranja skušam ohraniti dobro telesno delovanje.	0,54	0,819	0,892				
SA8	V starosti želim živeti v institucionalnem okolju, specializiranem za LGBTQ+ osebe.		0,675		0,782			
SA9	V starosti želim živeti v domačem okolju.		0,574		0,768			

Oznaka	Postavka	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži				
				1	2	3	4	5
SA10	Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.	0,68	0,458		0,649			
SA11	Skrbi me, ali bom imel dovolj finančnih sredstev za potrebe socialne/zdravstvene oskrbe v starosti.		0,612		0,424			
SA12	Misel na bivanje v domu za starejše mi vzbuja negativne občutke.		0,551		0,702			
SA13	Strah me je, da bi umrl sam/-a.		0,556		0,614			
SA14	Aktivno sem vključen/-a v življenje z rednimi socialnimi stiki.		0,639			0,591		
SA17	Vedno se lahko zanesem na prijatelje.		0,580			0,656		
SA18	V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam.		0,628			0,722		
SA19	V svoji starosti se bom lahko popolnoma zanesel/-a na svojega partnerja ali partnerko.		0,669			0,685		

Oznaka	Postavka	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži				
				1	2	3	4	5
SA20	Družina izbire mi nudi podporo in občutek pripadnosti, zato mi zelo veliko pomeni.	0,70	0,675			0,671		
SA21	Pomembno mi je, da sem lahko vključen v LGBTQ+ skupnost (npr. nevladne organizacije, društva itn.).		0,709			0,718		
SA23	Večkrat imam nihanje razpoloženja.		0,520				0,675	
SA24	V življenju sem vsaj enkrat trpel/-a zaradi depresije.		0,583				0,807	
SA25	Pogosto doživljam stres.		0,576				0,795	
SA26	S svojo starostjo se obremenjujem.		0,690				0,625	0,428
SA27	Tekom staranja skušam ohraniti dobro duševno delovanje.		0,710				0,560	
SA28	Misel na starost mi vzbuja občutke tesnobe.		0,621				0,576	
SA30	Težave s svojim duševnim zdravjem pripisujem večinoma ...		0,573				0,607	
SA33	Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje.		0,745					0,791
SA34	V lokalnem okolju se počutim prijetno.	0,78	0,819					0,730

Oznaka	Postavka	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži				
				1	2	3	4	5
SA35	Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti ...		0,710					0,737

KMO: 0,810; Bartletov test sferičnosti: 3200,535; sig.: < 0,001; skupna Cronbach alfa: 0,709; metoda rotacije: Varimax

Vir: Lastni vir 2023.

Rezultati EFA za konstrukt uspešno staranje kažejo, da ne gre za enodimenzionalni konstrukt, temveč ga sestavlja pet dimenzij. Končna rešitev zajema 28 postavk, kar pomeni, da smo prvotno število 35 postavk zmanjšali za sedem. Preostale postavke s pripadajočimi komunalitetami in faktorske uteži prikazujemo v tabeli 37, kjer so faktorske uteži, manjše od 0,4, izpuščene. Vrednost komunalitet je za vse postavke večja od 0,4 in kot taka ustrezna.

Tabela 38: Celotna pojasnjena varianca za konstrukt uspešno staranje

Komponente	Začetek lastne vrednosti			Izveleček vsote kvadratov		
	Skupaj	Odstotek variance	Kumulativni odstotek	Skupaj	Odstotek variance	Kumulativni odstotek
1	7,843	28,013	28,013	7,843	28,013	28,013
2	4,993	17,835	45,848	4,993	17,835	45,848
3	2,675	9,553	55,401	2,675	9,533	55,401
4	1,333	4,762	60,163	1,333	4,762	60,163
5	1,077	3,845	64,008	1,077	3,845	64,008
6	0,876	3,127	67,135			
7	1,181	4,218	60,163			
8	0,833	2,976	70,110			
9	0,814	2,908	73,018			
10	0,768	2,744	75,762			
11	0,663	2,366	78,128			
12	0,655	2,339	80,467			
13	0,602	2,151	82,618			
14	0,566	2,023	84,641			
15	0,540	1,930	86,571			
16	0,485	1,733	88,304			
17	0,450	1,609	89,913			
18	0,419	1,498	91,411			
19	0,388	1,384	92,795			
20	0,368	1,313	94,108			
21	0,349	1,247	95,355			
22	0,326	1,163	96,518			
23	0,301	1,075	97,593			
24	0,243	0,962	98,555			
25	0,219	0,781	99,436			
26	0,186	0,664	99,336			
27	0,126	0,548	99,568			
28	0,100	0,448	100,000			

Vir: Lastni vir 2023.

Na podlagi pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da pet faktorjev skupaj pojasnjuje 64,0 odstotka variance oz. variabilnosti opazovanih postavk (tabela 38). Vseh pet faktorjev je

skladnih s konstruktom uspešno staranje. Prvega poimenujemo *fizično zdravje*, ki pojasnjuje 28,0 % variance. Drugi faktor je *integrirana socialna in zdravstvena oskrba*, ki pojasnjuje 17,8 % variance. Tretji faktor imenujemo *socialna mreža*, ki pojasnjuje 9,5 % variance. Četrty faktor je *duševno zdravje*, ki pojasnjuje 4,8 % variance, in peti, zadnji faktor imenujemo *bivanjsko okolje*, ki pojasnjuje 3,9 % variance. Mera zanesljivosti (koeficient Cronbach alfa) je ustrezna, in sicer je pri vseh dimenzijah večja od 0,6, z izjemo dimenzij integrirana socialna in zdravstvena oskrba, ki je nov konstrukt in je vrednost koeficienta Cronbach alfa 0,54.

Analizo smo nadaljevali še z izvedbo CFA, s katero smo še enkrat preverjali dimenzionalnost konstrukta uspešno staranje, kjer smo že vnaprej določili strukturo vseh petih dimenzij, pri čemer smo v prvega, drugega in tretjega vključili šest, v četrtega sedem in v petega tri postavke. V ta namen smo primerjali dva merilna modela: enofaktorskega in večfaktorskega. Rezultate za oba modela prikazujemo v tabeli 39, iz katere je razvidno, da je konstrukt uspešno staranje večdimenzionalen, kar nam potrjujejo absolutna merila (χ^2/df , GFI) in primerjalni indeks prileganja (angl. *comparative fit index*) (CFI). Večina meril je v predlaganih intervalih. Vrednosti indeksov GFI in CFI nakazujejo na odlično prileganje modela zbranim podatkom, kar velja tudi za indeks RMSEA. Indeks RMR se ne spusti pod mejo 0,5, vendar v primerjavi z enodimenzionalnim modelom kaže na znatno izboljšanje.

Tabela 39: Izvleček statistike indeksov ustreznosti za eno- in večfaktorski model uspešnega staranja

	Enofaktorski model	Večfaktorski model
χ^2/df	2047,021/350*	122,181/67*
p	0,001	0,001
RMSEA	0,124	0,051
NFI	0,381	0,924
NNFI	0,374	0,951
CFI	0,421	0,964
RMR	0,412	0,145
GFI	0,610	0,948

* $p < 0,01$.

Vir: Lastni vir 2023.

Tabela 40: Standardizirane uteži, zanesljivost kompozita (CR) in povprečje izločenih varianc (AVE) za konstrukt uspešno staranje

Dimenzija	Oznaka	Postavke	Uteži	R ²	CR	AVE
Fizično zdravje	SA2	Skušam ostati relativno zdrav/-a in brez poškodb.	0,634	0,398	0,87	0,64
	SA4	Za svoja leta imam dovolj fizične kondicije.	0,806	0,787		
	SA5	Skušam se vključiti v navade zdravega življenjskega sloga.	0,817	0,505		
	SA6	Tekom staranja skušam ohraniti dobro telesno delovanje.	0,906	0,520		
Integrirana socialna in zdravstvena oskrba	SA10	Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.	0,645	0,545	0,51	0,34
	SA13	Strah me je, da bi umrl sam/-a.	0,519	0,467		
Socialna mreža	SA17	Vedno se lahko zanesem na prijatelje.	0,767	0,509	0,71	0,55
	SA18	V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam.	0,713	0,589		
Duševno zdravje	SA23	Večkrat imam nihanje razpoloženja.	0,683	0,270	0,76	0,51
	SA24	V življenju sem vsaj enkrat trpel/-a zaradi depresije.	0,738	0,415		
	SA25	Pogosto doživljam stres.	0,721	0,820		
Bivanjsko okolje	SA33	Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje.	0,710	0,668	0,79	0,56
	SA34	V lokalnem okolju se počutim prijetno.	0,887	0,650		
	SA35	Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema.	0,631	0,402		

Vir: Lastni vir 2023.

Končni rezultat CFA je konstrukt s petimi dimenzijami, pri čemer smo v končni rešitvi pri dimenziji fizično zdravje izločili 2 postavki, pri dimenziji integrirana socialna in zdravstvena oskrba 4 postavke, pri dimenziji socialna mreža prav tako 4 postavke in pri dimenziji duševno zdravje 5 postavk. Pri dimenziji bivanjsko okolje nismo izločili nobene postavke.

V tabeli 40 predstavljamo standardizirane uteži, zanesljivosti kompozita in povprečja izločenih varianc (AVE) za posamezne dimenzije konstrukta uspešno staranje. Vse faktorske uteži, z izjemo postavke SA13, presegajo vrednost 0,6. Razvidno je, da so vrednosti AVE pri vseh dimenzijah, z izjemo dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba, višje od

0,5 (Hair Jr idr. 2021), kar pomeni, da smo zadostili kriteriju konvergentne veljavnosti pri vseh dimenzijah, z izjemo dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba. Podobno kot AVE, tudi CR pri vseh dimenzijah presega predpisano vrednost 0,6, z izjemo dimenzije integrirana oskrba. Sklenemo lahko, da so naše dimenzije zanesljive, z izjemo dimenzije integrirana oskrba. Ker pa smo želeli, da je konstrukt uspešno staranje sestavljen iz petih dimenzij, tudi z integrirano socialno in zdravstveno oskrbo, smo to dimenzijo obdržali.

Tabela 41: Korelacije med latentnimi spremenljivkami konstrukta uspešno staranje

	Fizično zdravje	Integrirana oskrba	Socialna mreža	Duševno zdravje	Bivanjsko okolje
Fizično zdravje	0,796				
Integrirana oskrba	0,037***	0,585			
Socialna mreža	0,478***	0,011***	0,741		
Duševno zdravje	0,272***	0,304***	0,166***	0,714	
Bivanjsko okolje	0,349***	0,349***	0,440***	0,372***	0,751

***Vse korelacije med latentnimi dimenzijami konstrukta uspešno staranje so pozitivne in statistično značilne pri $p < 0,001$.

Vir: Lastni vir 2023.

V naslednjem koraku preverjamo diskriminantno veljavnost s Fornell-Larckerjevim kriterijem, ki velja za najstrožji test diskriminantne veljavnosti. Tukaj primerjamo vrednosti kvadratnega korena AVE s korelacijami med latentnimi spremenljivkami. Pri tem mora vrednost $\sqrt{\text{AVE}}$ posameznega konstrukta biti višja od najvišjega korelacijskega koeficienta tega konstrukta s preostalimi latentnimi spremenljivkami. V tabeli 41 opazimo, da je ta kriterij izpolnjen, saj so diagonalne vrednosti ($\sqrt{\text{AVE}}$) za vse dimenzije višje od korelacij posamezne dimenzije z ostalimi dimenzijami.

Tabela 42: Rezultati HTMT analize

	Fizično zdravje	Integrirana oskrba	Socialna mreža	Duševno zdravje	Bivanjsko okolje
Fizično zdravje	1				
Integrirana oskrba	0,069	1			
Socialna mreža	0,335	0,014	1		
Duševno zdravje	0,135	0,325	0,174	1	
Bivanjsko okolje	0,087	0,327	0,441	0,366	1

Vir: Lastni vir 2023.

Vrednost HTMT (angl. *the heterotrait-monotrait*) predstavlja razmerje med povprečjem korelacij med indikatorji različnih konstruktov in povprečjem korelacij indikatorjev istega konstrukta. Vrednosti blizu 1 kažejo na težave z diskriminantno veljavnostjo. Avtorji priporočajo, da naj bo vrednost HTMT manjša od 0,85 (Henseler idr. 2015). V tabeli 42 vidimo, da so vse vrednosti HTMT manjše od 0,85 in kot take ustrezajo. Najvišja vrednost je med konstruktoma zadovoljstvo z življenjem in subjektivno blaginjo (HTMT = 0,637), vendar je še vedno skladna s priporočili. Sklenemo, da smo tudi na podlagi predstavljenih rezultatov HTMT analize zadovoljili pogoju diskriminantne veljavnosti, kar pomeni, da smo izmerili unikatne dimenzije uspešnega staranja.

6.8.7 Dobro počutje oz. subjektivna blaginja

Podobno kot za prejšnja konstrukta smo najprej preverili smiselnost uporabe EFA za konstrukt subjektivna blaginja. Vrednost KMO (0,864) in stopnja značilnosti Bartlettovega testa ($p < 0,05$) kažeta na smiselnost uporabe faktorske analize. Vrednost komunalitet je za vse postavke večja od 0,4 in kot taka ustrezna (tabela 43). Večje absolutne vrednosti faktorskih uteži kažejo na močnejšo povezavo med spremenljivko in faktorjem. Razvidno je, da so vse faktorske uteži večje od 0,7. Koeficient Cronbach alfa (0,90) pa kaže na odlično zanesljivost konstrukta.

Tabela 43: Zanesljivost, komunalitete in faktorske uteži za konstrukt subjektivna blaginja

Oznaka	Postavke	Cronbach α	Komunalitete	F1
WB1	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	0,90	0,789	0,909
WB2	Moje življenjske razmere so izvrstne.		0,826	0,897
WB3	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.		0,805	0,889
WB4	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.		0,660	0,813
WB5	Če bi še enkrat živel/-a, ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.		0,540	0,735

KMO: 0,864; Bartletov test sferičnosti: 1078,771; sig.: 0,001

Pomen simbola: F1 – faktorske uteži.

Vir: Lastni vir 2023.

Tabela 44: Celotna pojasnjena varianca za konstrukt subjektivna blaginja

Komponente	Začetek lastne vrednosti			Rotirana vsota kvadratov		
	Skupaj	Odstotek variance	Kumulativni odstotek	Skupaj	Odstotek variance	Kumulativni odstotek
1	3,621	72,413	72,413	3,621	72,413	72,413
2	0,552	11,046	83,458			
3	0,432	8,639	92,097			
4	0,237	4,737	96,834			
5	0,158	3,166	100,000			

Vir: Lastni vir 2023.

Kot je razvidno iz tabele 44, se od skupno petih postavk izoblikuje en faktor, ki pojasnjuje 72,4 % variabilnosti, s čimer smo zadostili tudi kriteriju dobrega faktorja glede na odstotkovni delež pojasnjene variabilnosti (vsaj 60 %). Ta faktor poimenujemo *subjektivna blaginja*.

5.8.8 Opisna statistika konstrukta uspešno staranje drugega reda

Vse postavke so bile združene na podlagi povprečnih vrednosti. Tako smo vse postavke posameznega konstrukta sešteli, nato pa to vsoto delili s številom postavk.

V nadaljevanju prikazujemo opisno statistiko konstruktov drugega reda za uspešno staranje. Povprečne vrednosti dimenzij zavzamejo vrednosti med 1 in 7. Kot je razvidno iz tabele 45,

najvišjo povprečno vrednost dosega dimenziji fizično zdravje ($\bar{x} = 5,34$) in socialna mreža ($\bar{x} = 5,41$). Večja kot je povprečna vrednost dimenzije fizično zdravje, boljše fizično zdravje zaznavajo anketirane osebe. Podobno kot pri dimenziji fizično zdravje tudi pri dimenziji socialna mreža z višanjem povprečne vrednosti narašča zaznavanje velikosti socialne mreže in v tem primeru ugotavljamo zelo dobro razvito socialno mrežo. Podobno povprečno vrednost ima tudi dimenzija bivanjsko okolje ($\bar{x} = 5,17$), kar nakazuje, da anketirane osebe svoje bivanjsko okolje zaznavajo kot zelo dobro. Najnižjo povprečno vrednost pa dosega dimenzija duševno zdravje ($\bar{x} = 3,62$) in jo lahko opišemo kot slabo duševno zdravje anketiranih oseb, saj se z nižanjem povprečne vrednosti zmanjšuje tudi zaznavanje duševnega zdravja. Standardni odkloni se gibljejo v obsegu 1,15 in 1,73, pri tem je najmanjši standardni odklon pri dimenziji fizično zdravje. Najvišji standardni odklon opazimo pri dimenziji integrirana socialna in zdravstvena oskrba, kar kaže na večjo variabilnost v odgovorih udeležencev.

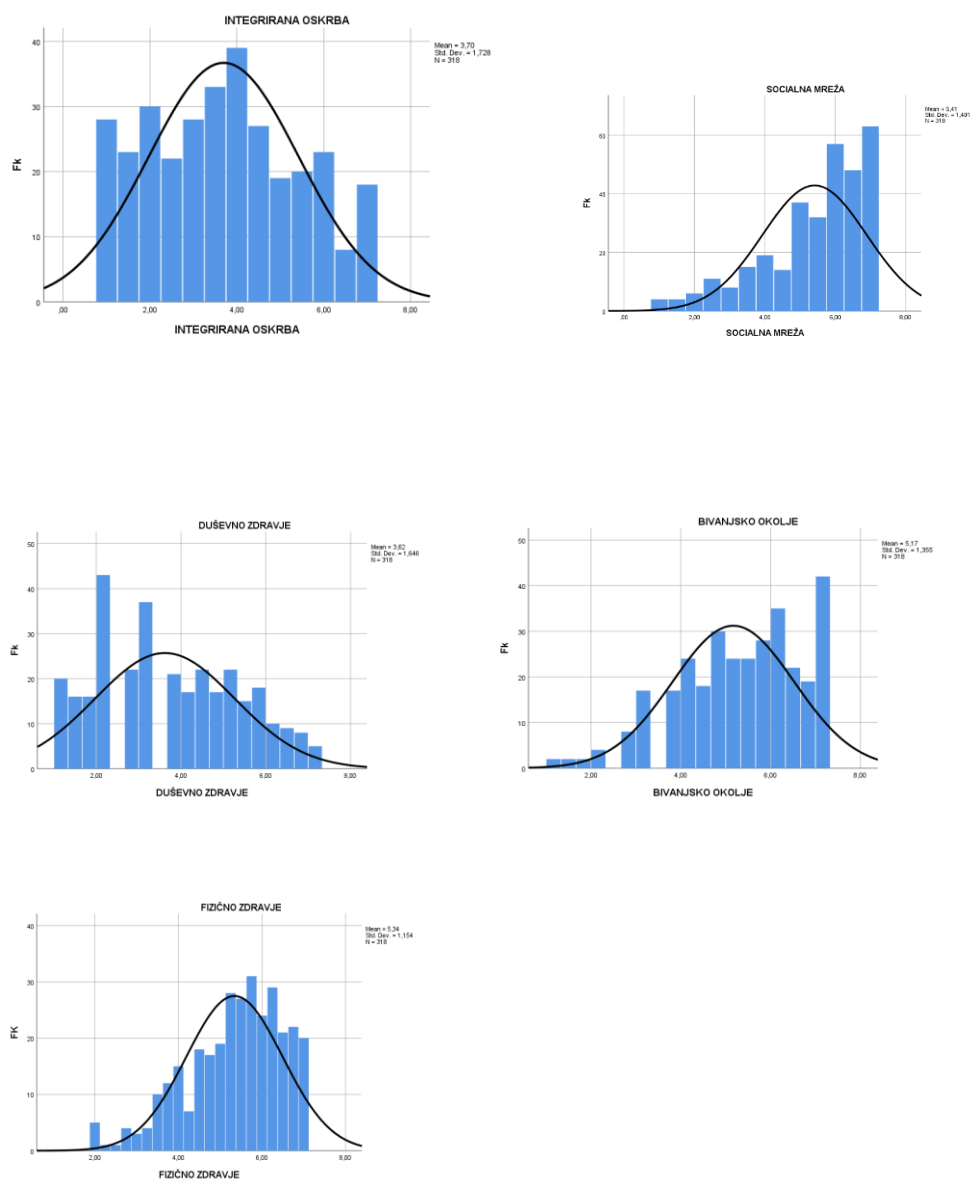
Tabela 45: Opisna statistika konstrukta drugega reda – uspešno staranje

	Fizično zdravje	Integrirana oskrba	Socialna mreža	Duševno zdravje	Bivanjsko okolje
Povprečna vrednost	5,340	3,697	5,412	3,620	5,172
Standardni odklon	1,154	1,728	1,481	1,646	1,355
Koeficient asimetrije	-0,697	0,181	-1,028	0,144	-0,587
Standardna napaka koeficienta asimetrije	0,137	0,137	0,137	0,137	0,137
Koeficient sploščenosti	0,033	-0,911	0,374	-1,024	-0,098
Standardna napaka koeficienta sploščenosti	0,273	0,273	0,273	0,273	0,273

Vir: Lastni vir 2023.

Negativen koeficient asimetrije pri dimenziji fizično zdravje kaže na levo asimetrično porazdelitev, medtem ko koeficient sploščenosti (0,003) kaže na relativno normalno porazdelitev. Pri dimenziji integrirana socialna in zdravstvena oskrba pozitiven koeficient asimetrije kaže na desno asimetrijo, koeficient sploščenosti (-0,911) kaže na precejšnjo sploščenost porazdelitve. Porazdelitev dimenzije socialna mreža je levo asimetrična, koeficient sploščenosti pa nakazuje na koničasto porazdelitev. Dimenzija duševno zdravje je desno asimetrična in sploščeno porazdeljena. Kot zadnjo dimenzijo uspešnega staranja predstavljamo bivanjsko okolje, kjer ugotavljamo, da gre za asimetričnost v levo in za rahlo sploščeno asimetrijo.

Slika 6: Frekvenčne porazdelitve za dimenzije uspešnega staranja



Vir: Lastni vir 2023.

6.8.9 Merski model

V tabeli 46 prikazujemo ključne kazalnike za merski model in indekse zanesljivosti. Pri indeksih zanesljivosti ugotavljamo, da vrednost indeksa RMR ni pod kritično mejo 0,05, pri čemer pa ostali indeksi zanesljivosti ($RMSEA > 0,08$; NFI , CFI in $GFI > 0,9$) ustrezajo zahtevanim merilom.

Tabela 46: Merski model konstruktov – standardizirane uteži (koeficient λ), zanesljivost kompozitov (CR) in povprečja izločenih varianc (AVE)

Konstrukt	Postavke	Koeficient λ	R ²	CR	AVE
Zadovoljstvo z življenjem	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	0,846	0,716	0,88	0,60
	Moje življenjske razmere so izvrstne.	0,792	0,628		
	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.	0,861	0,741		
	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.	0,724	0,524		
	Če bi še enkrat živel/-a, ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.	0,632	0,399		
Fizično zdravje	Skušam ostati relativno zdrav/-a in brez poškodb.	0,640	0,409	0,87	0,64
	Za svoja leta imam dovolj fizične kondicije.	0,807	0,651		
	Skušam se vključiti v navade zdravega življenjskega sloga.	0,818	0,668		
	Tekom staranja skušam ohraniti dobro telesno delovanje.	0,903	0,815		
Integrirana socialna in zdravstvena oskrba	Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.	0,558	0,311	0,26	0,34
	Strah me je, da bi umrl sam/-a.	0,608	0,370		
Socialna mreža	Vedno se lahko zanesem na prijatelje.	0,750	0,563	0,56	0,54
	V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam.	0,721	0,521		
Duševno zdravje	Večkrat imam nihanje razpoloženja.	0,688	0,473	0,61	0,51
	V življenju sem vsaj enkrat trpel/-a zaradi depresije.	0,704	0,496		
	Pogosto doživljam stres.	0,747	0,558		
Bivanjsko okolje	Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje.	0,736	0,542	0,69	0,56
	V lokalnem okolju se počutim prijetno.	0,853	0,728		
	Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema.	0,648	0,420		
Subjektivna blaginja	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a vedro in dobre volje.	0,889	0,790	0,91	0,66
	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a pomirjeno in sproščeno.	0,914	0,835		

Konstrukt	Postavke	Koeficient λ	R ²	CR	AVE
	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a živahno in poln/-a energije.	0,870	0,758		
	V zadnjih dveh tednih sem se zbudil/-a svež/-a in spočit/-a.	0,726	0,527		
	V zadnjih dveh tednih je bil moj vsakdan zapolnjen s stvarmi, ki me zanimajo.	0,627	0,393		
Indeksi ustreznosti: χ^2/df : 404,178/229; p: 0,001; RMSEA: 0,049; NFI: 0,902; NNFI: 0,945; CFI: 0,955; RMR: 0,125; GFI: 0,903.					

Vir: Lastni vir 2023.

Ugotavljamo, da so vrednosti konvergentne veljavnosti AVE (> 0,50) pri vseh dimenzijah, razen dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba, primerne. CR (> 0,70) je ustrezen pri konstrukt zadovoljstvo z življenjem in dimenzijama fizično zdravje in subjektivna blaginja. Pri dimenzijah integrirana socialna in zdravstvena oskrba, socialna mreža, duševno zdravje in bivanjsko okolje pa CR ni ustrezen, kar kaže na pogojno zanesljivost teh dimenzij.

V nadaljevanju preverjamo diskriminantno veljavnost s Fornell-Larckerjevim kriterijem. Pri tem primerjamo vrednosti kvadratnega korena AVE s korelacijami med latentnimi spremenljivkami. Vrednost $\sqrt{\text{AVE}}$ posameznega konstrukta mora biti višja od najvišjega korelacijskega koeficienta tega konstrukta s preostalimi latentnimi spremenljivkami. V tabeli 47 opazimo, da smo ta kriterij izpolnili, saj so diagonalne vrednosti ($\sqrt{\text{AVE}}$) v vseh primerih višje od korelacij, zapisanih navpično ali vodoravno.

Tabela 47: Korelacija med latentnimi spremenljivkami

	1	2	3	4	5	6	7
Fizično zdravje (1)	0,80						
Integrirana socialna in zdravstvena oskrba (2)	-0,05*	0,58					
Socialna mreža (3)	0,48*	- 0,01*	0,71				
Duševno zdravje (4)	-0,27*	0,33*	-0,17*	0,71			
Bivanjsko okolje (5)	0,36*	-0,35*	0,44*	-0,37*	0,75		
Zadovoljstvo z življenjem (6)	0,45*	-0,07*	0,58*	-0,37*	0,59	0,78	
Subjektivna blaginja (7)	0,33*	-0,19*	0,40*	-0,62*	0,54	0,63	0,81
					*	*	

*Vse korelacije med latentnimi dimenzijami konstrukta uspešno staranje statistično značilne pri $p < 0,001$.

Vir: Lastni vir 2023.

Dodaten kriterij diskriminantne veljavnosti je vrednost HTMT, ki predstavlja razmerje med povprečjem korelacij med indikatorji različnih konstruktov in povprečjem korelacij indikatorjev istega konstrukta. Vrednosti blizu 1 kažejo na težave z diskriminantno veljavnostjo. Avtorji priporočajo, da je vrednost HTMT v razponu med 0 in 0,85 (Henseler idr. 2015, 116). V tabeli 46 vidimo, da so vse vrednosti konstruktov manjše od 0,85 in kot take ustrezajo. Najvišjo vrednost vidimo med konstruktoma zadovoljstvo z življenjem in subjektivno blaginjo (HTMT = 0,637), vendar je še vedno skladna s priporočili. Zaključimo, da smo na podlagi predstavljenih rezultatov obeh testov (Fornell-Larckerjev kriterij in HTMT analiza) zadovoljili pogoju diskriminantne veljavnosti, kar pomeni, da smo izmerili unikatne konstrukte.

Tabela 48: Rezultati HTMT analize

	1	2	3	4	5	6	7
Fizično zdravje (1)	1						
Integrirana socialna in zdravstvena oskrba (2)	0,069	1					
Socialna mreža (3)	0,508	0,014	1				
Duševno zdravje (4)	0,307	0,325	0,174	1			
Bivanjsko okolje (5)	0,401	0,327	0,441	0,366	1		
Zadovoljstvo z življenjem (6)	0,514	0,055	0,591	0,376	0,597	1	
Subjektivna blaginja (7)	0,399	0,211	0,424	0,610	0,526	0,637	1

Vir: Lastni vir, 2023.

6.8.10 Strukturni model

Modeliranje strukturnih enačb (angl. *structural equation modeling* – SEM) je napredna statistična tehnika, ki zajema in združuje faktorsko analizo in analizo poti (angl. *path analysis*). Metoda je zelo podobna multipli regresiji, kljub temu pa se razlikuje v večji moči ocenjevanja, ker vključuje meritve, kot so neposredne povezave, povezave neodvisnih spremenljivk, rezidualne (merske napake) in povezavo rezidualov ter latentnih spremenljivk, ki jih merimo z več indikatorji. Prednost metode SEM pred multiplo regresijo je v sposobnosti razlage tako neposrednih kot posrednih vplivov posameznih spremenljivk v modelu. Proces SEM se osredotoča na dva ključna koraka: preverjanje veljavnosti merskega modela in ustreznost strukturnega modela. SEM je sinonim za analizo kovariančnih struktur in običajno zahteva trdno teoretično podlago za utemeljitev povezav v vzročnem modelu. Za modeliranje strukturnih enačb smo uporabili programsko orodje AMOS.

Analizo nadaljujemo s preverjanjem konceptualnega modela, ki smo ga predstavili v uvodnem poglavju.

Tabela 49: Strukturni model – standardizirane uteži konstruktov, zanesljivost kompozitov (CR) in povprečja izločenih varianc (AVE)

Konstrukt	Postavke	Koeficient λ	R ²	CR	AVE
Zadovoljstvo z življenjem	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	0,830	0,688	0,87	0,57
	Moje življenjske razmere so izvrstne.	0,772	0,596		
	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.	0,847	0,717		
	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.	0,703	0,494		
	Če bi še enkrat živel/-a, ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.	0,605	0,366		
Fizično zdravje	Skušam ostati relativno zdrav/-a in brez poškodb.	0,626	0,391	0,87	0,63
	Za svoja leta imam dovolj fizične kondicije.	0,799	0,638		
	Skušam se vključiti v navade zdravega življenjskega sloga.	0,812	0,659		
	Tekom staranja skušam ohraniti dobro telesno delovanje.	0,903	0,815		
Integrirana zdravstvena in socialna oskrba	Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.	0,672	0,451	0,28	0,35
	Strah me je, da bi umrl sam/-a.	0,508	0,258		
Socialna mreža	Vedno se lahko zanesem na prijatelje.	0,655	0,428	0,52	0,51
	V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam.	0,774	0,599		
Duševno zdravje	Večkrat imam nihanje razpoloženja.	0,667	0,445	0,76	0,51
	V življenju sem vsaj enkrat trpel/-a zaradi depresije.	0,718	0,515		
	Pogosto doživljam stres.	0,758	0,574		
Bivanjsko okolje	Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje.	0,756	0,571	0,79	0,56
	V lokalnem okolju se počutim prijetno.	0,837	0,701		
	Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema.	0,643	0,413		

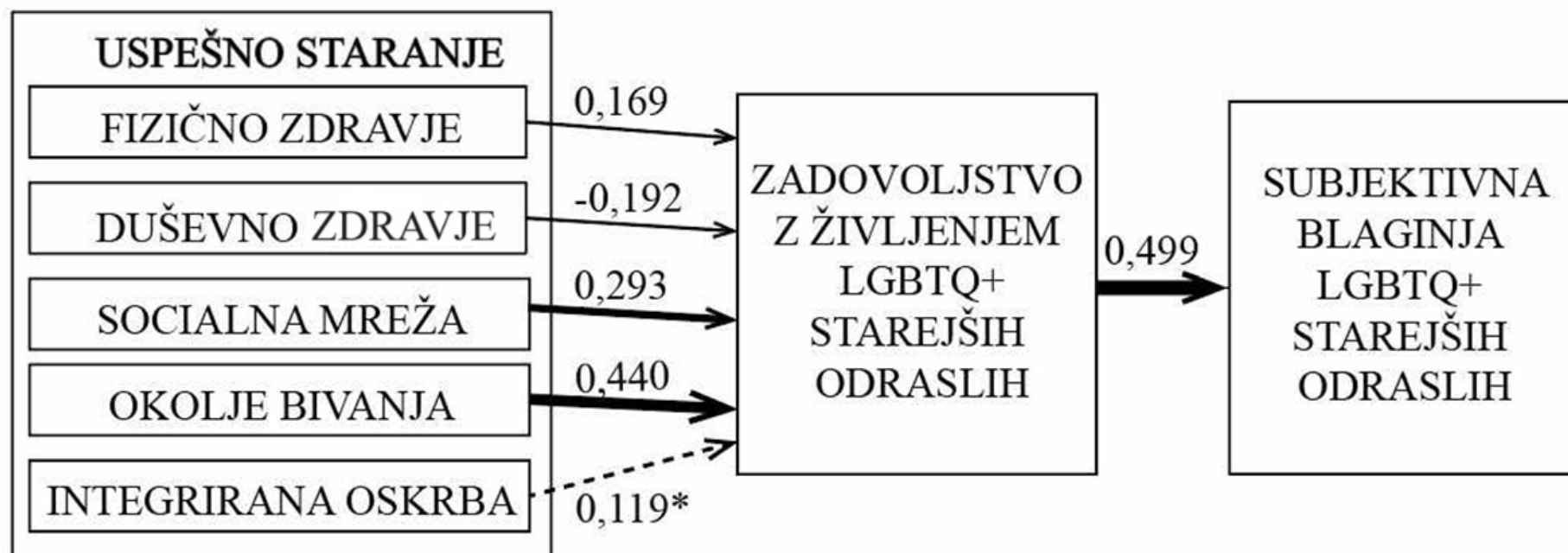
Konstrukt	Postavke	Koeficient λ	R ²	CR	AVE
Subjektivna blaginja	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a vedro in dobre volje.	0,880	0,774	0,90	0,64
	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a pomirjeno in sproščeno.	0,908	0,825		
	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a živahno in poln/-a energije.	0,853	0,736		
	V zadnjih dveh tednih sem se zbudil/-a svež/-a in spočit/-a.	0,708	0,502		
	V zadnjih dveh tednih je bil moj vsakdan zapolnjen s stvarmi, ki me zanimajo.	0,608	0,370		
Indeksi ustreznosti: χ^2/df : 458,766/238 p: 0,001; RMSEA: 0,054; NFI: 0,889; NNFI: 0,934; CFI: 0,943; RMR: 0,275; GFI: 0,892.					

Vir: Lastni vir 2023.

V tabeli 49 prikazujemo strukturni model – standardizirane uteži konstrukтов, zanesljivost kompozitov (CR) in povprečja izločenih varianc (AVE). Ugotavljamo, da so vrednosti konvergentne veljavnosti AVE (> 0,50) pri vseh dimenzijah, z izjemo dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba, ustrezne. CR je pri vseh konstruktih večji od 0,7, z izjemo dimenzij socialna mreža in integrirana socialna ter zdravstvena oskrba, kar kaže na pogojno zanesljivost teh dimenzij.

Indeksa NNFI in CFI sta večja od 0,90 in ustrežata predpisani vrednosti. Indeks NFI in GFI sta blizu predpisane vrednosti. Statistika RMSEA je blizu visoki ustreznosti (RMSEA < 0,05), ampak kljub temu kaže na sprejemljivo ustreznost (RMSEA = 0,054). Ostali indeksi so blizu predpisanih vrednosti, kar kaže na sprejemljivo ustreznost modela.

Slika 7: Končni prilagojeni strukturni model uspešnega staranja za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih



Vse povezave so statistično značilne pri $p < 0,01$; razen: * $p = 0,138$.

Indeksi ustreznosti: χ^2/df : 458,766/238 p : 0,001; RMSEA: 0,054; NFI: 0,889; NNFI: 0,934; CFI: 0,943; RMR: 0,275; GFI: 0,892.

Vir: Lastni vir 2023.

Tabela 50: Indeksi ustreznosti za proučevani ugnezdjeni model

Model	χ^2	df	p	RMSEA	NFI	NNFI	CFI	RMR	GFI
S ₁	458,766	238	0,001	0,054	0,889	0,934	0,943	0,275	0,892
S ₂	566,761	203	0,001	0,075	0,859	0,891	0,904	0,382	0,851

Vir: Lastni vir 2023.

Osnovni strukturni model, prikazan na sliki 7, označujemo z oznako S₁ in je skladen s postavljenimi hipotezami. Naša analiza je pokazala, da integrirana socialna in zdravstvena oskrba (dimenzija uspešnega staranja) nima statistično značilnega vpliva na zadovoljstvo z življenjem. Zato smo želeli preveriti, če obstaja še kakšen boljši strukturni model, s katerim bi bilo možno bolje oceniti zastavljene vplive na zadovoljstvo z življenjem.

Uporabili smo Andersonov in Gerbingov (1988) dvostopenjski pristop. Izračunani indeksi ustreznosti obeh modelov kažejo, da ni možno potrditi statistično neznačilnih kritičnih velikosti χ^2 . Ostali globalni indeksi ustreznosti so v okviru oziroma blizu predpisanih intervalov. NFI je zelo blizu vrednosti 0,90, NNFI pa je to vrednost presegel. Indeks RMSEA ni najbolj ustrezen, saj ni manjši od vrednosti 0,1. Tudi globalni indeks ustreznosti GFI je skoraj enak vrednosti 0,9 in kot tak zelo blizu predpisanemu intervalu. Če primerjamo indekse ustreznosti z modelom S₂, ugotovimo, da so pri modelu S₂ vsi indeksi ustreznosti izven predpisanih intervalov, razen indeksa RMR, zato s tem potrjujemo, da je osnovni strukturni model S₁ sprejemljiv.

V tabeli 51 prikazujemo regresijske koeficiente v končnem modelu skupaj z vrednostmi t in statistično značilnostjo proučevanih vplivov. Pri tem ugotavljamo, da fizično zdravje statistično značilno in pozitivno vpliva na zadovoljstvo z življenjem ($\gamma_1 = 0,169$). Socialna mreža prav tako statistično značilno in pozitivno vpliva na zadovoljstvo z življenjem ($\gamma_3 = 0,293$), kar pomeni, da boljše kot je fizično zdravje, večje je zadovoljstvo z življenjem. Nadalje ugotavljamo, da vpliv integrirane socialne in zdravstvene oskrbe na zadovoljstvo z življenjem ni statistično značilen ($p = 0,138$). Ugotavljamo, da obstaja močnejši, statistično značilen vpliv bivanjskega okolja ($\gamma_5 = 0,440$) na zadovoljstvo z življenjem. Šibko, negativno in statistično značilno, vpliva na zadovoljstvo z življenjem duševno zdravje ($\gamma_4 = -0,192$), kar pomeni, da slabše kot je duševno zdravje, slabše je zadovoljstvo z življenjem. Na koncu smo preverili še vpliv zadovoljstva z življenjem na subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Izmed vseh proučevanih vplivov je ta vpliv največji ($\beta_1 = 0,499$). Na koncu se z vidika veljavnosti konstruktov preveri še nomološka veljavnost, ki kaže stopnjo, do katere so proučevani konstrukti, ki naj bi bili povezani v teoriji, povezani tudi empirično (Žnidaršič in Selak 2018, 58). Kot izpostavlja Milfelner (2008, 191), gre za preverjanje teoretično zastavljenega strukturnega modela. Nomološke veljavnosti konstruktov smo posredno preverili s končnim strukturnim modelom. Nomološko veljavnost lestvice uspešnega staranja smo potrdili, saj ugotavljamo, da elementi uspešnega staranja (z izjemo integrirane socialne in zdravstvene oskrbe) vplivajo na zadovoljstvo z življenjem v pričakovani smeri in slednje vpliva na subjektivno blaginjo. Kot izhaja iz pregleda literature, se vsi obravnavani konstrukti dopolnjujejo in ni stroge ločnice med njimi.

Tabela 51: Standardizirane vrednosti koeficientov β in γ v končnem strukturnem modelu

Povezave med latentnimi spremenljivkami	Koeficienti	Vrednost t	Vrednost p
Fizično zdravje → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_1 = 0,169$	$t_1 = 3,670$	$p < 0,01$
Integrirana socialna in zdravstvena oskrba → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_2 = 0,119$	$t_2 = 1,483$	$p = 0,138$
Socialna mreža → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_3 = 0,293$	$t_3 = 5,128$	$p < 0,001$
Duševno zdravje → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_4 = -0,192$	$t_4 = -4,044$	$p < 0,001$
Bivanjsko okolje → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_5 = 0,440$	$t_5 = 6,922$	$p < 0,001$
Zadovoljstvo z življenjem → subjektivna blaginja	$\beta_1 = 0,499$	$t_6 = 10,119$	$p < 0,001$

Vir: Lastni vir 2023.

Na podlagi izračunanih povezav lahko preverimo zastavljene hipoteze, ki smo jih podrobneje predstavili v poglavju 5.1. Na podlagi rezultatov lahko sprejmemo hipotezi H_1 in H_3 , saj fizično zdravje in socialna mreža šibko, a statistično značilno vplivata na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih. Tudi hipotezo H_2 sprejmemo, saj smo ugotovili, da slabo duševno zdravje negativno in statistično značilno vpliva na zadovoljstvo z življenjem. Hipotezi H_4 in H_6 prav tako sprejmemo, saj smo dokazali statistično značilen vpliv. Hipoteze H_5 ne sprejmemo, saj nismo ugotovili statistično značilnega vpliva pri $p < 0,05$ integrirane socialne in zdravstvene oskrbe na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih. Rezultate testiranja raziskovalnih hipotez predstavljamo v tabeli 52.

Tabela 52: Rezultati testiranja raziskovalnih hipotez

Hipoteza	Rezultat
H ₁ : Fizično zdravje kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.	Sprejmemo
H ₂ : Duševno zdravje kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.	Sprejmemo
H ₃ : Socialna mreža kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.	Sprejmemo
H ₄ : Bivanjsko okolje kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.	Sprejmemo
H ₅ : Integrirana socialna in zdravstvena oskrba kot gradnik uspešnega staranja vpliva na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.	Zavrnamo
H ₆ : Zadovoljstvo z življenjem vpliva na subjektivno blaginjo LGBTQ+ starejših odraslih.	Sprejmemo

Vir: Lastni vir 2024.

6.8.11 Model s kontrolnimi spremenljivkami

V končni model smo vključili še kontrolne spremenljivke (spolna usmerjenost, starost in spol, dodeljen ob rojstvu). Regresijske koeficiente v končnem modelu z vključenimi kontrolnimi spremenljivkami prikazujemo v tabeli 53, kjer smo ovrednotili tudi statistično značilnost povezav. Izpostaviti je potrebno, da se jakosti vplivov med posameznimi spremenljivkami tudi po vključitvi kontrolnih spremenljivk niso bistveno spremenile.

Tabela 53: Standardizirane vrednosti koeficientov β in γ v končnem strukturnem modelu s kontrolnimi spremenljivkami

Povezave med latentnimi spremenljivkami	Koeficienti	Vrednost t	Vrednost p
Fizično zdravje → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_1 = 0,170$	$t_1 = 3,719$	$p < 0,001$
Integrirana socialna in zdravstvena oskrba → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_2 = 0,080$	$t_2 = 1,010$	$p = 0,312$
Socialna mreža → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_3 = 0,295$	$t_3 = 5,213$	$p < 0,001$
Duševno zdravje → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_4 = -0,197$	$t_4 = -4,166$	$p < 0,001$
Bivanjsko okolje → zadovoljstvo z življenjem	$\gamma_5 = 0,440$	$t_5 = 6,952$	$p < 0,001$
Zadovoljstvo z življenjem → subjektivna blaginja	$\beta_1 = 0,526$	$t_6 = 10,695$	$p < 0,001$
Spolna usmerjenost → subjektivna blaginja	$x_1 = 0,178$	$t_7 = 2,922$	$p = 0,003$
Starost → subjektivna blaginja	$x_2 = 0,009$	$t_8 = 0,230$	$p = 0,818$
Spol, dodeljen ob rojstvu → subjektivna blaginja	$x_3 = -0,303$	$t_9 = -2,278$	$p = 0,023$
Indeksi ustreznosti: χ^2/df : 688/255 p : 0,001; RMSEA: 0,061; NFI: 0,841; NNFI: 0,894; CFI: 0,905; RMR: 0,296; GFI: 0,858.			

Vir: Lastni vir 2024.

Kot je prikazano v tabeli 53, fizično zdravje pozitivno statistično pomembno, čeprav šibko, vpliva na zadovoljstvo z življenjem ($\gamma_1=0,170$). Nadalje ugotavljamo, da vpliv integrirane socialne in zdravstvene oskrbe na zadovoljstvo z življenjem ni statistično značilen. Vpliv socialne mreže na zadovoljstvo z življenjem ($\gamma_3 = 0,295$) je statistično značilen in pozitiven. Duševno zdravje negativno vpliva ($\gamma_4 = -0,197$) na zadovoljstvo z življenjem. Močnejši pozitiven vpliv na zadovoljstvo z življenjem ($\gamma_5 = 0,440$) opazimo pri bivanjskem okolju. Najmočnejši pozitivni vpliv ($\beta_1 = 0,526$) na subjektivno blaginjo ima zadovoljstvo z življenjem.

V nadaljevanju predstavljamo vplive kontrolnih spremenljivk na subjektivno blaginjo. V končni model smo vključili še kontrolne spremenljivke (spolna usmerjenost, starost in spol, dodeljen ob rojstvu). V raziskavi smo spol ob rojstvu merili z nominalno lestvico, spolno usmerjenost z ordinalno in starost na intervalni lestvici. Ker smo v regresijsko analizo vključili nominalno in ordinalno spremenljivko, ustvarimo slamnate (angl. *dummy*) spremenljivke, včasih imenovane slepe ali neprave spremenljivke. Spremenljivka »spol ob rojstvu« ima tako dve kategoriji: moški = 1 in ženski = 0.

Spremenljivka »spolna usmerjenost« nam pove, ali je oseba (a) lezbijka, (b) gej, (c) biseksualna oseba, (d) panseksualna oseba, (e) aseksualna oseba, (f) heteroseksualna oseba in (g) druge spolne usmerjenosti. Za vključitev v regresijski model smo z uvedbo ene slamnate spremenljivke, spolna usmerjenost, opisno spremenljivko pretvorili v številsko. Spremenljivka spolna usmerjenost ima vrednost 1, če je oseba (a) lezbijka ali (b) gej, in vrednost 0, če oseba spada v eno od naslednjih skupin: (a) biseksualne osebe, (b)

panseksualne osebe, (c) aseksualne osebe, (d) heteroseksualne osebe, in (e) druge spolne usmerjenosti. Z uvedbo samo ene slamnate spremenljivke smo izboljšali njeno porazdelitev.

Ugotavljamo, da spolna usmerjenost šibko pozitivno in statistično značilno vpliva na subjektivno blaginjo ($x_1 = 0,178$). Ugotavljamo namreč, da geji in lezbijke zaznavajo večjo subjektivno blaginjo v primerjavi s skupino, v kateri so druge spolne usmerjenosti. Spol, dodeljen ob rojstvu, na subjektivno blaginjo vpliva statistično značilno, negativno s srednjo jakostjo ($x_3 = -0,303$). Iz dobljenih rezultatov ugotavljamo, da osebe, ki jim je ob rojstvu bil pripisan ženski spol, zaznavajo nižjo subjektivno blaginjo v primerjavi s tistimi osebami, ki jim je ob rojstvu bil pripisan moški spol. Statistično pomembnega vpliva starosti na subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih nismo ugotovili. Na koncu dodajamo še podatek o indeksih ustreznosti. Ugotavljamo, da indeksi ustreznosti niso znotraj predpisanih meja, a so blizu le-teh.

6.9 Analiza razlik pri posameznih konstruktihi glede na kraj bivanja

Model uspešnega staranja za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih je sestavljen iz treh konstruktov – uspešnega staranja, zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje. V nadaljevanju bomo preverili obstoj razlik pri obravnavanih konstruktihi glede na njihov kraj bivanja – veliko mesto, malo mesto in ruralno okolje. V prejšnjem poglavju smo namreč ugotovili, da ima izmed vseh dejavnikov uspešnega staranja bivanjsko okolje največji vpliv na zadovoljstvo z življenjem. Zato bomo preverili, ali obstajajo tudi razlike v uspešnem staranju, zadovoljstvu z življenjem in subjektivni blaginji glede na velikost kraja, kjer bivajo.

6.9.1 Ugotavljanje razlik v doživljanju zadovoljstva z življenjem LGBTQ+ starejših odraslih glede na kraj bivanja

Analizo smo nadaljevali s proučevanjem povprečnih vrednosti in standardnih odklonov pri posameznih postavkah za zadovoljstvo z življenjem glede na bivanjsko okolje in s pomočjo enosmerne analize variance (ANOVA) ugotavljali razlike med tremi bivanjskimi okolji – veliko mesto, malo mesto in ruralno okolje.

Tabela 54: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen pri doživljanju zadovoljstva z življenjem glede na kraj bivanja

Oznaka	Postavke	Veliko mesto (> 50.000)		Malo mesto (< 50.000)		Ruralno območje		F	p
		M	SD	M	SD	M	SD.		
LS1	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	4,89	1,38	4,35	1,60	4,21	1,45	6,855	0,001
LS2	Moje življenjske razmere so izvrstne.	4,94	1,33	4,56	1,47	4,51	1,45	3,235	0,041
LS3	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.	5,36	1,23	4,86	1,60	4,65	1,58	7,368	0,001
LS4	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.	4,69	1,63	4,29	1,76	4,40	1,53	1,910	0,150
LS5	Če bi še enkrat živel/-a, ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.	4,52	1,78	4,25	1,92	3,87	1,86	3,304	0,038

Pomen oznak: SD – standardni odklon, p – signifikanca, F – F porazdelitev, M – povprečje, SD – standardni odklon.

Vir: Lastni vir 2023.

Splošni rezultati raziskave kažejo dokaj visoko zadovoljstvo z življenjem anketiranih oseb glede na bivanjsko okolje (tabela 54). Slednje lahko podkrepimo z interpretacijo o dokaj visokem zadovoljstvu anketirancev z življenjem glede na bivanjsko okolje (aritmetična sredina med 3,87 in 5,36 na lestvici od 1 do 7). Višje zadovoljstvo z življenjem dosegajo anketirane osebe, ki živijo v velikem mestu.

Da bi ugotovili, ali glede na zadovoljstvo z življenjem obstajajo razlike med posameznimi postavkami glede na njihovo bivanjsko okolje, smo izvedli enosmerno analizo variance (ANOVA). Tabela 53 kaže, da se statistično značilne razlike pri $p < 0,05$ pojavljajo pri vseh postavkah, razen pri postavki »Do sedaj sem dobil in dosegel vse, kar sem si v življenju želel« ($p = 0,150$). Na osnovi predstavljenih rezultatov ugotavljamo, da so med ocenami zadovoljstva z življenjem glede na bivanjsko okolje statistično značilne razlike. S pomočjo post hoc analize smo nato ugotavljali še natančnejše razlike med tremi bivanjskimi okolji anketiranih starejših odraslih (tabela 55).

Tabela 55: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih, ki se nanašajo na zadovoljstvo z življenjem glede na njihov kraj bivanja

Oznaka	Postavke	Bivanjsko okolje	Bivanjsko okolje	Srednja razlika (I-J)	SE	p
LS1	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,536*	0,196	0,018
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,674*	0,201	0,003
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,137	0,222	0,809
LS2	Moje življenjske razmere so izvrstne.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,377	0,188	0,113
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,425	0,193	0,049
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,049	0,212	0,971
LS3	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,506*	0,193	0,024
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,709*	0,198	0,001
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,202	0,218	0,622
LS4	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,407	0,219	0,154
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,288	0,225	0,408
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,119	0,248	0,880
LS5	Če bi še enkrat živel/-a ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,265	0,246	0,530
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,648*	0,252	0,029
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,384	0,278	0,352

Pomen oznak: p – signifikanca, SE – standardna napaka.

Vir: Lastni vir 2023.

Rezultati post hoc analize kažejo, da pri postavki LS1 »V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu« konstrukta zadovoljstva z življenjem obstaja statistično značilna razlika med anketiranimi osebami, ki bivajo v velikem mestu, in anketiranci, ki bivajo v majhnih mestih ($p = 0,018$), ter anketiranimi osebami, ki bivajo v velikem mestu in ruralnem okolju ($p = 0,003$), medtem ko se stališče »V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu« med anketiranimi osebami, ki bivajo v majhnih mestih in ruralnem okolju, ne razlikuje ($p = 0,809$).

Čeprav kaže statistična analiza pri postavki LS2 »Moje življenjske razmere so izvrstne« na razlike, ugotavljamo, da so te manj pomembne in se pojavljajo samo med anketiranimi osebami, ki bivajo v velikem mestu, in tistimi, ki bivajo v ruralnem okolju ($p = 0,049$).

Glede postavke LS3 »Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem« ponovno izstopajo statistično značilne razlike med anketiranimi osebami, ki bivajo v velikem mestu, in tistimi, ki bivajo v majhnih mestih ($p = 0,024$), ter anketiranimi osebami, ki bivajo v velikem mestu in ruralnem okolju ($p = 0,001$), medtem ko se stališče »Zadovoljen sem s svojim življenjem« med anketiranimi osebami, ki bivajo v majhnih mestih in ruralnem okolju ne razlikuje ($p = 0,622$).

Glede na postavko LS4 »Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a« nismo zaznali statistično značilnih razlik med anketiranci, ki bivajo v velikem mestu, in anketiranci, ki bivajo v majhnih mestih ($p = 0,154$), med anketiranimi osebami, ki bivajo v velikem mestu, in tistimi, ki bivajo v ruralnem okolju ($p = 0,408$), in med anketiranimi osebami, ki bivajo v majhnih mestih, in tistimi, ki bivajo v ruralnem okolju ($p = 0,880$).

Statistično značilne razlike pri postavki LS5 »Če bi še enkrat živel/-a ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti« so le med anketiranimi osebami, ki bivajo v velikih mestih, in tistimi, ki bivajo v ruralnem okolju ($p = 0,029$).

6.9.2 Ugotavljanje razlik v doživljanju subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih glede na kraj bivanja

V nadaljevanju bomo preverili, ali obstajajo statistično značilne razlike v doživljanju subjektivne blaginje pri LGBTQ+ starejših odraslih glede na kraj bivanja.

Tabela 56: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen pri doživljanju dobrega počutja glede na kraj bivanja

	Postavke	Veliko mesto (> 50.000)		Malo mesto (< 50.000)		Ruralno območje		F	p
		M	SD	M	SD	M	SD		
WB1	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	4,40	1,001	4,04	1,182	4,30	1,106	3,016	0,049
WB2	Moje življenjske razmere so izvrstne.	4,25	1,038	3,81	1,246	4,25	1,118	4,948	0,008
WB3	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.	3,98	1,084	3,69	1,253	4,11	1,222	2,958	0,053
WB4	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.	3,92	1,166	3,40	1,482	3,71	1,198	4,653	0,010
WB5	Če bi še enkrat živel/-a, ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.	4,24	1,170	3,90	1,399	4,21	1,054	2,460	0,087

Pomen oznak: SD – standardni odklon, p – signifikanca, F – F porazdelitev, M – povprečna vrednost.

Vir: Lastni vir 2023.

V nadaljevanju smo preverili povprečne vrednosti in standardne odklone pri posameznih postavkah subjektivne blaginje glede na bivanjsko okolje in s pomočjo enosmerne analize variance (ANOVA) ugotavljali razlike med tremi bivanjskimi okolji. Statistično značilne razlike ($p < 0,05$) ugotovimo pri treh od petih postavk doživljanja dobrega počutja, in sicer pri WB1, WB2 in WB 4, zato hipotezo potrdimo (tabela 55). Pri postavkah WB3 in WB5 statistično pomembnih razlik ni.

V tabeli 56 prikazujemo statistično značilne razlike pri postavkah WB1, WB2 in WB3. Pri postavki WB1 ugotavljamo, da so povprečne vrednosti v razponu od 4,04 do 4,40, tako ne moremo govoriti o bistvenih razlikah. Tudi pri postavkah WB2 in WB3 ugotavljamo, da so povprečne vrednosti podobne med vsemi tremi skupinami. Sorazmerno visoki standardni odkloni nakazujejo, da so podatki med seboj zelo različni in da je variabilnost med njimi visoka. Analizo nadaljujemo s post hoc analizo.

Tabela 57: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih oseb, ki se nanašajo na subjektivno blaginjo glede na njihov kraj bivanja

Oznaka	Postavke	Bivanjsko okolje	Bivanjsko okolje	Srednja razlika (I-J)	SD	p
WB1	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,355*	0,145	0,040
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,101	0,149	0,776
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,254	0,164	0,270
WB2	Moje življenjske razmere so izvrstne.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,439*	0,150	0,011
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,002	0,154	0,999
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,437*	0,170	0,028
WB3	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,287	0,157	0,163
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-0,128	0,161	0,706
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,415	0,177	0,052
WB4	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,520*	0,171	0,007
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,202	0,175	0,482
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,319	0,193	0,224
WB5	Če bi še enkrat živel/-a, ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,344	0,163	0,089
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,030	0,167	0,982
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,313	0,183	0,204

Pomen oznak: SD – standardni odklon, p – signifikanca.

Vir: Lastni vir 2023.

Rezultati post hoc analize, predstavljeni v tabeli 57, kažejo, da pri postavki WB1, konstrukta dobro počutje, obstaja statistično značilna razlika v doživljanju subjektivne blaginje med anketiranimi osebami, ki živijo v velikih, in osebami, ki živijo v malih mestih ($p = 0,040$). Anketirane osebe, ki živijo v velikih in malih mestih, se statistično ne razlikujejo od anketiranih oseb iz ruralnega okolja ($p < 0,005$).

Statistično značilne razlike obstajajo tudi pri postavki WB2, in sicer med anketiranimi osebami, ki živijo v velikih, in osebami, ki živijo v malih mestih ($p = 0,011$), ter anketiranci, ki živijo v malih mestih in ruralnem območju ($p = 0,028$). Anketirane osebe, ki živijo v

velikih mestih, se pri postavki WB2 statistično ne razlikujejo od anketiranih oseb iz ruralnega okolja ($p < 0,05$).

Pri postavki WB4 ugotavljamo statistično značilno razliko v doživljanju dobrega počutja med anketiranimi osebami, ki živijo v velikih, in tistimi, ki živijo v malih mestih ($p = 0,007$). Anketirane osebe, ki živijo v velikih in malih mestih se statistično ne razlikujejo od anketiranih iz ruralnega okolja ($p < 0,005$).

Pri postavkah WB3 in WB5 statistično značilnih razlik v zaznavi dobrega počutja glede na okolje bivanja nismo ugotovili.

6.9.3 Ugotavljanje razlik v uspešnem staranju LGBTQ+ starejših odraslih glede na kraj bivanja

Nadaljujemo še z analizo konstrukta uspešno staranje, ki je sestavljen iz petih dimenzij (fizično zdravje, duševno zdravje, socialna mreža, bivanjsko okolje in integrirana socialna ter zdravstvena oskrba). Najprej preverimo opisno statistiko (povprečne vrednosti in standardne odklone) in izvedemo za vsako dimenzijo analizo variance (ANOVA).

Tabela 58: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja pri dimenziji fizično zdravje glede na kraj bivanja

Oznaka	Postavke	Veliko mesto (> 50.000)		Malo mesto (< 50.000)		Ruralno območje		F	p
		M	SD	M	SD	M	SD		
SA1	V življenje sem aktivno vključen/-a s produktivnimi dejavnostmi (dejavnosti, kot so: delo, opravki, prostočasne dejavnosti itd.).	4,28	0,722	4,14	0,837	4,20	0,858	0,972	0,379
SA2	Skušam ostati relativno zdrav/-a in brez poškodb.	5,93	1,111	5,82	1,189	5,70	1,240	1,016	0,363
SA3	Tveganje za okužbo s spolno prenosljivimi okužbami mi vzbuja negativne občutke.	4,95	2,033	5,11	1,804	4,79	1,883	0,616	0,541
SA4	Za svoja leta imam dovolj fizične kondicije.	5,06	1,497	5,12	1,526	4,92	1,301	0,459	0,632
SA5	Skušam se vključiti v navade zdravega življenjskega sloga.	5,12	1,371	5,42	1,359	4,99	1,477	2,239	0,108
SA6	Tekom staranja skušam ohraniti dobro telesno delovanje.	5,29	1,443	5,40	1,365	5,25	1,405	0,253	0,777

Pomen oznak: M - povprečna vrednost, SD - standardni odklon, F – F porazdelitev, p - signifikanca.

Vir: Lastni vir 2023.

Iz tabele 58 je razvidno, da je izračunana statistična vrednost p pri vseh postavkah večja od 0,05, kar pomeni, da razlike v fizičnem zdravju glede na kraj bivanja niso statistično značilne. Zaradi tega v nadaljevanju za ta konstrukt ne predstavljamo post hoc testa, s katerim bi ugotavljali podrobnejše statistično značilne razlike v fizičnem zdravju glede na različen kraj bivanja.

Nadaljujemo s proučevanjem razlik dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba.

Tabela 59: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja pri dimenziji integrirana socialna in zdravstvena oskrba glede na kraj bivanja

Oznaka	Postavke	Veliko mesto (> 50.000)		Malo mesto (< 50.000)		Ruralno območje		F	p
		M	SD	M	SD	M	SD		
SA7	V starosti želim živeti v institucionalnem okolju.	3,61	1,846	3,59	1,725	3,76	1,998	0,230	0,795
SA8	V starosti želim živeti v institucionalnem okolju, specializiranem za LGBTQ+ osebe.	3,52	1,964	3,53	2,035	3,54	1,929	0,002	0,998
SA9	V starosti želim živeti v domačem okolju.	5,26	1,690	5,40	1,570	5,46	1,697	0,450	0,638
SA10	Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.	3,70	2,103	4,20	2,125	3,23	2,096	4,651	0,010
SA11	Skrbi me, ali bom imel dovolj finančnih sredstev za potrebe socialne/zdravstvene oskrbe v starosti.	4,43	2,044	5,16	1,747	4,54	1,935	4,249	0,015
SA12	Misel na bivanje v domu za starejše mi vzbuja negativne občutke.	4,29	1,898	4,54	2,120	4,15	2,045	0,838	0,434
SA13	Strah me je, da bi umrl sam/-a.	3,60	2,083	3,91	2,112	3,55	2,119	0,822	0,441

Pomen oznak: M – povprečna vrednost, SD – standardni odklon, F – F porazdelitev, p – signifikanca.

Vir: Lastni vir 2023.

Da bi ugotovili, ali glede na integrirano socialno in zdravstveno oskrbo obstajajo razlike med posameznimi postavkami glede na njihovo bivanjsko okolje, smo izvedli enosmerno analizo variance (ANOVA). Iz tabele 59 je razvidno, da obstajata statistično značilni razliki le pri postavkah SA10 in SA11. V nadaljevanju smo opravili še post hoc analizo, kjer primerjamo povprečne vrednosti enega kraja s povprečno vrednostjo ostalih dveh krajev.

Tabela 60: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih oseb, ki se nanašajo na uspešno staranje (integrirana socialna in zdravstvena oskrba) glede na njihov kraj bivanja

Oznaka	Postavke	Bivanjsko okolje	Bivanjsko okolje	Srednja razlika (I-J)	SD	p
SA7	V starosti želim živeti v institucionalnem okolju.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,015	0,249	0,998
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-0,154	0,255	0,819
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,168	0,281	0,821
SA8	V starosti želim živeti v institucionalnem okolju, specializiranem za LGBTQ+ osebe.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,010	0,265	0,999
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-0,018	0,272	0,198
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,008	0,299	1,000
SA9	V starosti želim živeti v domačem okolju.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,137	0,222	0,812
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-0,206	0,228	0,640
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,069	0,251	0,960
SA10	Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,499	0,286	0,184
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,473	0,290	0,233
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,972	0,319	0,007
SA11	Skrbi me, ali bom imel dovolj finančnih sredstev za potrebe socialne/zdravstvene oskrbe v starosti.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,731*	0,259	0,014
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-0,102	0,266	0,922
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,629	0,293	0,082
SA12	Misel na bivanje v domu za starejše mi vzbuja negativne občutke.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,245	0,269	0,263
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,139	0,275	0,869
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,384	0,303	0,415
SA13	Strah me je, da bi umrl sam/-a.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,311	0,282	0,513
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,054	0,289	0,981
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,364	0,318	0,486

Pomen oznak: SD – standardni odklon, p – signifikanca.

Vir: Lastni vir 2023.

Iz tabele 60 je razvidno, da obstaja statistično značilna razlika zgolj pri postavki SA10 ($p = 0,007$) »Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi«, in sicer med tistimi anketiranimi osebami, ki živijo v malem mestu, in tistimi, ki živijo na ruralnih območjih. Iz povprečnih vrednosti razberemo, da se s postavko bolj strinjajo ($M = 4,20$) tiste osebe, ki živijo v malih mestih. To pomeni, da je strah nekompetentne oskrbe bolj prisoten pri tistih osebah, ki živijo v malih mestih, v primerjavi z osebami, ki živijo v velikih mestih. Drugih statistično značilnih razlik ni.

V nadaljevanju prikazujemo opisno statistiko in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja glede na kraj bivanja pri dimenziji socialna mreža.

Tabela 61: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja glede na kraj bivanja pri dimenziji socialna mreža

Oznaka	Postavke	Veliko mesto (> 50.000)		Malo mesto (< 50.000)		Ruralno območje		F	p
		M	SD	M	SD	M	SD		
SA14	Aktivno sem vključen/-a v življenje z rednimi socialnimi stiki.	5,38	1,601	5,13	1,536	5,07	1,519	1,314	0,270
SA15	V svoji starosti se bom lahko zanesel/-a na pomoč (svojih) otrok.	2,36	2,012	3,02	2,324	3,42	2,330	6,603	0,002
SA16	Dobri odnosi s sosedi mi veliko pomenijo.	4,96	1,609	5,10	1,620	5,44	1,667	2,342	0,098
SA17	Vedno se lahko zanesem na prijatelje.	5,30	1,429	5,05	1,622	4,92	1,373	1,960	0,143
SA18	V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam.	5,96	1,669	5,67	1,955	5,27	2,079	3,563	0,030
SA19	V svoji starosti se bom lahko popolnoma zanesel/-a na svojega partnerja ali partnerko.	4,61	2,323	4,33	2,385	4,63	2,227	0,501	0,606
SA20	Družina izbire mi nudi podporo in občutek pripadnosti, zato mi zelo veliko pomeni.	4,91	1,827	4,46	1,797	4,52	1,773	2,135	0,120
SA21	Pomembno mi je, da sem lahko vključen v LGBTQ+ skupnost (npr. nevladne organizacije, društva itn.).	3,61	1,843	3,30	1,964	3,06	1,984	2,277	0,104
SA22	Verni ljudje imajo negativen odnos do mene.	3,15	1,772	3,21	1,969	2,73	1,947	1,766	0,173

Pomen oznak: M – povprečna vrednost, SD – standardni odklon, F – F porazdelitev, p – signifikanca.

Vir: Lastni vir 2023.

Da bi ugotovili, ali pri dimenziji socialna mreža obstajajo razlike med posameznimi postavkami glede na njihovo bivanjsko okolje, smo izvedli enosmerno analizo variance

(ANOVA). Ugotavljamo, da pri dveh postavkah obstajajo statistično pomembne razlike ($p < 0,005$), in sicer pri postavki SA15 »V svoji starosti se bom lahko zanesel/-a na pomoč (svojih) otrok« in pri postavki SA18 »V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam«. Nizke povprečne vrednosti pri postavki SA15 nakazujejo, da se anketirane osebe v starosti ne bodo mogle zanesi na pomoč (svojih) otrok. Pri postavki SA18 pa visoke povprečne vrednosti nakazujejo, da imajo anketirane osebe v življenju vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupajo. Na podlagi obstoječih statistično značilnih razlik v nadaljevanju prikazujemo še post hoc analizo (tabela 62), da bi dobili še bolj natančen vpogled v razlike.

Tabela 62: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih oseb, ki se nanašajo na uspešno staranje (socialna mreža) glede na njihov kraj bivanja

Oznaka	Postavke	Bivanjsko okolje	Bivanjsko okolje	Srednja razlika (I-J)	SD	p
SA14	Aktivno sem vključen/-a v življenje z rednimi socialnimi stiki.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,253	0,209	0,450
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,060	0,236	0,965
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,215	0,215	0,312
SA15	V svoji starosti se bom lahko zanesel/-a na pomoč (svojih) otrok.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,658	0,294	0,066
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,395	0,331	0,460
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-1,053*	0,301	0,002
SA16	Dobri odnosi s sosedi mi veliko pomenijo.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,141	0,218	0,795
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-,0342	0,246	0,349
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,482	0,224	0,081
SA17	Vedno se lahko zanesem na prijatelje.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,246	0,197	0,428
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,138	0,223	0,809
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-0,384	0,202	0,141
SA18	V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam..	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,288	0,250	0,485
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,397	0,283	0,340
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-0,684*	0,257	0,022
SA19	V svoji starosti se bom lahko popolnoma zanesel/-a na svojega partnerja ali partnerko.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,279	0,311	0,642
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,301	0,350	0,666
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-0,023	0,318	0,997
SA20	Družina izbire mi nudi podporo in občutek pripadnosti, zato mi zelo veliko pomeni.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,448	0,242	0,155
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,062	0,273	0,972
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-,0385	0,248	0,268
	Pomembno mi je, da sem lahko vključen v LGBTQ+ skupnost	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,312	0,257	0,446

Oznaka	Postavke	Bivanjsko okolje	Bivanjsko okolje	Srednja razlika (I-J)	SD	p
SA21	(npr. nevladne organizacije, društva itn.).	malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,237	0,290	0,652
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,549	0,263	0,095
SA22	Verni ljudje imajo negativen odnos do mene.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,062	0,252	0,967
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,483	0,284	0,207
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,421	0,258	0,234

Pomen oznak: SD – standardni odklon, p – signifikanca.

Vir: Lastni vir 2023.

V tabeli 62 opazimo, da obstaja statistično značilna razlika ($p = 0,002$) pri postavki SA15 med tistimi anketiranimi osebami, ki živijo v velikem mestu, in tistimi, ki živijo na ruralnih območjih. Iz povprečnih vrednosti lahko sklepamo, da se osebe, ki živijo v velikih mestih ($M = 2,36$) manj strinjajo s postavko, v primerjavi z osebami, ki živijo na ruralnih območjih ($M = 3,42$). Pri obeh skupinah je potrebno izpostaviti sorazmerno velik standardni odklon (veliko mesto: 2,01; ruralno območje: 2,33), kar kaže na to, da so si vrednosti v vzorcu med seboj zelo različne.

Nadaljujemo z ugotavljanjem razlik v uspešnem staranju (dimenzija duševno zdravje) glede na kraj bivanja. V tabeli 63 prikazujemo opisno statistiko, kjer ugotavljamo, da pri nobeni postavki te dimenzije ne obstaja statistično značilna razlika.

Tabela 63: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja glede na kraj bivanja pri dimenziji duševno zdravje

Oznaka	Postavke	Veliko mesto (> 50.000)		Malo mesto (< 50.000)		Ruralno območje		F	p
		M	SD	M	SD	M	SD		
SA23	Večkrat imam nihanje razpoloženja.	3,25	1,638	3,58	1,789	3,68	1,673	2,023	0,134
SA24	V življenju sem vsaj enkrat trpel/-a zaradi depresije.	3,54	2,376	3,68	2,342	3,65	2,241	0,125	0,882
SA25	Pogosto doživljam stres.	3,83	1,954	3,90	2,066	3,60	1,927	0,582	0,559
SA26	S svojo starostjo se obremenjujem.	3,20	1,794	2,87	1,968	2,90	1,760	1,181	0,308
SA27	Tekom staranja skušam ohraniti dobro duševno delovanje.	5,79	1,244	5,75	1,305	5,73	1,274	0,075	0,928
SA28	Misel na starost mi vzbuja občutke tesnobe.	3,40	1,675	3,08	1,833	3,12	1,724	1,202	0,302
SA29	Zaradi soočanja s številnimi neenakostmi v družbi sem postal/-a odpornejši/-a (angl. <i>resilience</i>).	4,55	1,731	4,38	1,631	4,30	1,861	0,589	0,556
SA30	Težave s svojim duševnim zdravjem pripisujem večinoma odklonilnemu odnosu okolja do LGBTQ+ skupnosti.	2,21	1,533	2,30	1,650	2,61	1,951	0,512	0,222

Pomen oznak: M – povprečna vrednost, SD – standardni odklon, F – F porazdelitev, p – signifikanca.

Vir: Lastni vir 2023.

V nadaljevanju prikazujemo opisno statistiko in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja glede na kraj bivanja pri dimenziji bivanjsko okolje.

Tabela 64: Opisna statistika in statistično pomembne razlike ocen uspešnega staranja glede na kraj bivanja pri dimenziji bivanjsko okolje

Oznaka	Postavke	Veliko mesto (> 50.000)		Malo mesto (< 50.000)		Ruralno območje		F	p
		M	SD	M	SD	M	SD		
SA31	Razmišljam, da se bom preselil/-a v drug kraj.	2,66	1,950	2,96	2,118	2,40	2,019	7,169	0,001
SA32	Predvsem starejši sokrajani ne razumejo moje spolne identitete/usmerjenosti/izraza.	2,52	1,644	3,44	2,125	2,69	1,843	3,662	0,027
SA33	Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje.	5,41	1,488	4,86	1,690	5,33	1,555	4,695	0,010
SA34	V lokalnem okolju se počutim prijetno.	5,61	1,234	5,05	1,594	5,57	1,523	8,220	0,001
SA35	Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema.	5,22	1,576	4,24	2,062	4,86	1,877	1,642	0,195

Pomen oznak: M – povprečna vrednost, SD – standardni odklon, F – F porazdelitev, p – signifikanca.

Vir: Lastni vir 2023.

Da bi ugotovili, ali glede na bivanjsko okolje obstajajo razlike med posameznimi postavkami glede na njihov kraj bivanja, smo izvedli enosmerno analizo variance (ANOVA). V tabeli 64 opazimo, da obstajajo statistično značilne razlike ($p < 0,05$) pri postavkah SA31, SA32, SA33 in SA34. Pri vseh postavkah so anketirane osebe svoje (ne)strinjanje izrazile na 7-stopenjski Likertovi lestvici. Pri postavki SA35 ni statistično značilnih razlik. Če se dotaknemo povprečnih vrednosti, pri postavki SA31 opazimo nizke povprečne vrednosti, kar nakazuje, da se anketirane osebe ne nameravajo preseliti v drug kraj. Pri postavki SA32 relativno nizke povprečne vrednosti nakazujejo, da predvsem starejši sokrajani razumejo spolno usmerjenost/identiteto/izraz anketiranih oseb. Pri postavki SA33 iz visokih povprečnih vrednosti sklepamo, da kraj bivanja anketiranim osebam omogoča uspešno staranje. Postavka SA34 pa nakazuje, da se anketirane osebe v lokalnem okolju počutijo prijetno. Vse postavke imajo velike standardne odklone (1,023–2,125), kar kaže na to, da so vrednosti v vzorcu zelo različne med seboj.

Da bi podrobneje ugotovili razlike, smo nadaljevali s post hoc analizo, katere rezultate predstavljamo v tabeli 65. Pri postavki SA31 ni statistično značilnih razlik. Ugotavljamo statistično značilne razlike pri postavki SA32 »Predvsem starejši sokrajani ne razumejo moje spolne identitete/usmerjenosti/izraza« med tistimi anketiranimi osebami, ki živijo v velikem mestu, in tistimi, ki živijo v malem ($p = 0,001$). Višja povprečna vrednost pri skupini, ki živi v velikem mestu, kaže na dejstvo, da se bolj strinjajo s trditvijo, da starejši sokrajani ne razumejo njihove spolne usmerjenosti/identitete/izraza. Prav tako statistično značilno razliko ugotavljamo med tistimi osebami, ki živijo v malem mestu, in tistimi, ki živijo na ruralnih območjih ($p = 0,021$). Glede na povprečne vrednosti ugotovimo, da se s postavko

bolj strinjajo anketirane osebe, ki živijo v malem mestu, v primerjavi s tistimi, ki živijo na ruralnih območjih.

Tabela 65: Post hoc analiza (Tukeyev test) za ugotavljanje značilnih razlik med stališči anketiranih oseb, ki se nanašajo na uspešno staranje (bivanjsko okolje) glede na njihov kraj bivanja

	Postavke	Bivanjsko okolje	Bivanjsko okolje	Srednja razlika (I-J)	SD	p
SA31	Razmišljam, da se bom preselil/-a v drug kraj.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,299	0,271	0,512
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,253	0,277	0,634
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,551	0,305	0,169
SA32	Predvsem starejši sokrajani ne razumejo moje spolne identitete/usmerjenosti/izraza.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	-0,915*	0,247	0,001
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	-0,166	0,254	0,790
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	0,749*	0,279	0,021
SA33	Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,548*	0,210	0,025
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,072	0,215	0,940
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,476	0,237	0,111
SA34	V lokalnem okolju se počutim prijetno.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,553*	0,191	0,011
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,037	0,196	0,980
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,516*	0,215	0,045
SA35	Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema.	veliko mesto (> 50.000)	malo mesto (< 50.000)	0,982*	0,242	0,001
		veliko mesto (> 50.000)	ruralno območje	0,367	0,248	0,304
		malo mesto (< 50.000)	ruralno območje	-0,615	0,273	0,064

Pomen oznak: SD – standardni odklon, p – signifikanca. Vir: Lastni vir 2023.

Pri postavki SA33 ugotavljamo statistično značilno razliko ($p = 0,025$) med anketiranimi osebami, ki živijo v velikih, in tistimi, ki živijo v malih mestih. Pri obeh skupinah so povprečne vrednosti visoke, višjo povprečno vrednost pa ima skupina, ki živi v velikih mestih ($M = 5,41$). Rezultat nakazuje, da življenje v velikih mestih omogoča uspešno staranje. Pri postavki SA34 ugotavljamo dve statistično značilni razliki. Prva statistično značilna razlika ($p = 0,011$) obstaja med tistimi, ki živijo v velikih, in tistimi, ki živijo v malih mestih. Višja povprečna vrednost ($M = 5,61$) nakazuje, da se anketirane osebe, ki živijo v velikih mestih, v lokalnem okolju počutijo prijetneje. Naslednja statistično značilna razlika ($p = 0,045$) obstaja med tistimi, ki živijo v malih mestih, in tistimi, ki živijo na ruralnih območjih. Višja povprečna vrednost ($M = 5,57$) nakazuje, da se ljudje, ki živijo na ruralnih območjih, počutijo v lokalnem okolju bolj prijetno v primerjavi s tistimi, ki živijo v malih mestih. Izpostaviti velja, da je povprečna vrednost pri skupini, ki živi v malih mestih, prav tako visoka ($M = 5,05$), zato ne moremo govoriti o bistvenih razlikah. Pri postavki SA35 ugotavljamo statistično značilne razlike ($p = 0,001$) med skupinami anketiranih oseb, ki živijo v velikih, in tistimi, ki živijo v malih mestih. Višja povprečna vrednost ($M = 5,22$) pri skupini anketiranih oseb, ki živi v velikih mestih, nakazuje, da jih lokalno okolje kljub spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu bolj sprejema. Kljub vsemu so razlike v povprečnih vrednostih majhne.

7 RAZPRAVA

7.1 Razprava o končnem prilagojenem strukturnem modelu uspešnega staranja za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih

V doktorski disertaciji z naslovom *Model uspešnega staranja za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje LGBTQ+ starejših odraslih* smo proučevali povezanost treh konstruktov – uspešnega staranja, zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje.

Drugačna (od večinske populacije) spolna usmerjenost, spolna identiteta in spolni izraz še vedno predstavljajo stigmo in tabu v vsakdanjem življenju LGBTQ+ oseb. Če se temu pridružita še diskriminacija in stigma zaradi starosti (ageizem), so LGBTQ+ starejši odrasli v nezavidljivem položaju. V primerjavi z večinsko populacijo imajo predvsem starejši odrasli geji in lezbijke slabše duševno zdravje in pogostejše doživljajo tesnobo, depresijo ter imajo pogostejše samomorilne misli (Plöderl in Tremblay 2015, 146; Chakraborty idr. 2011, 143). Obstajajo torej neenakosti v fizičnem in duševnem zdravju ter v dostopu do socialne oskrbe, izpostavljenosti nasilju in osamljenosti pri LGBTQ+ starejših odraslih (Kneale idr. 2021) in so odraz doživljanja diskriminacije zaradi spolne usmerjenosti (Baams idr. 2015, 688; Lea idr. 2014, 1571).

Da bi proučili vpliv fizičnega zdravja kot dejavnika uspešnega staranja na zadovoljstvo z življenjem, smo fizično zdravje merili s štirimi postavkami: (1) *Skušam ostati relativno zdrav/-a in brez poškodb*; (2) *Za svoja leta imam dovolj fizične kondicije*; (3) *Skušam se vključiti v navade zdravega življenjskega sloga*; in (4) *Tekom staranja skušam ohraniti dobro telesno delovanje*.

Ugotovili smo, da fizično zdravje statistično značilno vpliva na splošno zadovoljstvo z življenjem ($\gamma_1 = 0,170$, $p < 0,001$) (tabela 51). Da obstaja statistično pomembna povezava med telesno dejavnostjo in zadovoljstvom z življenjem pri starejših odraslih, ugotavljajo tudi drugi avtorji (Wöbbeking Sánchez idr. 2021; Maher idr. 2015). Skrb za fizično zdravje pomeni, da posamezna oseba skuša ostati relativno zdrava in brez poškodb, kar kaže na dejstvo, da se posamezna oseba zaveda pomembnosti zdravja in aktivno stremi k ohranjanju telesne kondicije. S tem se lahko izognemo mnogim zdravstvenim težavam, ki bi lahko vplivale na splošno zadovoljstvo z življenjem.

Posamezna oseba, ki ima za svoja leta dovolj fizične kondicije, lahko bolj aktivno sodeluje v različnih življenjskih aktivnostih. To vključuje tako delo kot tudi prosti čas, kar lahko pripomore k občutku izpolnjenosti in zadovoljstvu z življenjem. Z vključevanjem v navade zdravega življenjskega sloga ljudje skrbijo za svoje zdravje vse življenje. To vključuje pravilno prehrano, redno telesno aktivnost, izogibanje škodljivim navadam (kajenje) in skrb za telesno in duševno zdravje. Zdrav življenjski slog lahko vpliva na fizično zdravje. Ugotovili smo, da fizično zdravje statistično značilno vpliva na zadovoljstvo z življenjem. Skrb za ohranjanje dobrega telesnega delovanja tekom staranja je ključna za ohranjanje

kakovosti življenja v poznejših letih. Ohranjanje dobre telesne funkcionalnosti omogoča posamezni osebi večjo neodvisnost in boljše splošno počutje, kar pa lahko prispeva k višjemu zadovoljstvu z življenjem in kakovosti življenja (Maher idr. 2015).

Za proučevanje vpliva duševnega zdravja na zadovoljstvo z življenjem smo duševno zdravje merili s tremi postavkami: (1) *Večkrat imam nihanje razpoloženja*; (2) *V življenju sem vsaj enkrat trpel/-a zaradi depresije* in (3) *Pogosto doživljam stres*. Ugotovili smo, da slabše kot je duševno zdravje LGBTQ+ starejših odraslih, slabše je njihovo splošno zadovoljstvo z življenjem (tabela 51). To nakazuje, da lahko težave z duševnim zdravjem, kot so depresija, anksioznost ali osamljenost, ki jih doživlja proučevana populacija, zmanjša njihovo zadovoljstvo z življenjem. Negativni vpliv duševnega zdravja na splošno zadovoljstvo z življenjem je bil statistično značilen ($p < 0,05$). To kaže, da imajo LGBTQ+ starejši odrasli, ki poročajo o večkratnem nihanju razpoloženja, o izkušnjah depresije v preteklosti ter pogostem doživljanju stresa (Yarns idr. 2016, 1), nižjo stopnjo zadovoljstva z življenjem. V znanstveni literaturi zasledimo več možnih vzrokov, kot so: socialna izključenost, diskriminacija, zatiranje ter druge stresne izkušnje, s katerimi se LGBTQ+ skupnost srečuje v družbi (Yarns idr. 2016, 1; Smith idr. 2019, 198; Goldhammer idr. 2019, 1565). Poleg tega lahko na to vplivajo tudi notranji dejavniki, kot so občutki nemoči, osamljenosti in pomanjkanje podpore (Rokach 2014, 150). Vse to se lahko negativno odraža na duševnem zdravju LGBTQ+ starejših odraslih ter posledično na njihovem zadovoljstvu z življenjem. Te ugotovitve lahko služijo kot podlaga za oblikovanje programov in politik, ki bodo pomagali izboljšati duševno zdravje in zadovoljstvo z življenjem LGBTQ+ starejših odraslih. Študija je pokazala močno korelacijo med slabšim duševnim zdravjem in nižjim zadovoljstvom z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih, zato predlagamo razvoj in izvajanje celovitega programa za krepitev duševnega zdravja in zadovoljstva z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih.

Dimenzijo socialna mreža smo merili z dvema postavkama: (1) *Vedno se lahko zanesem na prijatelje* in (2) *V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam*. Obe sta pomembna indikatorja socialne podpore in kakovosti medosebnih odnosov. Ugotovili smo, da socialna mreža kot dejavnik uspešnega staranja statistično značilno vpliva na splošno zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih (tabela 51). Pri LGBTQ+ starejših odraslih, ki se lahko soočajo s številnimi izzivi in stigmatizacijo, ima močna socialna mreža pomembno vlogo pri ohranjanju dobrega duševnega zdravja in splošnega zadovoljstva z življenjem. Imeti prijatelje, na katere se lahko zanesemo, in osebo, ki ji lahko popolnoma zaupamo, lahko LGBTQ+ starejšim odraslim daje občutek varnosti, sprejetosti in podpore. To jim lahko pomaga pri soočanju s težavami, zmanjšuje občutek osamljenosti ter viša samospoštovanje in samozavest. Ohranjanje socialnih mrež in virov socialne podpore je bistvenega pomena za uspešno staranje, saj pozitivno vpliva na kakovost življenja ter telesno in duševno počutje (Gow idr. 2007, 103). Prav tako lahko močna socialna mreža zagotavlja večjo pomoč in podporo v času fizičnih ali duševnih zdravstvenih težav, ki jih lahko LGBTQ+ starejši odrasli pogosteje doživljajo (Kim 2017, 84). Močno razvita socialna mreža lahko LGBTQ+ starejšim odraslim omogoča tudi dostop do informacij, virov in storitev, ki so pomembni za njihovo dobrobit (Rosenberg idr. 2022). Prisotnost prijateljev in zaupanja

vrednih oseb lahko olajša iskanje podpore v primeru diskriminacije, zdravstvenih vprašanj ali drugih potreb.

V skladu s temi ugotovitvami je pomembno spodbujati razvoj in ohranjanje močne socialne mreže pri LGBTQ+ starejših odraslih. To lahko vključuje spodbujanje prijateljskih odnosov, organiziranje socialnih dogodkov in aktivnosti ter zagotavljanje informacij in virov za podporo.

Dimenzijo bivanjsko okolje smo merili s tremi postavkami: (1) *Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje*; (2) *V lokalnem okolju se počutim prijetno*; (3) *Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema*. Ugotovili smo, da ima izmed vseh dejavnikov uspešnega staranja prav bivanjsko okolje največji pozitiven vpliv ($\gamma_1 = 0,440$) na splošno zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih, kar pomeni, da sta kakovost in udobje okolja, v katerem bivajo, ključnega pomena za njihovo dobro počutje in zadovoljstvo z življenjem. Postavka »Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje« lahko vključuje dejavnike, kot so dostopnost do zdravstvenih in socialnih storitev, prostega časa, možnosti za aktivnosti in druženje ter splošne varnosti v okolju. Če LGBTQ+ starejši odrasli živijo v okolju, ki jim omogoča enostaven dostop do teh storitev in ima ustrezno infrastrukturo, se bodo verjetno počutili bolj zadovoljni in imeli večje možnosti za uspešno staranje. Postavka »V lokalnem okolju se počutim prijetno« poudarja pomen občutka pripadnosti in sprejetosti v okolju. LGBTQ+ starejši odrasli se bodo počutili bolj zadovoljni z življenjem, če so v svojem lokalnem okolju sprejeti in imajo možnost biti del skupnosti, ki spoštuje in priznava njihovo spolno usmerjenost, identiteto ali izraz. Če je okolje odprto in sprejemajoče, bo to prispevalo k njihovem splošnemu zadovoljstvu z življenjem. Zadnja postavka te dimenzije »Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema« se nanaša na specifično sprejetost LGBTQ+ starejših odraslih. Čeprav je pomembno, da se v lokalnem okolju počutijo sprejete in vključene v splošno skupnost, je še posebej pomembno, da se njihova spolna usmerjenost, identiteta ali izraz popolnoma sprejme. To pomeni, da je potrebno v lokalnem okolju izkoreniniti kakršno koli obliko diskriminacije ali predsodkov, s čimer se zagotavlja enaka obravnava in spoštovanje za vse ljudi.

Ti dejavniki kažejo, da je za LGBTQ+ starejše odrasle ključnega pomena, da živijo v bivanjskem okolju, ki jim omogoča uspešno staranje, se v njem počutijo prijetno in so v celoti sprejeti ne glede na njihovo spolno usmerjenost, identiteto ali izraz. To lahko prispeva k njihovem splošnemu zadovoljstvu z življenjem in poveča njihovo dobro počutje ter kakovost življenja v starejših letih. Gradnja pametnih, starejšim odraslim prijaznih skupnosti omogoča višjo kakovost njihovega življenja, čeprav so marginalizirane skupine, kot npr. LGBTQ+ starejši odrasli, pogosto spregledane (Nedeljko idr. 2023, 9549). Spolnost ostaja sestavni del kakovosti življenja mnogih starejših odraslih in zavestno upoštevanje njihovih potreb je ključnega pomena za zagotavljanje celostne zdravstvene oskrbe (Srinivasan idr. 2019).

Dimenzijo integrirana socialna in zdravstvena oskrba smo merili z dvema postavkama: (1) *Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi* in (2) *Strah me je, da bi umrl sam/-a*. Ta dimenzija je med vsemi najmanj zanesljiva (CR = 0,25, AVE = 0,35), vendar smo ugotovili, da je končni strukturni model z dimenzijo integrirana socialna in zdravstvena oskrba boljši (tabela 50), kar pomeni, da je vključitev dimenzije integrirana socialna in zdravstvena oskrba izboljšala kakovost modela in bolje pojasnila odnos med različnimi konstrukti. V raziskavi nismo ugotovili statistično signifikantnega vpliva integrirane socialne in zdravstvene oskrbe na zadovoljstvo z življenjem. Dopuščamo možnost, da so drugi dejavniki integrirane socialne in zdravstvene oskrbe, ki jih nismo vključili v raziskavo, pomembnejši za razumevanje zadovoljstva z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih in bi morali konstrukt meriti z drugimi postavkami.

V pregledani znanstveni in strokovni literaturi v več podatkovnih bazah (npr. Web of Science, PubMed idr.) nismo našli študij, ki bi proučevale povezanost uspešnega staranja, zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje pri LGBTQ+ starejših odraslih. Zato ugotovitve pričujoče raziskave predstavljajo novost na področju znanosti k boljšemu razumevanju staranja LGBTQ+ starejših odraslih in vplivom posameznih dejavnikov uspešnega staranja na zadovoljstvo z življenjem, in vplivu slednjega na subjektivno blaginjo. Raziskovanje skrite populacije, ki se zaradi stigme, diskriminacije in homo-, bi- in/ali transfobije skriva in se ne želi izpostavljati, predstavlja izziv v znanstvenem in aplikativnem raziskovanju.

Da bi bolje razumeli subjektivni vidik staranja LGBTQ+ starejših odraslih, smo izvedli kvalitativno raziskavo, kjer nas je zanimalo, kaj za proučevano populacijo pomeni uspešno staranje. S kvalitativno vsebinsko analizo smo prišli do spoznanj, da imajo različne skupine znotraj dežnika LGBTQ+ oseb edinstvene izkušnje. Tako smo prišli do spoznanja, da biseksualne osebe živijo prikrito življenje v mehurčku, kjer se počutijo varne in svoje spolne usmerjenosti ne razlagajo nikomur. Vse anketirane osebe izpostavljajo mnogo izzivov in negativnih izkušenj, ki so jim bili priča tekom svojega življenja – od diskriminacije, stigme, različnih vrst nasilja, vse to pa jih je z leti dodobra utrdilo, čeprav se morajo za svoje pravice boriti vsak dan znova. Mnogi se sprašujejo, kaj se bo zgodilo, če bodo v poznejši starosti živeli v institucionalnem okolju.

Medicinske sestre skrbijo za vse bolj raznoliko populacijo starejših odraslih (Caceres, 2019, 342), ki jo sestavljajo tudi LGBTQ+ osebe. Te se srečujejo s stigmo in diskriminacijo tudi v zdravstvenem (Eickhoff 2021, 552) in socialnem varstvu (Hughes in Andrew 2018, 125). Raziskave kažejo, da ima lahko LGBTQ+ populacija drugačne zdravstvene potrebe v primerjavi s heteroseksualno, večinsko populacijo (Abbruzzese in Simon 2018, 28). Po navadi se kot preferenca v institucijah predpostavlja heteroseksualnost, kar posledično povzroča pomanjkanje komunikacije in odprtosti med LGBTQ+ starejšimi odraslimi ter zdravstvenimi in socialnimi delavci (Javier in Oswald 2019, 108). To vodi do nezadostne uporabe zdravstvenih storitev in posledično do nižje kakovosti življenja LGBTQ+ starejših odraslih (Brennan-Ing idr. 2014, 21). Medicinske sestre, kot najbolj množičen zdravstveni poklic, bi morale igrati pomembno vlogo pri obravnavi potreb LGBTQ+ starejših odraslih,

saj obstajajo številne strategije, hkrati pa bi si morale prizadevati za vzpodbujanje starosti prijaznega zdravstvenega sistema, tudi za LGBTQ+ starejše odrasle (Caceres 2019). V študiji večina medicinskih sester izpostavlja, da niso bile deležne izobraževanj ali usposabljanj o zdravstvenih vprašanjih LGBTQ+ populacije, kar povzroča vrzeli v njihovem znanju in lahko negativno vpliva na oskrbo pacientov (Carabez idr. 2015, 324). Caceres (2019) navaja, da morajo izvajalci zdravstvene nege in oskrbe poznati ustrezno terminologijo, kar predstavlja osnovo za učinkovito komunikacijo in izgradnjo zaupanja z LGBTQ+ pacienti. Razumeti morajo, da LGBTQ+ starejši odrasli niso homogena skupina, ampak obstajajo znatne razlike med zdravstvenimi potrebami znotraj LGBTQ+ skupnosti, npr. med transspolnimi moškimi in med drugimi skupinami znotraj LGBTQ+. Zavzemati se morajo za vključitev spolne usmerjenosti ter spolne identitete v negovalno anamnezo in za večjo prepoznavnost LGBTQ+ populacije. Nikakor ne smejo predvidevati spolne identitete ali spolne usmerjenosti pacienta (posebej pomembno pri transspolnih pacientih) in morajo si izmenjevati izkušnje dobre prakse. Kot ugotavljata Krnel in Skela Savič (2022, 54) se LGBTQ+ pacienti v veliki meri ne razkrijejo pred zdravstvenimi delavci, čeprav ima lahko razkritje pozitiven vpliv na duševno zdravje. Za izboljšanje stanja LGBTQ+ starejših odraslih v zdravstvenem sistemu je izobraževanje zdravstvenih delavcev, posebej izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe, ključnega pomena (Eickhoff 2021, 552). Eickhoff (2021, 552) ugotavlja, da obstaja potreba po razširjeni LGBTQ+ zdravstveni vzgoji in po izobraževanju o LGBTQ+ vsebinah na zdravstvenih fakultetah, čeprav se mora izobraževanje o zdravstveni negi LGBTQ+ starejših odraslih začeti v srednjih šolah in študijskih programih za izvajalce zdravstvene nege in oskrbe (Carabez idr. 2015, 324). Izvajalci zdravstvene nege želijo zagotoviti odprt prostor za spolno in seksualno raznolikost, vendar za to nimajo znanja (Kortes-Miller idr. 2019). Avtorji v študiji izpostavljajo izobraževalne potrebe evropskih medicinskih sester za intenzivno nego glede večkulturne oskrbe (Gutysz-Wojnicka idr. 2022, 724), vendar ne omenjajo LGBTQ+ populacije. Če ne bo ukrepov na politični ravni, se bosta diskriminacija in stigma verjetno nadaljevali, kar vpliva na kakovost storitev in oskrbe za LGBTQ+ starejše odrasle (Goldhammer idr. 2019, 5).

Kot zadnje smo preverjali, ali obstaja vpliv zadovoljstva z življenjem na subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Ugotovili smo, da se je izmed vseh merjenih vplivov ta izkazal za največjega ($\beta_1 = 0,499$, $p < 0,05$). LGBTQ+ starejši odrasli se soočajo s številnimi posebnimi izzivi, povezanimi s staranjem in svojo spolno usmerjenostjo ali spolno identiteto. Zadovoljstvo z življenjem je ena od ključnih dimenzij njihovega blagostanja. Višje kot je zadovoljstvo z življenjem, boljše je njihovo dobro počutje. Raziskave so pokazale, da zadovoljstvo z življenjem LGBTQ+ starejših odraslih vpliva na različne vidike njihovega dobrega počutja, vključno s telesnim ter duševnim zdravjem, socialno podporo, samopodobo in kakovostjo medosebnih odnosov. Ko so starejši LGBTQ+ odrasli bolj zadovoljni z življenjem, se pogosto počutijo samozavestnejše, manj osamljene in so fizično ter duševno bolj zdravi. Zavedati se moramo, da ta statistično značilen vpliv ne pomeni nujno vzročnega odnosa. To pomeni, da višje zadovoljstvo z življenjem lahko prispeva k boljšemu dobremu počutju, vendar ni nujno, da je to edini dejavnik, ki vpliva na dobro počutje LGBTQ+ starejših odraslih. Obstajajo tudi drugi dejavniki, kot so družbena

podpora, dostop do zdravstvenih storitev in pravice, ki lahko vplivajo na njihovo dobro počutje.

Zaključimo, da je statistično značilen vpliv zadovoljstva z življenjem na dobro počutje pri LGBTQ+ starejših odraslih pomemben za razumevanje njihovih potreb in izboljšanje subjektivne blaginje. Poudarek na podpori in ustvarjanju okolja, ki spodbuja zadovoljstvo z življenjem teh posameznikov, je ključnega pomena za njihovo dobro počutje in kakovost življenja v starosti.

V zadnji fazi smo preverili še vpliv kontrolnih spremenljivk na subjektivno blaginjo. Pri tem smo preverili, ali spol, dodeljen ob rojstvu, starost in spolna usmerjenost vplivajo na subjektivno blaginjo in kakšna je jakost le-teh. Pri tem smo ugotovili, da ima spol, dodeljen ob rojstvu, negativen vpliv na subjektivno blaginjo. Ugotavljamo, da osebe, ki jim je ob rojstvu bil pripisan ženski spol, zaznavajo nižjo subjektivno blaginjo v primerjavi s tistimi, ki jim je ob rojstvu bil pripisan moški spol. Ta rezultat je skladen tudi z drugimi študijami, ki pravijo, da se LGBTQ+ osebe soočajo z edinstvenimi izzivi, povezanimi z njihovo spolno identiteto in spolno usmerjenostjo, ki lahko vplivajo na njihovo splošno subjektivno blaginjo (White idr. 2020). Nadalje ugotavljamo, da ima spolna usmerjenost pozitiven vpliv na subjektivno blaginjo, kar je skladno z rezultati Fundacije za duševno zdravje, ki ugotavlja, da lastno sprejemanje pripadnosti LGBTQ+ skupnosti vpliva na subjektivno blaginjo, kar se kaže v večji samozavesti, samosprejemanju in boljših odnosih z družino ter s prijatelji (Mental Health Foundation). Pri tem smo ugotovili, da geji in lezbijke zaznavajo večjo subjektivno blaginjo v primerjavi s skupino, v kateri so druge spolne usmerjenosti. Statistično značilnega vpliva starosti na subjektivno blaginjo nismo ugotovili (tabela 51).

7.2 Razprava o razlikah v zadovoljstvu z življenjem glede na bivanjsko okolje pri LGBTQ+ starejših odraslih

Upoštevajoč rezultate preverjanja petih postavk konstrukta zadovoljstvo z življenjem ugotavljamo, da obstajajo številne statistično značilne razlike pri LGBTQ+ starejših odraslih, ki bivajo, ali v velikih ali v majhnih mestih ali v ruralnem okolju. Ugotavljamo, da LGBTQ+ starejši odrasli dosegajo boljše zadovoljstvo z življenjem v urbanih območjih, kar je skladno z ugotovitvami, da življenje na ruralnem območju za LGBTQ+ osebe prinaša tveganja, kot so visoka stopnja nestrpnosti, družbena izolacija ter pomanjkanje socialne in institucionalne podpore (Kramer 2003, 182). Za mnoge LGBTQ+ starejše odrasle je geografska lokacija bivanja, skupaj s socialnimi, kulturnimi in ekonomskimi vprašanji, pomemben dejavnik, ki vpliva na to, kako LGBTQ+ osebe doživljajo staranje (Harley 2016, 493). Mnogi LGBTQ+ starejši odrasli se v starosti soočajo s številnimi izzivi, kot so diskriminacija, stigma in/ali nesprejemanje njihove spolne identitete ali spolne usmerjenosti s strani družinskih članov ali drugih ljudi (Hash in Morrow 2019, 201–202), kar negativno vpliva na njihovo splošno zadovoljstvo z življenjem v primerjavi s tistimi, ki živijo v urbanem okolju (Wienke in Hill 2013, 1256). Eden najpomembnejših stresorjev, ki izhaja iz stigmatizacije, je njeno ponotranjenje (angl. *internalization*) (Gómez idr. 2022, 1777), kar se v literaturi opisuje kot ponotranjena homofobija, ponotranjena stigma ali ponotranjena

homonegativnost (Szymanski idr. 2008, 525). Da so izzivi na ruralnih območjih še večji, ugotavlja več avtorjev. LGBTQ+ starejši odrasli, ki živijo v ruralnih območjih, so bolj previdni pri razkrivanju svoje spolne usmerjenosti in spolne identitete, poleg tega pa se LGBTQ+ starejši odrasli na podeželju srečujejo s splošnimi težavami, povezanimi s staranjem v podeželskih okoljih, kot so npr. oddaljenost zdravstvenih storitev, pomanjkanje javnega prevoza in socialna izolacija (Butler 2017, 127; Hash in Morrow 2019, 201), kar se odraža na slabšem duševnem zdravju (Fredriksen-Goldsen idr. 2015, 10–11) in je povezano z različnimi vidiki javnega zdravja (Kim idr. 2021, 209). Številni posamezniki v LGBTQ+ skupnosti se pogosto odločajo za življenje v velikem mestu, vendar to ni vedno prednost v primerjavi s tistimi LGBTQ+ osebami, ki živijo v manjših mestih ali na ruralnih območjih (Langarita Adiego 2020, 1348). Na splošno so ruralna območja bolj konzervativna in homofobna kot metropolitanska središča, zaradi česar številne LGBTQ+ osebe v teh regijah živijo v klozetu; manjša gostota poselitve na ruralnih območjih ponuja LGBTQ+ osebam manj priložnosti za družabna srečanja, specifična za LGBTQ+ populacijo (Butler 2018, 185–186), kar uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije lahko ublaži (Nedeljko 2022, 150), saj povečuje kakovost njihovega življenja (Zgonec 2021, 663). Podobno ugotavljajo tudi Lyons s sodelavci (2015, 89), da imajo mladi istospolno usmerjeni moški na ruralnih območjih slabše duševno zdravje in počutje. Istospolno usmerjeni moški pogosteje doživljajo depresijo in so anksiozni v ruralnih območjih ter majhnih mestih, kakor tisti, ki živijo v urbanih območjih (Kauth idr. 2017, 194). Ugotovitve kažejo, da se transspolni starejši odrasli, zlasti tisti na podeželju, pogosto soočajo z večjimi izzivi, povezanimi s socialno podporo, dostopom do zdravstvenega varstva in diskriminacijo, kar lahko pomembno vpliva na njihovo zadovoljstvo z življenjem (Fredriksen-Goldsen idr. 2014). Razlike v zadovoljstvu z življenjem pri LGBTQ+ populaciji se razlikujejo med državami predvsem zaradi prisotnosti strukturne stigme in pričakovanj po skrivanju spolne usmerjenosti (Pachankis in Bränström 2018, 403), kar se odraža na manj pogostem doživljanju sreče in zadovoljstva z življenjem v primerjavi z večinsko populacijo (Bartram 2023, 21).

7.3 Razprava o razlikah v zaznavi subjektivne blaginje glede na bivanjsko okolje pri LGBTQ+ starejših odraslih

Zanimalo nas je, ali obstajajo razlike v doživljanju dobrega počutja pri LGBTQ+ starejših odraslih glede na različno bivanjsko okolje, saj ostaja spolna usmerjenost premalo raziskana v geografskih študijah neenakosti v zdravju (Parr 2004, 246), pri tem pa se raziskave o staranju LGBTQ+ oseb nanašajo predvsem na urbana okolja, kjer je koncentracija LGBTQ+ oseb višja (Grossman 2013, 45). Ugotavljamo, da so avtorji že raziskovali razlike v duševnem zdravju pri LGBTQ+ populaciji, ki živi v urbanih in ruralnih okoljih (Wienke in Hill 2013), pri čemer ni bilo dane pozornosti LGBTQ+ starejšim odraslim in specifično razlikam v dobrem počutju, čeprav se duševno zdravje v znanstveni literaturi pogosto enači z dobrim počutjem (Krefis idr. 2018). V raziskavi ugotavljamo, da obstajajo statistično značilne razlike v dobrem počutju pri LGBTQ+ starejših odraslih glede na okolje bivanja. Poon in Saewyc (2009, 118) ugotavljata, da LGBTQ+ mladostniki na ruralnih območjih uživajo več nedovoljenih substanc, čezmerno pijejo alkohol, so izolirani in imajo pogosteje

samomorilne misli v primerjavi z vrstniki z urbanih območij. Wienke in Hill (2013, 1272) pa ugotavljata, da ima za istospolno usmerjene osebe življenje v največjih mestih negativne vplive na njihovo počutje in se posledično relativno slabše počutijo. Tudi Smith s sodelavci (2018, 116) ugotavlja, da so transspolne osebe na podeželju podvržene diskriminaciji na vseh nivojih, kar se odraža na slabšem počutju. Requena (2016, 693) v študiji pojasni, da je v bogatejših državah standard na ruralnih območjih dovolj visok, da se prebivalci dobro počutijo, medtem ko v manj razvitih državah ruralno okolje ne more tekrovati z urbani viri za ustvarjanje optimalnih pogojev za dobro počutje. Številne študije so pokazale, da LGBTQ+ starejši odrasli, ki se udeležujejo dejavnosti v ustanovah, namenjenih LGBTQ+ populaciji, doživljajo boljše raven splošnega dobrega počutja (Sullivan in Asselin 2013, 191; Brennan-Ing idr. 2014), čeprav so storitve, namenjene LGBTQ+ populaciji, centralizirane predvsem na urbanih območjih (Lee in Quam 2013, 112), kjer danes živi približno polovica svetovnega prebivalstva, do leta 2050 pa bo v mestnih okoljih živelo 70 odstotkov prebivalcev (Cohen 2005, 48).

Ugotavljamo statistično značilne razlike v doživljanju dobrega počutja pri LGBTQ+ starejših odraslih, ki živijo v velikih in malih mestih, kar kažejo statistično značilne razlike pri postavkah WB1 »V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu«, WB2 »Moje življenjske razmere so izvrstne« in WB4 »Do sedaj sem dobil/-a in dosegl/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a«. Iz povprečnih vrednosti, ki se na 7-stopenjski lestvici gibljejo med 3,40 in 4,30, ugotovimo, da se anketirane osebe v velikih mestih počutijo boljše v primerjavi s tistimi, ki živijo v malih mestih. Te ugotovitve si lahko razlagamo z dejstvom, da urbana območja kažejo večjo podporo LGBTQ+ skupnosti (Thompson 2022, 25). V Sloveniji se srečujemo s strogo centralizacijo storitev za LGBTQ+ osebe v glavnem mestu, zato je tak rezultat pričakovan. Pri postavki WB2 še ugotavljamo, da obstaja statistično značilna razlika ($p = 0,028$) med tistimi, ki živijo v malih mestih, in tistimi, ki živijo na ruralnih območjih, pri čemer se bolj umirjeno in sproščeno počutijo LGBTQ+ starejši odrasli na ruralnem območju. Te ugotovitve so v skladu z dognanji Oswalda in Cultona (2003, 72), ki sta ugotovila, da je za LGBTQ+ posameznike življenje na podeželju boljše zaradi tesnih medosebnih odnosov, visoke kakovosti življenja in večje vključenosti v socialne mreže, kajti kakovost in obseg socialnih odnosov vpliva na dobro počutje in kakovost življenja pri starejših odraslih (Berg-Warman in Brodsky 2006, 69).

7.4 Razprava o razlikah v uspešnem staranju glede na bivanjsko okolje pri LGBTQ+ starejših odraslih

LGBTQ+ starejši odrasli se najpogosteje srečujejo z zdravstvenimi težavami, pomanjkanjem prostorov za druženje, osamljenostjo in socialno izolacijo ter prepuščenostjo samim sebi (Rupar in Blažič 2022, 96), kar lahko vpliva na potrebe po dodatni socialni oskrbi te populacije (Wallace idr. 2011, 87), saj ne obstaja velika verjetnost, da so LGBTQ+ osebe poročene (Taylor 2013).

Hughes in Andrew (2018, 125) opozarjata na manko raziskav o zdravstveni oskrbi in zdravstvenih potrebah LGBTQ+ starejših odraslih. LGBTQ+ starejši odrasli iščejo varno

okolje, kjer se bodo počutili povezane s skupnostjo (Putney idr. 2018). Potreba starejših odraslih po občutku varnosti je povezana s kakovostjo življenja, zdravjem, zadovoljstvom z življenjem in zadovoljstvom s sosesko (De Donder idr. 2009). Soseske bodo imele vedno večji vpliv na kakovost življenja in dobro počutje starejših odraslih (Buffel idr. 2012). Lecompte s sodelavci (2021, 216–217) vidi rešitev v razvoju politik in postopkov za ustvarjanje vključujočega in varnega okolja za LGBTQ+ starejše odrasle. Na splošno so nemetropolitanska območja bolj konservativna in homofobna kot metropolitanska središča; poleg tega nizka gostota prebivalstva na ruralnih območjih vodi do veliko manj priložnosti za družabna srečanja, specifična za LGBTQ+ populacijo, še večje težave pri tem imajo LGBTQ+ starejši odrasli, ki živijo na podeželju, saj lahko imajo manj možnosti uporabe javnega prevoza in lahko doživljajo manj ugodja pri spletnem socialnem mreženju (Butler 2017).

Glede na obstoječe, čeprav omejeno znanje o staranju LGBTQ+ starejših odraslih, je eno od področij, ki vzbujajo skrb, njihova zmožnost dostopa do ustrezne socialne oskrbe, ko se starajo (Brennan-Ing idr. 2014), saj oskrba in storitve za starejše odrasle temeljijo na heteronormativnosti, zato posledično LGBTQ+ starejši odrasli doživljajo visoko stopnjo strahu pred diskriminacijo v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih (Maljevac idr. 2022). S tega vidika LGBTQ+ starejši odrasli iščejo kompetentne ter prijazne izvajalce zdravstvenih in socialnih storitev, kjer so varni pred zlorabo in slabim ravnanjem (Moone idr. 2016). Socialna oskrba vključuje sistem virov neformalnih socialnih omrežij (družina in/ali prijatelji) in mrežo formalnih storitev v skupnosti (npr. zdravstvena ali socialna oskrba na domu) (Cantor in Brennan 2000). Mreža zdravstvenega in socialnega varstva omogoča starejšim odraslim, da se samostojno starajo in ohranjajo kakovost življenja (Brennan-Ing idr. 2014). Socialna oporna omrežja LGBTQ+ starejših odraslih se razlikujejo od omrežij heteroseksualno usmerjenih starejših odraslih predvsem po tem, da jih sestavljajo posamezniki iz alternativnih družinskih skupnosti, kot je družina izbire (Maljevac idr. 2022). Zaradi strahu pred diskriminacijo nekateri LGBTQ+ starejši odrasli ostajajo ali se vračajo v klozet (Sullivan, 2014). LGBTQ+ starejši odrasli se pri iskanju stanovanja v starosti zaradi svoje spolne identitete pogosto srečujejo z diskriminacijo in stresom.

Raziskave kažejo, da imajo LGBTQ+ starejši odrasli na področju zdravstvenega in socialnega varstva specifične potrebe zaradi dolgotrajnega manjšinskega stresa in stigmatizacije (Fredriksen-Goldsen idr. 2017). Občutek osamljenosti in izolacija prav tako negativno vplivata na LGBTQ+ starejše odrasle (Barrett idr. 2015). Zato je nujno, da zdravstveni in socialni delavci pridobijo čim več znanja in razvijejo dobre komunikacijske spretnosti (Lecompte idr. 2021, 210).

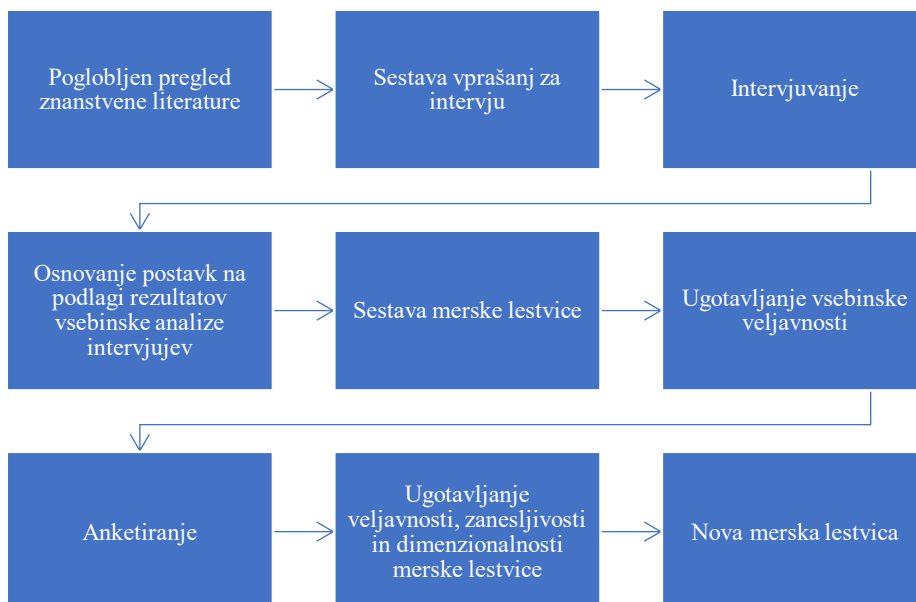
Sullivan (2004) ugotavlja številne vzroke, zakaj se LGBTQ+ starejši odrasli odločajo za življenje v LGBTQ+ varovanih stanovanjih (angl. housing), med drugim tudi zaradi vključenosti v skupnost, da se ne počutijo manjvredne od katere koli druge osebe, zaradi razvoja novih podpornih socialnih mrež idr. Zanimivo je, da LGBTQ+ starejši odrasli v LGBTQ+ skupnostih dejansko širijo svoje socialna mreže (Sullivan 2014, 235). Najbolj izražena potreba LGBTQ+ starejših odraslih v domovih za starejše je potreba po občutku

varnosti ob razkritju (Urek idr. 2022, 7), kjer je prisoten strah pred predsodki zaposlenih, zavrnitvijo in socialno izolacijo (Willis 2017, 110).

7.5 Razvoj nove merske lestvice

V nadaljevanju grafično prikazujemo korake (slika 8), kako smo razvili novo mersko lestvico, ki meri uspešno staranje pri LGBTQ+ starejših odraslih. Izhodišče za pripravo merske lestvice je bil temeljit pregled literature. S tem smo pridobili vpogled v specifične značilnosti in potrebe proučevane populacije. Na podlagi tega smo sestavili vprašanja za poglobljene intervjuje. Tej fazi je sledilo intervjuvanje. Analiza podatkov, ki smo jih pridobili z intervjuvanjem, nam je služila za osnovanje novih postavk. Sledilo je preverjanje vsebinske veljavnosti s strani petih strokovnjakov s tega področja in dopolnitev postavk. Tej fazi je sledilo anketiranje. Nato smo preverili veljavnost, zanesljivost in dimenzionalnost nove merske lestvice, kar je podrobneje predstavljeno v poglavju 6.

Slika 8: Postopek sestave nove merske lestvice



Vir: Lastni vir 2023.

7.6 Opis doprinosa doktorske disertacije k znanosti

V doktorski disertaciji smo proučevali spolne manjšine med starejšimi odraslimi. LGBTQ+ starejši odrasli so ranljiva skupina, ki je podvržena povečanemu tveganju zaradi dolgotrajnega manjšinskega stresa, socialne zavrnitve, diskriminacije in stigme. Srečujejo se z ovirami pri dostopu do socialne in zdravstvene oskrbe, ker večina nima partnerja in/ali otrok (Pereira in Banerjee 2021, 3), zato je izredno pomembno, da se tej naraščajoči podskupini starejših odraslih nameni enakopravna obravnava, da postanejo vidni, se uspešno starajo, da bodo lahko zadovoljni z življenjem ter se bodo dobro počutili.

V obstoječi raziskavi smo uporabili kvantitativne in kvalitativne metode in po našem vedenju gre za prvo tovrstno raziskavo v Sloveniji in svetu, ki je raziskala povezanost dejavnikov uspešnega staranja, zadovoljstva z življenjem in subjektivne blaginje pri LGBTQ+ starejših odraslih. Potrebno je opozoriti, da moramo zadovoljstvu z življenjem LGBTQ+ starejših odraslih nameniti več pozornosti, saj ima statistično značilen in pomemben vpliv na subjektivno blaginjo.

Izvirni prispevek k znanosti na področju teorije predstavlja doprinos k teoriji uspešnega staranja Rowa in Kahna (1997), da dejavniki uspešnega staranja vplivajo na zadovoljstvo z življenjem. Hkrati razširjamo razumevanje tega koncepta na LGBTQ+ populacijo. Z rezultati raziskave smo opozorili na heterogenost med starejšimi odraslimi in posebej osvetlili težave, s katerimi se srečujejo LGBTQ+ starejši odrasli. Ugotovili smo, da dejavniki uspešnega staranja (fizično in duševno zdravje, socialna mreža in bivanjsko okolje) vplivajo na zadovoljstvo z življenjem pri LGBTQ+ starejših odraslih, pri čemer pa integrirana socialna in zdravstvena oskrba kot element uspešnega staranja ne vpliva na zadovoljstvo z življenjem. Ugotavljamo, da zadovoljstvo z življenjem vpliva na subjektivno blagostanje pri LGBTQ+ starejših odraslih. Zelo pomemben doprinos sta ugotovitvi, da geji in lezbijke zaznavajo večjo subjektivno blaginjo v primerjavi s skupino, v kateri so druge spolne usmerjenosti, in da osebe, ki jim je ob rojstvu bil pripisan ženski spol, zaznavajo nižjo subjektivno blaginjo v primerjavi s tistimi osebami, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol.

Z aplikativnim doprinosom smo prepoznali potrebe LGBTQ+ starejših odraslih, ki so lahko podlaga za načrtovanje sprememb v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva ter tudi na področju dolgotrajne oskrbe. Pri tem izpostavljamo vlogo socialnega gerontologa, ki predstavlja vez med zdravstvenimi in socialnimi delavci in mora biti pozoren na vključujočo obravnavo LGBTQ+ starejših odraslih, zato potrebuje kompetence tudi s tega področja.

Metodološko izvirnost zagotavlja uporaba mešanih metod in razvoj merskega instrumenta. Kot prvi smo razvili in validirali povsem novo mersko lestvico, imenovano mavrična lestvica uspešnega staranja (angl. *Rainbow Successful Ageing Scale*) – R-SAS (priloga D), ki meri uspešno staranje LGBTQ+ starejših odraslih in obsega 14 postavk. Merska lestvica za merjenje uspešnega staranja LGBTQ+ starejših odraslih je edinstvena lestvica v svetu znanosti, saj je do danes še nismo poznali. Sama merska lestvica bo v pomoč znanstvenikom in/ali raziskovalcem pri merjenju uspešnega staranja LGBTQ+ starejših odraslih, z določenimi modifikacijami pa bi bila lahko lestvica primerna tudi za populacijo, mlajšo od 50 let. Z razvojem nove merske lestvice omogočamo bolj objektivno merjenje uspešnega staranja LGBTQ+ starejših odraslih, kar bo v pomoč pri identifikaciji področij, kjer so potrebne izboljšave, pa tudi za spremljanje napredka skozi čas. Merjenje uspešnega staranja z instrumentom, ki je namenjen posebej tej populaciji in upošteva njene značilnosti, bo raziskovalcem in tudi oblikovalcem politik v prihodnje omogočal boljše razumevanje potreb ciljne populacije. Istočasno bi znanstvenikom oz. raziskovalcem omogočil identifikacijo ranljivih skupin znotraj populacije LGBTQ+ starejših odraslih. Z uporabo merske lestvice

bi bilo mogoče bolje prilagoditi socialno in zdravstveno oskrbo ter podporo posameznikom glede na njihove specifične potrebe in okoliščine.

Proučili smo vplive med dejavniki uspešnega staranja in zadovoljstva z življenjem ter subjektivne blaginje pri LGBTQ+ populaciji starejših odraslih, kjer smo opozorili na pomen upoštevanja spolne identitete in spolne orientacije za zagotavljanje uspešnega staranja, zadovoljstva z življenjem in dobrega počutja. Z izvirnostjo raziskave smo na podlagi proučevanih konceptov razvili novo teorijo mavričnega modela za zagotavljanje uspešnega staranja, zadovoljstva z življenjem in dobrega počutja, ki upošteva spolno usmerjenost, spolno identiteto in spolni izraz ter tako prispeva k boljšemu razumevanju omenjenih konstruktov.

Raziskava ima pomemben vpliv in sporočilno vrednost (slovenski) družbi, saj se staranju LGBTQ+ oseb ne namenja dovolj pozornosti. S tem želimo ozaveščati javnost in prispevati k sprejemanju različnih spolnih usmerjenosti, spolnih identitet in spolnih izrazov, ki bogatijo našo družbo, in se zavzemati za odpravo homo-, bi- in transfobije. Ravno s popularizacijo teh vsebin bomo omogočili uspešno staranje, zadovoljstvo z življenjem in subjektivno blaginjo LGBTQ+ starejših odraslih v družbi. Tekom raziskovanja smo ugotovili, da sta stigma in diskriminacija LGBTQ+ populacije v slovenski družbi še vedno prisotni, žal tudi v akademskem okolju.

7.7 Omejitve raziskave

Raziskava, ki je osredotočena na koncepte uspešnega staranja, zadovoljstva z življenjem ter subjektivne blaginje pri LGBTQ+ starejših odraslih, se sooča z vrsto metodoloških in konceptualnih izzivov, ki vplivajo na njen potek in interpretacijo rezultatov. Te omejitve zahtevajo temeljito analizo in preudarnost pri zaključkih in posploševanju rezultatov.

Prva pomembna omejitev se nanaša na teoretični model raziskave, ki se opira na model uspešnega staranja avtorjev Rowa in Kahna (1997) in koncept zadovoljstva z življenjem Dienerja in sodelavcev (1985) ter tudi na koncept subjektivne blaginje, kot ga opredeljujeta Ryff in Keyes (1995). Kljub temu da so ti koncepti splošno priznani, je ključno poudariti, da obstaja velika variabilnost v njihovih definicijah in razumevanju, kar lahko vpliva na končne rezultate raziskave.

Drugi izziv se je pojavil pri identifikaciji in vključevanju predstavnikov LGBTQ+ populacije med starejšimi odraslimi. Ta skupina se sooča z mnogimi izzivi, vključno s stigmato in diskriminacijo, ki lahko otežujejo njihovo participacijo v raziskavah. Poleg tega je pomanjkanje celovitih podatkov o demografski sestavi LGBTQ+ populacije ovira pri načrtovanju vzorca respondentov, ki bi omogočil zanesljive ugotovitve.

Vzorčenje po metodi snežne kepe, ki je bilo uporabljeno v raziskavi, prinaša dodatne izzive. Čeprav ta metoda omogoča identifikacijo posameznikov preko socialnih povezav, lahko vodi tudi do izključitve posameznikov z omejeno ali šibko razvito socialno mrežo, kar lahko

vpliva na reprezentativnost vzorca. Še posebej pri skritih skupinah, kot je LGBTQ+ populacija, kjer je stigma in družbena izolacija pogosta, lahko z metodo snežne kepe ne zaobjamemo tistih, ki imajo omejeno socialno mrežo ali pa živijo nerazkriti.

Ena od ključnih omejitev raziskave predstavlja (ne)dostopnost določenih spolnih identitet znotraj akronima LGBTQ+. Na primer biseksualci so lahko bolj skrita populacija v primerjavi z istospolno ali transspolno usmerjenimi starejšimi odraslimi, kar lahko vodi v nepopolno razumevanje in napačne sklepe o proučevani populaciji.

Celoten spekter metodoloških in konceptualnih omejitev, ki smo jih predstavili, poudarja potrebo po premišljenem pristopu k interpretaciji rezultatov ter po razvoju bolj inkluzivnih pristopov pri raziskovanju LGBTQ+ starejših odraslih.

8 ZAKLJUČEK

V doktorski disertaciji smo podrobneje proučevali povezave med uspešnim staranjem, zadovoljstvom z življenjem in subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Z oblikovanjem in testiranjem konceptualnega modela smo povezali dejavnike uspešnega staranja z zadovoljstvom z življenjem in subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Na začetku smo sistematično opredelili raziskovalni problem. V skladu s tem je bila oblikovana tudi teza doktorske disertacije, ki pravi, da dejavniki uspešnega staranja vplivajo na zadovoljstvo z življenjem in da zadovoljstvo z življenjem vpliva na subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih.

V drugem poglavju smo predstavili staranje in starost. Staranje je biološki, psihološki in socialni proces, ki se odraža v postopnem zmanjševanju telesnih in kognitivnih sposobnosti ter spremembah v vedenju in doživljanju (Dziechciarz in Filip 2014). Pri tem smo ugotovili, da staranje ni enoznačen proces in starejši odrasli niso homogena skupina (Savič idr. 2010, 90). V tem poglavju smo podrobneje predstavili demografske podatke, kot so rodnost, umrljivost in indeks staranja, kjer ugotavljamo, da se prebivalstvo stara in da postajamo dolgoživa družba.

Najobsežnejši del teoretičnega dela doktorske disertacije predstavljata tretje in četrto poglavje, kjer smo podrobneje opredelili proučevano populacijo – LGBTQ+ starejše odrasle in izbrane konstrukte. Obstajajo različni akronimi za poimenovanje spolnih manjšin, npr. LGBT (Mayer idr. 2008, 989), LGBTQIA+ (Wandrekar in Nigudkar 2020, 26) idr. V doktorski disertaciji smo uporabili akronim LGBTQ+, ki združuje lezbijke, geje, biseksualce, transspolne in kvir (angl. *queer*) osebe ter ostale osebe, ki se ne opredeljujejo kot heteroseksualne in/ali cispolne osebe (Fredriksen-Goldsen idr. 2017, 1; Bain in Podmore 2021, 1308). V doktorski disertaciji smo se ukvarjali predvsem z vprašanji lezbijk, gejev, biseksualnih in transspolnih starejših odraslih; interpolni, kvir in aspolni starejši odrasli pa niso bili posebej obravnavani. Znotraj dežnika LGBTQ+ se osredotočamo predvsem na spolno usmerjenost in spolno identiteto posameznikov, ki sta ključna dejavnika, ki vplivata na zdravje, zlasti ko gre za diskriminacijo in socialno vključenost (McKenzie 2022). V tem poglavju, ki je razdeljeno na več podpoglavij, podrobneje opisujemo ključne pojme, s katerimi smo operirali skozi celotno disertacijo. To so spolna usmerjenost, spolna identiteta in spolni izraz. Nadalje smo predstavili izzive spolnih manjšin, kjer izpostavljamo predvsem dejstvo, da sta drugačna spolna usmerjenost in spolna identiteta kriminalizirana bodisi z zakoni bodisi z družbenimi normami, kar sili LGBTQ+ starejše odrasle, da ostanejo v klozetu (Pereira in Banerjee 2021). Kljub vsem negativnim izkušnjam so mnogi LGBTQ+ starejši odrasli postali odporni. Našli so strategije, s katerimi rešujejo stiske v svojem življenju (Singh 2017, 116). Posebno pozornost v tem poglavju namenjamo tudi opisu vseh konstruktov, to so: uspešno staranje (dimenzije: fizično zdravje, duševno zdravje, socialna mreža, bivanjsko okolje in integrirana socialna in zdravstvena oskrba), zadovoljstvo z življenjem in subjektivna blaginja. Pri vseh konstruktihi vidimo, da ni povsem enotnih definicij. Gerontologija se že več desetletij trudi razumeti in opredeliti,

kaj je uspešno staranje, vendar še vedno ni splošno sprejetih meril, ki bi označevala uspešno staranje (Freund in Riediger 2003, 609). Kot izhaja iz pregleda literature, ugotavljamo, da obstaja več različnih sopomenk uspešnemu staranju, kot so zdravo staranje (Guralnik in Kaplan 1989, 703), optimalno staranje (Aldwin idr. 2006, 85), produktivno staranje (Fries 1980, 180) in aktivno staranje (Fries 2012, 1). Skozi pregled literature smo želeli odgovoriti na vprašanje, kaj je uspešno staranje, vendar nismo našli enoznačnega odgovora, kot je to razvidno v poglavju 2.2. Prav tako ni povsem enotne definicije, kaj je subjektivna blaginja. Definicija subjektivne blaginje ni enoznačna in se izrazi veselje, zadovoljstvo z življenjem in kakovost življenja pogosto uporabljajo v istem kontekstu (Dodge 2012, 222). Iz tega izhaja tudi izziv, kako razmejiti subjektivno blaginjo in zadovoljstvo z življenjem. Zadovoljstvo z življenjem se meri kot subjektivna ocena, ki jo posameznik naredi o svojem lastnem življenju. Ta ocena je lahko v smislu sreče, zadovoljstva ali dobrega počutja (Diener idr. 2010). Na koncu tega poglavja predstavimo še vlogo socialnega gerontologa kot strokovnjaka s specialnimi znanji na področju staranja, zato ima pomembno vlogo pri zagotavljanju podpore in skrbi za starejše odrasle, tudi v LGBTQ+ skupnosti. Kot zadnje izpostavljamo še spolno občutljivo rabo jezika, ki obravnava vse spole enakovredno, tako pri govoru kot pri pisanju.

S temeljitim pregledom znanstvene in strokovne svetovne literature smo ugotovili manko raziskav, ki bi proučevale uspešno staranje, zadovoljstvo z življenjem in subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Pomanjkanje raziskav, ki bi vključevale LGBTQ+ starejše odrasle je onemogočilo primerljivost uporabljenih metod in še bolj pomembno, primerljivost rezultatov. Predstavljena teoretična izhodišča v prvem delu doktorske disertacije so bila temelj za empirični raziskavi. S kvalitativno raziskavo smo pridobili kvalitativne, subjektivne podatke o uspešnem staranju LGBTQ+ starejših odraslih, kar je bila osnova za sestavo merske lestvice uspešnega staranja. S kvantitativno raziskavo pa smo preverili konceptualni model, ki ga predstavljamo na strani 115.

V kvalitativni študiji je sodelovalo 11 LGBTQ+ starejših odraslih, ki smo jih pridobili z metodo snežne kepe. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo poglobljenih intervjujev. Pridobljene podatke smo nato analizirali s programskim orodjem NVivo. V kvantitativni študiji, ki je sledila kvalitativni študiji, je sodelovalo 318 oseb. Preden smo testirali hipoteze, smo preverili merske karakteristike uporabljenih merskih lestvic. Pri analizi podatkov smo sledili dvofaznemu procesu, ki zahteva ločeno obravnavo merskega in strukturnega modela.

Rezultati kvantitativne študije kažejo, da dejavniki uspešnega staranja, z izjemo integrirane socialne in zdravstvene oskrbe, statistično pomembno vplivajo na zadovoljstvo z življenjem, to pa statistično pomembno vpliva na subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Kot kaže, so dejavniki uspešnega staranja pomembni elementi, ki vplivajo na zadovoljstvo z življenjem in na subjektivno blaginjo pri LGBTQ+ starejših odraslih. Številni izzivi, s katerimi se srečuje proučevana skupina ljudi, kot so: stigma, diskriminacija, homo-, bi- in transfobija, pa tudi pridobljena odpornost imajo neposreden vpliv na zadovoljstvo z življenjem in subjektivno blaginjo.

8.1 Možnosti nadaljnjih raziskovanj

Glede na dejstvo, da so raziskave o LGBTQ+ starejših odraslih zelo omejene, dominirajo pa predvsem v ameriškem prostoru, so vse nove raziskave pri tej populaciji dobrodošle. Longitudinalne študije bi lahko prinesle nova spoznanja o procesu staranja LGBTQ+ oseb. Spremljanje sprememb v fizičnem in duševnem zdravju, socialni mreži ter zadovoljstvu z življenjem skozi čas bi lahko pomagalo identificirati ključne dejavnike, ki vplivajo na uspešno staranje te populacije.

Glede na predstavljeni model svetujemo, da je potrebno v prihodnje dimenzijo *integrirana socialna in zdravstvena oskrba* še bolj raziskati in vključiti dodatne spremenljivke. Čeprav je bila hipoteza o vplivu integrirane oskrbe na zadovoljstvo z življenjem zavrnjena, bi lahko z nadaljnjim raziskovanjem ugotavljali, kateri specifični vidiki integrirane socialne in zdravstvene oskrbe so pomembni za LGBTQ+ starejše odrasle. Potrebno bi bilo proučiti dejavnike, kot so dostopnost, kakovost in sprejemljivost storitev integrirane socialne in zdravstvene oskrbe za to populacijo. Svetujemo razširitev koncepta uspešnega staranja in preverbo, ali obstajajo še drugi dejavniki, ki pri LGBTQ+ starejših odraslih vplivajo na uspešno staranje.

Raziskave o izobraževanju zdravstvenih in socialnih delavcev bi lahko proučile učinkovitost izobraževanja zdravstvenih in socialnih delavcev o potrebah in izzivih LGBTQ+ starejših odraslih. Proučevanje učinkovitosti prilagojenih programov izobraževanja bi lahko pomagalo izboljšati kakovost integrirane socialne in zdravstvene oskrbe ter zmanjšati morebitno diskriminacijo v socialnovarstvenih in zdravstvenih zavodih.

Za nadaljnje raziskave je ključno upoštevati specifične potrebe in izkušnje LGBTQ+ starejših odraslih ter uporabiti raznolike metodološke pristope, ki omogočajo celostno razumevanje njihovega življenja in potreb ter proučiti vpliv drugih dejavnikov, kot je ekonomska varnost, na zadovoljstvo z življenjem in na subjektivno blaginjo.

V prihodnjih raziskavah bi bilo smiselno obravnavati predstavljene omejitve raziskave (poglavje 6.1) ter razviti alternative, ki bi omogočile boljše razumevanje in vključevanje LGBTQ+ starejših odraslih v raziskovalne projekte. Razmislek o novih metodah vzorčenja ter pristopih k pridobivanju podatkov bi lahko prispeval k bolj celovitemu in reprezentativnemu raziskovanju na tem področju. Poleg tega bi bilo koristno nadalje raziskati specifične potrebe in izkušnje različnih spolnih identitet znotraj dežnika LGBTQ+ ter razviti prilagojene strategije za njihovo vključevanje v raziskovalne procese.

Nazadnje predlagamo ponovitev raziskave na enaki populaciji tudi v drugih (evropskih) državah. S tem bomo zagotovili možnost primerjanja podatkov in pridobili nove ugotovitve na področju staranja LGBTQ+ starejših odraslih.

9 SEZNAM LITERATURE IN VIROV

1. IKA (Verzija 23.06.20) [programska oprema]. 2023. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Dostop 27. 9. 2023. <https://www.ika.si>.
2. Abbruzzese, Laurel Daniels in Phyllis Simon. 2018. »Special Concerns for the LGBT Aging Patient: What Rehab Professionals Should Know«. *Current Geriatrics Reports* 7: 26–36. <https://doi.org/10.1007/s13670-018-0232-6>.
3. Adam, Frane, Valentina Hlebec, Matic Kavčič, Urša Lamut, Maja Mrzel, Darka Podmenik, Tonka Poplas-Susič, Danica Rotar-Pavlič in Igor Švab. 2012. »Kvalitativno raziskovanje v interdisciplinarni perspektivi«. *Inštitut za razvojne in strateške analize*. 194. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-T1LG9JY0>.
4. Alba, Beatrice, Anthony Lyons, Andrea Waling, Victor Minichiello, Mark Hughes, Catherine Barrett, Karen Fredriksen-Goldsen in Samantha Edmonds. 2021. »Older lesbian and gay adults' perceptions of barriers and facilitators to accessing health and aged care services in Australia«. *Health & social care in the community* 29 (4): 918–927. <https://doi.org/10.1111/hsc.13125>.
5. Almanasreh, Enas, Rebekah Moles in Timothy F. Chen. 2019. »Evaluation of methods used for estimating content validity«. *Research in social and administrative pharmacy* 15 (2): 214–221. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.066>.
6. American Psychological Association. 2009. »Report of the American Psychological Association Task Force on appropriate therapeutic responses to sexual orientation«. Washington, DC. <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>.
7. Anderson, James C. in David W. Gerbing. 1988. »Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach«. *Psychological bulletin* 103 (3): 411–423. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.103.3.411>.
8. Andorno, Roberto. 2005. »The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law«. *Journal of international biotechnology law* 2(4): 133–143. <https://doi.org/10.1515/jibl.2005.2.4.133>.
9. Antczak, Elżbieta in Karolina Lewandowska-Gwarda. 2019. »How Fast Is Europe Getting Old? Analysis of Dynamics Applying the Spatial Shift–Share Approach«. *Sustainability* 11 (20): 5661. <https://doi.org/10.3390/su11205661>.
10. Atkinson, Rowland in John Flint. 2001. »Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies«. *Social research update* 33 (1): 1–4.
11. Baams, Laura, Arnold H. Grossman in Stephen T. Russell. 2015. »Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth«. *Developmental psychology* 51 (5): 688–696. <https://doi.org/10.1037/a0038994>.
12. Bailey, J. Michael, Paul L. Vasey, Lisa M. Diamond, S. Marc Breedlove, Eric Vilain in Marc Epprecht. 2016. »Sexual orientation, controversy, and science«. *Psychological science in the public interest* 17 (2): 45–101. <https://doi.org/10.1177/1529100616637616>.
13. Ballesteros, Rocío Fernández. 2019. *The concept of successful aging and related terms*. The Cambridge handbook of successful aging. Cambridge University Press. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6842113>.

14. Bartram, David. 2023. »Sexual orientation and life satisfaction«. *Journal of Sociology* 59 (1): 20–35. <https://doi.org/10.1177/14407833211017672>.
15. Bastič, Majda. 2006. *Metode raziskovanja*. Ekonomsko-poslovna fakulteta, Univerza v Mariboru. 1–51.
16. Benbow, Susan Mary in Paul Kingston. 2022. »Older trans individuals' experiences of health and social care and the views of healthcare and social care practitioners: 'they hadn't a clue'«. *Educational Gerontology* 48 (4): 160–173. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2027642>.
17. Berg-Warman, A. in J. Brodsky. 2006. »The supportive community: a new concept for enhancing the quality of life of elderly living in the community«. *Journal of Aging & Social Policy*, 18(2): 69–83. https://doi.org/10.1300/J031v18n02_05.
18. Biloslavo, Roberto in Mirela Kljajić-Dervić. 2016. *Dejavniki uspešnosti managementa znanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem. <https://zalozba.upr.si/ISBN/978-961-6984-44-7/mobile/index.html#p=2>.
19. Bloemen, Elizabeth M., Tony Rosen, Veronica M. LoFaso, Allison Lasky, Skotti Church, Porsha Hall, Tom Weber in Sunday Clark. 2019. »Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults' Experiences With Elder Abuse and Neglect«. *Journal of the American geriatrics society* 67 (11): 2338–2345. <https://doi.org/10.1111/jgs.16101>.
20. Bower, Kyle L., Denise C. Lewis, J. Maria Bermúdez in Anneliese A. Singh. 2021. »Narratives of generativity and resilience among LGBT older adults: Leaving positive legacies despite social stigma and collective trauma«. *Journal of Homosexuality* 68 (2): 230–251. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1648082>.
21. Bowes-Catton, Helen in Nikki Hayfield. 2015. »Bisexuality«. *The Palgrave handbook of the psychology of sexuality and gender*, 42–59. https://doi.org/10.1057/9781137345899_4.
22. Boyd, Danah M. in Nicole B. Ellison. 2007. »Social network sites: Definition, history, and scholarship«. *Journal of computer-mediated Communication* 13 (1): 210–230. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>.
23. Braybrook, Debbie, Katherine Bristowe, Liadh Timmins, Anna Roach, Elizabeth Day, Paul Clift, Ruth Rose, Steve Marshall, Katherine Johnson, Katherine E. Sleeman in Richard Harding. 2023. »Communication about sexual orientation and gender between clinicians, LGBT+ people facing serious illness and their significant others: a qualitative interview study of experiences, preferences and recommendations«. *BMJ Quality & Safety* 32 (2): 109–120. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-014792>.
24. Brečko, Barbara Neža. 2005. »Istospolno usmerjeni: metodologija raziskovanja skritih populacij«. *Družboslovne razprave* 21 (49–50): 107–118. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-T1OY4NBF>.
25. Brennan-Ing, Mark, Liz Seidel, Britta Larson in Stephen E. Karpiak. 2014. »Social care networks and older LGBT adults: Challenges for the future«. *Journal of homosexuality* 61 (1): 21–52. <https://doi.org/10.4324/9781315718804>.
26. Brown, Maria T. 2009. »LGBT aging and Rhetorical silence«. *Sexuality Research and Social Policy Journal of NSRC* 6 (4): 65–78. <https://doi.org/10.1525/srsp.2009.6.4.65>.
27. Buffel, Tine, Dominique Verté, Liesbeth De Donder, Nico De Witte, Sarah Dury, Tom Vanwing in Anouk Bolsenbroek. 2012. »Theorising the relationship between older

- people and their immediate social living environment». *International Journal of Lifelong Education* 31 (1): 13–32. <https://doi.org/10.1080/02601370.2012.636577>.
28. Burton, Candace W., Jung-Ah Lee, Anders Waalen in Lisa M. Gibbs. 2020. »“Things are different now but”: Older LGBT adults’ experiences and unmet needs in health care«. *Journal of Transcultural Nursing* 31 (5): 492–501. <https://doi.org/10.1177/1043659619895099>.
 29. Butler, Sandra S. 2017. »LGBT aging in the rural context«. *Annual review of gerontology and geriatrics* 37 (1): 127–142. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.37.127>.
 30. Butler, Sandra S. 2018. »Older lesbians receiving home care: Formal and informal dimensions of caregiving«. *Journal of women & aging* 30 (2): 91–110. <https://doi.org/10.1080/08952841.2017.1290977>.
 31. Caceres, Billy A. 2019. »Care of LGBTQ older adults: what geriatric nurses must know«. *Geriatric Nursing* 40 (3): 342–343. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.05.006>.
 32. Cahill, Sean in Ken South. 2002. »Policy issues affecting lesbian, gay, bisexual, and transgender people in retirement«. *Generations: Journal of the American Society on Aging* 26 (2): 49–54. <https://www.jstor.org/stable/26555142>.
 33. Cahill, Sean. 2002. »Long term care issues affecting gay, lesbian, bisexual and transgender elders«. *Geriatric Care Management Journal* 12 (3): 4–8.
 34. Callis, April S. 2009. »Playing with Butler and Foucault: Bisexuality and queer theory«. *Journal of Bisexuality* 9 (3–4): 213–233. <https://doi.org/10.1080/15299710903316513>.
 35. Camfield, Laura in Suzanne M. Skevington. 2008. »On subjective well-being and quality of life«. *Journal of health psychology* 13 (6): 764–775. <https://doi.org/10.1177/1359105308093860>.
 36. Carabez, Rebecca, Marion Pellegrini, Andrea Mankovitz, Mickey Eliason, Mark Ciano in Megan Scott. 2015. »“Never in All My Years...”: Nurses' Education About LGBT Health«. *Journal of Professional Nursing* 31 (4): 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.01.003>.
 37. Çelebi, Çiğdem DemİR in Müge Yukay YÜKsel. 2022. »Successful aging scale: Validity and reliability study«. *International Journal of Psychology and Educational Studies* 9 (1): 79–90.
 38. Chaigneau, Tomas, Sarah Coulthard, Tim M. Daw, Lucy Szaboova, Laura Camfield, F. Stuart Chapin, Des Gasper, Georgina G. Gurney, Christina C. Hicks, Maggie Ibrahim, Thomas James, Lindsey Jones, Nathaniel Matthews, Colin McQuistan, Belinda Reyers in Katrina Brown. 2022. »Reconciling well-being and resilience for sustainable development«. *Nature Sustainability* 5 (4): 287–293. <https://doi.org/10.1038/s41893-021-00790-8>.
 39. Chakraborty, Apu, Sally McManus, Terry S. Brugha, Paul Bebbington in Michael King. 2011. »Mental health of the non-heterosexual population of England«. *The British journal of psychiatry* 198 (2): 143–148. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082271>.
 40. Chan, Alex Siu Wing. 2023. »Advocating worldwide social inclusion and anti-discrimination among LGBT community«. *Journal of homosexuality* 70 (5): 779–781. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2004869>.

41. Chidiac, Claude, Kate Grayson in Kathryn Almack. 2021. »Development and evaluation of an LGBT+ education programme for palliative care interdisciplinary teams«. *Palliative Care and Social Practice* 15. doi:10.1177/26323524211051388.
42. Chung, Edwin K. H. in Dannii Yeung. 2022. »The Multidimensional Successful Aging Scale: Development and validation«. *Innovation in Aging* 6 (Suppl 1): 248. <https://doi.org/10.1093%2Fgeron%2Fgac059.985>.
43. Cloyes, Kristin G., Djin L. Tay, Eli Iacob, Miranda Jones, Maija Reblin in Lee Ellington. 2020. »Hospice interdisciplinary team providers' attitudes toward sexual and gender minority patients and caregivers«. *Patient Education and Counseling* 103 (10): 2185–2191. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.004>.
44. Cohen, Joel E. 2005. Human population grows up. SCIENTIFIC AMERICAN-AMERICAN EDITION- 293 (3): 48. <https://doi.org/10.9783/9780812204476.24>.
45. Conrad, Peter in Alison Angell. 2004. »Homosexuality and remedicalization«. *Society* 41 (5): 32–39. <https://doi.org/10.1007/BF02688215>.
46. Correro, Anthony N., 2nd in Kristy A. Nielson. 2020. »A Review of Minority Stress as a Risk Factor for Cognitive Decline in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Elders«. *Journal of gay & lesbian mental health* 24 (1): 2–19. <https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1644570>.
47. Cosco, Theodore D., A. Matthew Prina, Jaime Perales, Blossom C. M. Stephan in Carol Brayne. 2014. »Operational definitions of successful aging: a systematic review«. *International Psychogeriatrics* 26 (3): 373–381. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002287>.
48. Costello, Anna B. in Osborne Jason. 2019. »Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis«. *Practical assessment, research, and evaluation*, 10(1): 7. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>.
49. Creswell, John W. in Cheryl N. Poth. 2016. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
50. Crisp, Roger. 2001. *Well-Being*. Dostop 22. 2. 2023. <https://leibniz.stanford.edu/friends/preview/well-being/>.
51. Cummings, Cory R., Jennifer S. Dunkle, Bianca Chanel Mayes, Carolyn A. Bradley, Francesca Petruzzella in Kerstin Maguire. 2021. »As we age: listening to the voice of LGBTQ older adults«. *Social Work in Public Health* 36 (4): 509–525. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1904081>.
52. Cunningham, William A., Kristopher J. Preacher in Mahzarin R. Banaji. 2001. »Implicit attitude measures: Consistency, stability, and convergent validity«. *Psychological science* 12 (2): 163–170. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.0032>.
53. Dahl, Per. 2017. »Hypothetico-Deductive Method«. In *Music and Knowledge: A Performer's Perspective*. 51–61. https://doi.org/10.1163/9789463008877_008.
54. De Donder, Liesbeth, Tine Buffel, Dominique Verté in Nico De Witte. 2009. »Fear of crime among the elderly: a social capital perspective«. *Sociology in a Changing World: Challenges and perspectives*, 93–107.
55. de Vries, Brian, Gloria Gutman, Áine Humble, Jacqueline Gahagan, Line Chamberland, Patrick Aubert, Janet Fast in Steven Mock. 2019. »End-of-life preparations among LGBT older Canadian adults: The missing conversations«. *The International Journal of*

56. De Vries, Brian. 2015. »Stigma and LGBT aging: Negative and positive marginality«. *American Psychological Association*. 55–71. <https://doi.org/10.1037/14436-003>.
57. Decancq, Koen in Alexander Michiels. 2019. »Measuring Successful Aging With Respect for Preferences of Older Persons«. *The Journals of Gerontology: Series B* 74 (2): 364–372. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx060>.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbx060>.
58. Delle Fave, Antonella, Marta Bassi, Elena S. Boccaletti, Carlotta Roncaglione, Giuseppina Bernardelli in Daniela Mari. 2018. »Promoting well-being in old age: The psychological benefits of two training programs of adapted physical activity«. *Frontiers in psychology* 9: 828. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00828>.
59. Dembroff, Robin A. 2016. »What is sexual orientation?«. *Philosophers' Imprint* 16. Department of Economic and Social Affairs. 2019. *World population prospects 2019: data booklet*. New York (NY): United Nations. Dostop 5. maj 2023.
<https://www.un.org/development/desa/pd/news/world-population-prospects-2019-0>.
60. Diener, Ed D., Robert A. Emmons, Randy J. Larsen in Sharon Griffin. 1985. »The satisfaction with life scale«. *Journal of personality assessment* 49 (1): 71–75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
61. Diener, Ed, Derrick Wirtz, William Tov, Chu Kim-Prieto, Dong-won Choi, Shigehiro Oishi, and Robert Biswas-Diener. 2010. »New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings«. *Social indicators research* 97 (2): 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>.
62. Diener, Ed in Martin E. P. Seligman. 2004. »Beyond money: Toward an economy of well-being«. *Psychological science in the public interest* 5 (1): 1–31.
<https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x>.
63. Dodge, R., A. P. Daly, J. Huyton in L. D. Sanders. 2012. *The challenge of defining wellbeing*, 2, 222–235.
64. Domínguez-Fuentes, Juan Manuel, María Isabel Hombrados-Mendieta in Patricia García-Leiva. 2012. »Social support and life satisfaction among gay men in Spain«. *Journal of homosexuality* 59 (2): 241–255.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2012.648879>.
65. Dziechciaz, Malgorzata in Rafał Filip. 2014. »Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging«. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 21 (4).
<https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>.
66. Edwards, Kathleen in Ann K. Brooks. 1999. »The development of sexual identity«. *New directions for adult and continuing education* 1999(84): 49–57.
67. Eickhoff, Clara. 2021. »Identifying Gaps in LGBTQ Health Education in Baccalaureate Undergraduate Nursing Programs«. *Journal of Nursing Education* 60 (10): 552–558.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20210729-01>.
68. Emlet, Charles A., Kelly K. O'Brien in Karen Fredriksen Goldsen. 2019. »The global impact of HIV on sexual and gender minority older adults: challenges, progress, and

- future directions«. *The International Journal of Aging and Human Development* 89 (1): 108–126. <https://doi.org/10.1177/0091415019843456>.
69. Erosheva, Elena A., Hyun-Jun Kim, Charles Emlet in Karen I. Fredriksen-Goldsen. 2016b. »Social networks of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults«. *Research on aging* 38 (1): 98–123. <https://doi.org/10.1177/0164027515581859>.
 70. Estebarsari, Fatemeh, Maryam Dastoorpoor, Zahra R. Khalifehkandi, Azadeh Nouri, Davoud Mostafaei, Meimanat Hosseini, Roghayeh Esmaeili in Hamidreza Aghababaeian. 2020. »The concept of successful aging: a review article«. *Current aging science* 13 (1): 4–10. <https://doi.org/10.2174/1874609812666191023130117>.
 71. Eurostat. Dostop 7. marec 2024. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing.
 72. European Commission. Dostop 15. julij 2020. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/11081093/3-10072020-AP-EN.pdf/d2f799bf-4412-05cc-a357-7b49b93615f1>.
 73. Evropski inštitut za enakost spolov. *Gender mainstreaming glossary*. Dostop 18. oktober 2023. <https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/glossary>.
 74. Fernández-Ballesteros, Rocío. 2011. »Quality of Life in Old Age: Problematic Issues«. *Applied Research in Quality of Life* 6 (1): 21–40. <https://doi.org/10.1007/s11482-010-9110-x>.
 75. Foglia, Mary Beth in Karen I. Fredriksen-Goldsen. 2014. »Health disparities among LGBT older adults and the role of nonconscious bias«. *Hastings Center Report* 44 (s4): 40–44. <https://doi.org/10.1002/hast.369>.
 76. Fornell, Claes in David F. Larcker. 1981. »Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error«. *Journal of marketing research* 18 (1): 39–50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>.
 77. Fredriksen Goldsen, Karen I. in Hyun-Jun Kim. 2015. »Count me in: response to sexual orientation measures among older adults«. *Research on aging* 37 (5): 464–480. <https://doi.org/10.1177/0164027514542109>.
 78. Fredriksen Goldsen, Karen I., Amanda E. B. Bryan, Sarah Jen, Jayn Goldsen, Hyun-Jun Kim, and Anna Muraco. 2017. »The unfolding of LGBT lives: Key events associated with health and well-being in later life«. *The Gerontologist* 57 (suppl_1): 15–29. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw185>.
 79. Fredriksen Goldsen, Karen I., Charles P. Hoy-Ellis, Jayn Goldsen, Charles A. Emlet in Nancy R. Hooyman. 2014. »Creating a vision for the future: Key competencies and strategies for culturally competent practice with lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults in the health and human services«. *Journal of gerontological social work* 57 (2–4): 80–107. <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2014.890690>.
 80. Fredriksen Goldsen, Karen I., Hyun-Jun Kim, Amanda E. B. Bryan, Chengshi Shiu, and Charles A. Emlet. 2017. »The cascading effects of marginalization and pathways of resilience in attaining good health among LGBT older adults«. *The Gerontologist* 57 (suppl_1): 72–83. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw170>.
 81. Fredriksen Goldsen, Karen I., Hyun-Jun Kim, Chengshi Shiu, Jayn Goldsen in Charles A. Emlet. 2015. »Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental

- health-related quality of life by age group». *The Gerontologist* 55 (1): 154–168. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu081>.
82. Fredriksen Goldsen, Karen I., Hyun-Jun Kim, Glenise L. McKenzie, Lisa Krinsky in Charles A. Emlet. 2017. »Plan of action for real-world translation of LGBTQ health and aging research«. *LGBT health* 4 (6): 384–388. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0185>.
 83. Fredriksen Goldsen, Karen I., Hyun-Jun Kim, Hyunzee Jung in Jayn Goldsen. 2019. »The evolution of aging with pride—National health, aging, and sexuality/gender study: Illuminating the iridescent life course of LGBTQ adults aged 80 years and older in the United States«. *The International Journal of Aging and Human Development* 88 (4): 380–404. <https://doi.org/10.1177/0091415019837591>.
 84. Fredriksen Goldsen, Karen I., Loree Cook-Daniels, Hyun-Jun Kim, Elena A. Erosheva, Charles A. Emlet, Charles P. Hoy-Ellis, Jayn Goldsen in Anna Muraco. 2014. »Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population«. *The Gerontologist* 54 (3): 488–500. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>.
 85. Fredriksen Goldsen, Karen I., Sarah Jen, Theresa Clark, Hyun-Jun Kim, Hyunzee Jung in Jayn Goldsen. 2022. »Historical and generational forces in the Iridescent Life Course of bisexual women, men, and gender diverse older adults«. *Sexualities* 25 (1–2): 132–156. <https://doi.org/10.1177/1363460720947313>.
 86. Fredriksen Goldsen, Karin. 2018. »Shifting social context in the lives of LGBTQ older adults«. *Public Policy & Aging Report* 28 (1): 24–28. <https://doi.org/10.1093/ppar/pty003>.
 87. Freund, Alexandra M. in Michaela Riediger. 2003. *Successful aging*. Handbook of psychology, 601–628.
 88. George, Rita in Mark A. Stokes. 2018. »Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder«. *Autism* 22 (8): 970–982. <https://doi.org/10.1177/1362361317714587>.
 89. Goldhammer, Hilary, Lisa Krinsky in Alex S. Keuroghlian. 2019. »Meeting the behavioral health needs of LGBT older adults«. *Journal of the American Geriatrics Society* 67 (8): 1565–1570. <https://doi.org/10.1111/jgs.15974>.
 90. Gómez, Fabiola, Patricio Cumsille in Jaime Barrientos. 2022. »Mental health and life satisfaction on Chilean gay men and lesbian women: The role of perceived sexual stigma, internalized homophobia, and community connectedness«. *Journal of Homosexuality* 69 (10): 1777–1799. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1923278>
 91. Goodyear, Michael D. E., Karmela Krleza-Jeric in Trudo Lemmens. 2007. »The declaration of Helsinki«. *British Medical Journal Publishing Group* (335): 624–625
 92. Gow, Alan J., Alison Pattie, Martha C. Whiteman, Lawrence J. Whalley in Ian J. Deary. 2007. »Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction«. *Journal of Individual Differences* 28 (3): 103–115. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>.
 93. Grant, Jaime M., Lisa A. Mottet, J. J. Tanis in D. Min. 2011. *A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force: Washington, DC, USA. https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf.

94. Grassau, Pamela, Arne Stinchcombe, Roanne Thomas in David Kenneth Wright. 2021. »Centering sexual and gender diversity within compassionate communities: insights from a community network of LGBTQ2S+ older adults«. *Palliative care and social practice* 15. <https://doi.org/10.1177/26323524211042630>.
95. Graeme, Hugo. 2011. »Future demographic change and its interactions with migration and climate change«. *Global Environmental Change* 21: 21–33. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2011.09.008>.
96. Grebenšek, Tjaša. 2019. »Krhkost in zadovoljstvo z življenjem pri starejših prebivalcih Šanghaja«. *Kakovostna Starost* 22 (1): 56–58.
97. Griebing, Tomas L. 2016. »Sexuality and aging: a focus on lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) needs in palliative and end of life care«. *Current opinion in supportive and palliative care* 10 (1): 95–101. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000196>.
98. Grossman, Arnold H. 2013. »Conducting research among older lesbian, gay, and bisexual adults«. *Growing Older* 20 (1–2): 45–61. <http://dx.doi.org/10.1080/10538720802178924>.
99. Gutysz-Wojnicka, Aleksandra, Dorota Ozga, Eva Barkestad, Julie Benbenishty, Bronagh Blackwood, Kristijan Breznik, Bojana Filej, Darja Jarošová, Boris Miha Kaučič in Ivana Nytra. 2022. »Educational Needs of European Intensive Care Nurses with Respect to Multicultural Care: A Mix-Method Study«. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (2): 724. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020724>.
100. Hafford-Letchfield, Trish, Michael Toze in Sue Westwood. 2022. »Unheard voices: A qualitative study of LGBT+ older people experiences during the first wave of the COVID-19 pandemic in the UK«. *Health & social care in the community* 30 (4): 1233–1243. <https://doi.org/10.1111/hsc.13531>.
101. Hafford-Letchfield, Trish, Paul Simpson, Paul B. Willis in Kathryn Almack. 2018. »Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project«. *Health & social care in the community* 26 (2): 312–320. <https://doi.org/10.1111/hsc.12521>.
102. Hair Jr, Joe, Joseph F. Hair Jr, G. Tomas M. Hult, Christian M. Ringle in Marko Sarstedt. 2021. *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Sage publications.
103. Harley, Debra A. 2016. »LGBT Elders in Rural Settings, Small Towns, and Frontier Regions. Handbook of LGBT elders: An interdisciplinary approach to principles, practices, and policies«. 493–511. https://doi.org/10.1007/978-3-319-03623-6_25.
104. Hash, Kristina M. in Deana F. Morrow. 2019. »Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons Aging in Rural Areas«. *The International Journal of Aging and Human Development* 90 (2): 201–208. <https://doi.org/10.1177/0091415019836110>.
105. Havighurst, Robert James 1961. »Successful aging«. *The gerontologist* 1: 8–13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>.
106. Havighurst, Robert James, Bernice L. Neugarten in Sheldon S. Tobin. 1964. *Disengagement, personality and life satisfaction in the later years*. University of Chicago.

107. Henseler, Jörg, Christian M. Ringle in Marko Sarstedt. 2015. »A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling«. *Journal of the academy of marketing science* 43: 115–135. <https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8>.
108. Herek, Gregory M. 2010. »Sexual orientation differences as deficits: Science and stigma in the history of American psychology«. *Perspectives on Psychological Science* 5 (6): 693–699. <https://doi.org/10.1177/1745691610388770>.
109. Herek, Gregory M. in Linda D. Garnets. 2007. »Sexual orientation and mental health«. *Annual Review of Clinical Psychology* 3: 353–375. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510>.
110. Holman, E. G., L. Landry-Meyer in J. N. Fish. 2020. »Creating Supportive Environments for LGBT Older Adults: An Efficacy Evaluation of Staff Training in a Senior Living Facility«. *Journal Of Gerontological Social Work* 63 (5): 464–477. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1767254>.
111. Holmes, Katrina M. in Nessa O'Loughlin. 2014. »The experiences of people with learning disabilities on social networking sites«. *British Journal of Learning Disabilities* 42 (1): 1–5. <https://doi.org/10.1111/bld.12001>.
112. Holmes, Nicole in Lauren B. Beach. 2020. »Bisexual People's Utilization of Sexual Health Services at an LGBTQ Community Center in Chicago«. *Journal of Bisexuality* 20 (3): 342–359. <https://doi.org/10.1080/15299716.2020.1825270>.
113. Hooper, D., J. Coughlan in M. Mullen. 2008. »Structural equation modelling: guidelines for determining model fit«. *Electron J Bus Res Methods* 6 (1): 53–60.
114. Hsieh, Ning in Hui Liu. 2021. »Social relationships and loneliness in late adulthood: Disparities by sexual orientation«. *Journal of Marriage and Family* 83 (1): 57–74. <https://doi.org/10.1111/jomf.12681>.
115. Hughes, Mark in Andrew King. 2018. »Representations of LGBT ageing and older people in Australia and the UK«. *Journal of Sociology* 54 (1): 125–140. <https://doi.org/10.1177/1440783317721350>.
116. Hull, Kathleen E. in Timothy A. Ortyl. 2019. »Conventional and cutting-edge: Definitions of family in LGBT communities«. *Sexuality research and social policy* 16: 31–43. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0324-2>.
117. Huynh, James. 2023. »“Family Is the Beginning but Not the End”: Intergenerational LGBTQ Chosen Family, Social Support, and Health in a Vietnamese American Community Organization«. *Journal of Homosexuality* 70 (7): 1240–1262. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2018879>.
118. Jacobsen, Linda A., Mary Kent, Marlene Lee in Mark Mather. 2011. »America's aging population«. *Population bulletin* 66 (1): 2–16.
119. Jamshed, Shazia. 2014. »Qualitative research method-interviewing and observation«. *J Basic Clin Pharm* 5 (4): 87–88. <https://doi.org/10.4103/0976-0105.141942>.
120. Javier, Noelle Marie in Austin Gerhard Oswald. 2019. »Health for the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer (LGBTQ) Older Adults«. *Current Geriatrics Reports* 8 (2): 107–116. <https://doi.org/10.1007/s13670-019-0282-4>.

121. Jurček, Anže, Mojca Urek in Ana M. Sobočan. 2022. »Življenja LGBTQ+ starejših od 50 let v času epidemije covida-19«. *Socialno Delo* 61 (1): 27–40. <https://doi.org/10.51741/sd.2022.61.1.27-40>.
122. Kahana, Boaz, Eva Kahana, T. Bhatta, Minzhi Ye in Jiao Yu. 2017. »Altruism and life satisfaction among LGBT older adults«. *Advances in Psychology Research* 120 (45): 1–13.
123. Kaiser, Henry F. 1958. »The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis«. *Psychometrika* 23, 187–200. <https://doi.org/10.1007/BF02289233>.
124. Kaučič, Boris Miha. 2017. *Holistični model za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem v starosti: doktorska disertacija*. Novo mesto. <http://revis.openscience.si/IzpisGradiva.php?id=7852&lang=slv&prip=dkum:1734139:d3>.
125. Kauth, Michael R., Terri L. Barrera, F. Nicholas Denton in David M. Latini. 2017. »Health differences among lesbian, gay, and transgender veterans by rural/small town and suburban/urban setting«. *LGBT health* 4 (3): 194–201. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0213>.
126. Kim, Dong-Bae. 2008. »The study on the development of the Korean elderly's successful aging scale«. *Korean Journal of social welfare* 60 (1): 211–231.
127. Kim, Eric S., Scott W. Delaney, Louis Tay, Ying Chen, Ed Diener in Tyler J. Vanderweele. 2021. »Life Satisfaction and Subsequent Physical, Behavioral, and Psychosocial Health in Older Adults«. *The Milbank Quarterly* 99(1): 209–239. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12497>.
128. Kim, Hyun-Jun, Karen I. Fredriksen Goldsen, Amanda E. B. Bryan in Anna Muraco. 2017. »Social network types and mental health among LGBT older adults«. *The Gerontologist* 57 (suppl_1): 84–94. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw169>.
129. Kim, Hyun-Jun, Sarah Jen in Karen I. Fredriksen Goldsen. 2017. »Race/ethnicity and health-related quality of life among LGBT older adults«. *The Gerontologist* 57 (suppl_1): 30–39. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw172>.
130. Kline, Nolan S. 2020. »Rethinking COVID-19 vulnerability: a call for LGBTQ+ Im/migrant health equity in the United States during and after a pandemic«. *Health Equity* 4 (1): 239–242. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0012>.
131. Knauer, Nancy J. 2016. »LGBT older adults, chosen family, and caregiving«. *Journal of Law and Religion* 31 (2): 150–168. <https://doi.org/10.1017/jlr.2016.23>.
132. Kneale, Dylan, Josie Henley, James Thomas in Robert French. 2021. »Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review«. *Ageing & Society* 41 (3): 493–515. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001326>.
133. Kramer, Jerry Lee. 2003. *Bachelor farmers and spinsters: Gay and lesbian identities and communities in rural North Dakota*. Mapping Desire: Geog Sexuality, 182–194.
134. Krefis, Anne C., Matthias Augustin, Katharina H. Schlünzen, Jürgen Oßenbrügge in Jobst Augustin. 2018. »How Does the Urban Environment Affect Health and Well-Being? A Systematic Review«. *Urban Science* 2 (1): 21. <https://doi.org/10.3390/urbansci2010021>.

135. Kriger, Debra in Amélie Keyser-Verreault. 2022. »What is gender?«. *Gender-based violence in children's sport*, 24–29. <https://doi.org/10.4324/9781003035138-5>.
136. Krnel, Tilen Tej in Brigita Skela-Savič. 2022. »Razkritje spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete pred zdravstvenimi delavci: fenomenološka raziskava izkušenj LGBT pacientov = Disclosure of sexual orientation and/or sexual identity to healthcare professionals«. 54–61. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. <https://www.fzab.si/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=6563&cntnt01origid=15&cntnt01pagelimit=10&cntnt01returnid=23>.
137. Kuypers, Lisette in Ciel Wijnen. 2014. »Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands«. *Archives of sexual behavior* 43: 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>.
138. Lagana, L., O. A. Balian, M. Z. Nakhla, J. Zizumbo in S. Greenberg. 2021. »A preliminary model of health regarding sexual and ethnic minority older adults«. *Culture Health & Sexuality* 23 (3): 333–348. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1710566>.
139. Lambrou, Nickolas H., Carey E. Gleason, Juno Obedin-Maliver, Mitchell R. Lunn, Annesa Flentje, Micah E. Lubensky in Jason D. Flatt. 2022. »Subjective cognitive decline associated with discrimination in medical settings among transgender and nonbinary older adults«. *International journal of environmental research and public health* 19 (15): 9168. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159168>.
140. Langarita Adiego, J. A. 2020. »Sexual and gender diversity in small cities: LGBT experiences in Girona, Spain«. *Gender Place And Culture* 27 (9): 1348–1365. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2019.1710473>.
141. Lawshe, Charles H. 1975. »A quantitative approach to content validity«. *Personnel psychology* 28 (4): 563–575. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>.
142. Lea, Toby, John de Wit, and Robert Reynolds. 2014. »Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: Associations with psychological distress, suicidality, and substance use«. *Archives of sexual behavior* 43: 1571–1578. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0266-6>.
143. Lecompte, Maude, Joe Ducharme, Julie Beauchamp, and Mélanie Couture. 2021. »Inclusive practices toward LGBT older adults in healthcare and social services: A scoping review of quantitative and qualitative evidence«. *Clinical Gerontologist* 44 (3): 210–221. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1862946>.
144. Lee, Jeong Eun, Boaz Kahana in Eva Kahana. 2017. »Successful aging from the viewpoint of older adults: development of a brief Successful Aging Inventory (SAI)«. *Gerontology* 63 (4): 359–371. <https://doi.org/10.1159/000455252>.
145. Lee, Matthew, Elisabet Tasa-Vinyals in Jacqueline Gahagan. 2021. »Improving the LGBTQ2S+ cultural competency of healthcare trainees: Advancing health professional education«. *Canadian medical education journal* 12 (1): 7–20. <https://doi.org/10.36834/cmej.67870>.
146. Lee, Michael G. in Jean K. Quam. 2013. »Comparing supports for LGBT aging in rural versus urban areas«. *Journal of Gerontological Social Work* 56 (2): 112–126. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.747580>.

147. Leontitsis, Alexandros in Jenny Pagge. 2007. »A simulation approach on Cronbach's alpha statistical significance«. *Mathematics and Computers in Simulation* 73 (5): 336–340. <https://doi.org/10.1016/j.matcom.2006.08.001>.
148. Levy, Arkene, Samiksha Prasad, Daniel P. Griffin, Maria Ortega, Chasity B. O'Malley, Arkene J. Levy, Dan Griffin in Chasity O'Malley. 2021. »Attitudes and knowledge of medical students towards healthcare for lesbian, gay, bisexual, and transgender seniors: Impact of a case-based discussion with facilitators from the community«. *Cureus* 13 (8). <https://doi.org/10.7759/cureus.17425>.
149. Liu, Liping, Chan Li in Dan Zhu. 2012. »A new approach to testing nomological validity and its application to a second-order measurement model of trust«. *Journal of the Association for Information Systems* 13 (12): 4. <https://doi.org/10.17705/1jais.00320>.
150. Lof, J., and A. Olaison. 2020. »I don't want to go back into the closet just because I need care': recognition of older LGBTQ adults in relation to future care needs«. *European Journal Of Social Work* 23 (2): 253–264. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1534087>.
151. Lottmann, Ralf in Andrew King. 2022. »Who can I turn to? Social networks and the housing, care and support preferences of older lesbian and gay people in the UK«. *Sexualities* 25 (1–2): 9–24. <https://doi.org/10.1177/1363460720944588>.
152. Lyons, Anthony, Beatrice Alba, Andrea Waling, Victor Minichiello, Mark Hughes, Catherine Barrett, Karen Fredriksen Goldsen in Samantha Edmonds. 2021. »Mental health and identity adjustment in older lesbian and gay adults: Assessing the role of whether their parents knew about their sexual orientation«. *Aging & Mental Health* 25 (8): 1499–1506. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1765314>.
153. Lyons, Anthony, Warwick Hosking in Tomas Rozbroj. 2015. »Rural-urban differences in mental health, resilience, stigma, and social support among young Australian gay men«. *The Journal of Rural Health* 31 (1): 89–97. <https://doi.org/10.1111/jrh.12089>.
154. Maher, Jaclyn P., Aaron L. Pincus, Nilam Ram in David E. Conroy. 2015. »Daily physical activity and life satisfaction across adulthood«. *Developmental psychology* 51 (10): 1407. <https://doi.org/10.1037/dev0000037>.
155. Maljevac, Simon, Roman Kuhar in Alenka Švab. 2022. »Tiha generacija: istospolno usmerjeni starejši«. *Socialno Delo* 61 (3) 61–76 (1). <https://doi.org/10.51741/sd.2022.61.1.61-76>.
156. Mason, Jennifer. 2002. *Linking qualitative and quantitative data analysis*. Analyzing qualitative data, 89–110.
157. Masten, Ann S., Karin M. Best in Norman Garmezy. 1990. »Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity«. *Development and psychopathology* 2 (4): 425–444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>.
158. Matsuno, Emmie in Stephanie L. Budge. 2017. »Non-binary/genderqueer identities: A critical review of the literature«. *Current Sexual Health Reports* 9: 116–120. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0111-8>.
159. Mayer, Kenneth H., Judith B. Bradford, Harvey J. Makadon, Ron Stall, Hilary Goldhammer in Stewart Landers. 2008. »Sexual and gender minority health: what we

- know and what needs to be done«. *American journal of public health* 98 (6): 989–995. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.127811>.
160. McCann, Edward, Danika Sharek, Agnes Higgins, Fintan Sheerin in Michele Glacken. 2013. »Lesbian, gay, bisexual and transgender older people in Ireland: Mental health issues«. *Aging & Mental Health* 17 (3): 358–365. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.751583>.
 161. McConnell, Elizabeth A., Michelle A. Birkett in Brian Mustanski. 2015. »Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth«. *LGBT health* 2 (1): 55–61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>.
 162. McGovern, Justine, Dwayne Brown in Vita Gasparro. 2016. »Lessons learned from an LGBTQ senior center: A Bronx tale«. *Journal of Gerontological Social Work* 59 (7–8): 496–511. <https://doi.org/10.1080/01634372.2016.1255692>.
 163. McNulty, Ann, Diane Richardson in Surya Monro. 2010. Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) Equalities and Local Governance Research report for practitioners and policy makers. Dostop 12. december 2023. <https://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/14271/>.
 164. McKenzie, Cameron, Nick J. Mulé in Maryam Khan. 2022. »Where is LGBTQ+ in Ontario's health care policies and programs?«. *Sexuality Research and Social Policy*. 1–12. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00577-8>.
 165. Mental Health Foundation. Dostop 28. 3. 2024. <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/statistics/lgbtiq-people-statistics>.
 166. Merriam-Websterjev slovar. Dostop 20. oktober 2023. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/well-being>.
 167. Mestna in urbana območja v Sloveniji. Dostop 13. september 2023. <https://www.gov.si teme/mesta-in-druga-urbana-naselja/>.
 168. Milton, Cole. 2020. *The Buffering Effect of Chosen Family Networks in LGBT Adults*. Southern Illinois University at Carbondale. <https://opensiuc.lib.siu.edu/theses/2715/>.
 169. Milton, David Cole in Douglas Knutson. 2023. »Family of origin, not chosen family, predicts psychological health in a LGBTQ+ sample«. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 10 (2): 269–278. <https://doi.org/10.1037/sgd0000531>.
 170. Mock, Steven E., Earl P. Walker, Áine M. Humble, Brian de Vries, Gloria Gutman, Jacqueline Gahagan, Line Chamberland, Patrick Aubert in Janet Fast. 2020. »The role of information and communication technology in end-of-life planning among a sample of Canadian LGBT older adults«. *Journal of Applied Gerontology* 39 (5): 536–544. <https://doi.org/10.1177/0733464819848634>.
 171. Mohammadi, Naima. 2018. »Life experiences of sexual minorities in Iran: Limitations, adaptations and challenges«. *Quality & Quantity* 52 (2): 719–737. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0484-9>.
 172. Mongelli, Francesca, Daniela Perrone, Jessica BaLducci, Andrea Sacchetti, Silvia Ferrari, Giorgio Mattei in Gian M. Galeazzi. 2019. »Minority stress and mental health among LGBT populations: An update on the evidence«. *Minerva Psichiatrica* 60 (1): 27–50. <https://dx.doi.org/10.23736/S0391-1772.18.01995-7>.

173. Monro, Surya, Kris Christmann, Graham R. Gibbs in Leanne Monchuk. 2016. *Professionally speaking: challenges to achieving equality for LGBT people*. <https://doi.org/10.2811/872353>.
174. Montes-Galdeano, Francisco, Pablo Roman, Carmen Ropero-Padilla, Agustín Romero-López, Cristofer Ruiz-González in Miguel Rodriguez-Arrastia. 2021. »Improving the care management of trans patients: Focus groups of nursing students' perceptions«. *Journal of nursing management* 29 (1): 75–84. <https://doi.org/10.1111/jonm.13160>.
175. Moos, Rudolf H. 1980. »Specialized living environments for older people: A conceptual framework for evaluation«. *Journal of Social Issues* 36 (2): 75–94. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02023.x>.
176. Muraco, Anna, Jennifer Putney, Chengshi Shiu in Karen I. Fredriksen Goldsen. 2018. »Lifesaving in every way: The role of companion animals in the lives of older lesbian, gay, bisexual, and transgender adults age 50 and over«. *Research on aging* 40 (9): 859–882. <https://doi.org/10.1177/0164027517752149>.
177. Musek, Janek in Andreja Avsec. 2006. »Osebnost, samopodoba in psihično zdravje«. *Anthropos* 1–2 (201–202): 51–75. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-JI08DWKD>.
178. Nedeljko, Mihael. 2022. »Virtual environment can ease the challenges of LGBTQ+ older adults—literature review«. *IFAC-PapersOnLine* 55 (39): 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2022.12.026>.
179. Nedeljko, Mihael, Barbara Toplak Perović, Miran Grah in Boris Miha Kaučič. 2024. »Exploring Disparities in Life Satisfaction among LGBTQ+ Older Adults in different Living Environments: The Case of Slovenia«. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 12 (2): 214–220. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2024.11870>.
180. Nedeljko, Mihael in Boris Miha Kaučič. 2023. »Creating a safe and inclusive living environment for LGBTQ+ older adults: A review of research, policy and literature«. *IFAC-PapersOnLine* 56 (2): 9966–9971. <https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2023.10.698>.
181. Nedeljko, Mihael, David Bogataj, Barbara Toplak Perović in Boris Miha Kaučič. 2023. »Smart and Age-friendly Communities: A Review of Research, Policy and Literature«. *IFAC-PapersOnLine* 56 (2): 9546–9551. <https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2023.10.255>.
182. Neugarten, Bernice L. 2018. »Personality and the aging process«. *Process of aging*, 321–334. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315127460>.
183. Nijhawan, Lokesh P., Manthan D. Janodia, B. S. Muddukrishna, Krishna Moorthi Bhat, K. Laxminarayana Bairy, Nayanabhirama Udupa in Prashant B. Musmade. 2013. »Informed consent: Issues and challenges«. *Journal of advanced pharmaceutical technology & research* 4 (3): 134–140. <https://doi.org/10.4103%2F2231-4040.116779>.
184. Orel, Nancy A. 2014. »Investigating the needs and concerns of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults: The use of qualitative and quantitative methodology«. *Journal of homosexuality* 61 (1): 53–78. <https://doi.org/10.4324/9781315718804>.
185. Oswald, Ramona Faith in Linda S. Culton. 2003. »Under the rainbow: Rural gay life and its relevance for family providers«. *Family Relations* 52 (1): 72–81. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2003.00072.x>.

186. Pachankis, John E. in Richard Bränström. 2018. »Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries«. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 86 (5): 403–415. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ccp0000299>.
187. Pack, Margaret in Peter Brown. 2017. »Educating on anti-oppressive practice with gender and sexual minority elders: Nursing and social work perspectives«. *Aotearoa New Zealand Social Work* 29 (2): 108–118. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.337883058831661>.
188. Paswan, Audhesh. 2009. *Confirmatory factor analysis and structural equations modeling: An introduction*. Dept. of Marketing and Logistics, COB, University of North Texas, USA.
189. Parent, Mike C., Cirleen DeBlaere in Bonnie Moradi. 2013. »Approaches to research on intersectionality: Perspectives on gender, LGBT, and racial/ethnic identities«. *Sex roles* 68: 639–645. <https://doi.org/10.1007/s11199-013-0283-2>.
190. Parr, Hester. 2004. »Medical geography: critical medical and health geography?«. *Progress in Human Geography* 28 (2): 246–257. <https://doi.org/10.1191/0309132504ph484pr>.
191. Pereira, Henrique in Debanjan Banerjee. 2021. »Successful Aging Among Older LGBTQIA+ People: Future Research and Implications«. *Front Psychiatry* 12: 756649. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.756649>.
192. Pereira, Henrique in Patrícia Silva. 2021. »The importance of social support, positive identity, and resilience in the successful aging of older sexual minority men«. *Geriatrics* 6 (4): 98. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6040098>.
193. Perone, Angela K. 2021. »Barriers and opportunities for nontraditional social work during COVID-19: Reflections from a small LGBTQ+ nonprofit in Detroit«. *Qualitative Social Work* 20 (1–2): 416–422. <https://doi.org/10.1177/1473325020984156>.
194. Perone, Angela K., Berit Ingersoll-Dayton in Keisha Watkins-Dukhie. 2020. »Social isolation loneliness among LGBT older adults: Lessons learned from a pilot friendly caller program«. *Clinical Social Work Journal* 48 (1): 126–139. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00738-8>.
195. Plöderl, Martin in Pierre Tremblay. 2015. »Mental health of sexual minorities. A systematic review«. *International review of psychiatry* 27 (5): 367–385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>.
196. Poon, Colleen S. in Elizabeth M. Saewyc. 2009. »Out yonder: Sexual-minority adolescents in rural communities in British Columbia«. *American journal of public health* 99 (1): 118–124. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.122945>.
197. *Population projections in the EU*. 2022. Dostop 10. januar 2023. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=497115>.
198. Poredoš Pavel. 2004. Značilnosti zdravstvene obravnave starostnikov. *Zdravstveni vestnik* 73 (6): 536–539. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-EHIN5OZY>.
199. Poulsen, Adam, Eduard Fosch-Villaronga in Oliver K. Burmeister. 2020. »Cybersecurity, value sensing robots for LGBTIQ+ elderly, and the need for revised codes of conduct«. *Australasian Journal of Information Systems* 24. <https://doi.org/10.3127/ajis.v24i0.2789>.

200. Putney, Jennifer M., Sara Keary, Nicholas Hebert, Lisa Krinsky in Rebekah Halmo. 2018. »'Fear runs deep:' The anticipated needs of LGBT older adults in long-term care«. *Journal of gerontological social work* 61 (8): 887–907. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109>.
201. Quinn, Gwendolyn P., Julian A. Sanchez, Steven K. Sutton, Susan T. Vadaparampil, Giang T. Nguyen, B. Lee Green, Peter A. Kanetsky in Matthew B. Schabath. 2015. »Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations«. *CA: a cancer journal for clinicians* 65 (5): 384–400. <https://doi.org/10.3322/caac.21288>.
202. Ramovš, Jože. 2011. »Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji«. *Kakovostna starost* 14 (2): 3–21. Dostop 4. marec 2024. <http://inst-antonatrstenjaka.si/slike/969-1.pdf>.
203. Ramovš, Jože. 2014. Staranje. *Kakovostna starost* 17 (1): 45. Dostop 4. marec 2024. <https://www.proquest.com/openview/47af7eb32175b61ac4fe115d672b6a25/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1436344>.
204. Ramovš, Jože. 2019. »Integrirana dolgotrajna oskrba«. *Kakovostna Starost* 22 (3): 54–56.
205. Rao, T. S. Sathyanarayana in K. S. Jacob. 2012. »Homosexuality and India«. *Indian journal of psychiatry* 54 (1): 1–3. <https://doi.org/10.4103%2F0019-5545.94636>.
206. Redcay, Alex, Sheila McMahon, Valentina Hollinger, Heather L. Mabry-Kourt in Tyler B. Cook. 2019. »Policy Recommendations to Improve the Quality of Life for LGBT Older Adults«. *Journal of Human Rights and Social Work* 4 (4): 267–274. <https://doi.org/10.1007/s41134-019-00103-2>.
207. Reed, Kathlyn L. in Sharon Nelson Sanderson. 1999. *Concepts of occupational therapy*. Lippincott Williams & Wilkins. https://books.google.si/books/about/Concepts_of_Occupational_Therapy.html?id=1ZE47g_IRTwC&redir_esc=y.
208. Reichstadt, Jennifer, Colin A. Depp, Lawrence A. Palinkas in Dilip V. Jeste. 2007. »Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging«. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 15 (3): 194–201. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318030255f>.
209. Reio Jr, Thomas G. in Brad Shuck. 2015. »Exploratory factor analysis: implications for theory, research, and practice«. *Advances in developing human resources* 17 (1): 12–25. <https://doi.org/10.1177/1523422314559804>.
210. Reker, Gary T. 2009. *A Brief Manual of the Successful Aging Scale (SAS)*. Dostop: 5. april 2023. https://www.researchgate.net/publication/266559500_TEST_MANUAL_The_Successful_Aging_Scale_SAS.
211. Requena, Felix. 2016. »Rural–urban living and level of economic development as factors in subjective well-being«. *Social Indicators Research* 128: 693–708. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1051-1>.
212. Ribeiro-Gonçalves, José Alberto, Henrique Pereira, Pedro Alexandre Costa, Isabel Leal in Brian de Vries. 2022. »Loneliness, social support, and adjustment to aging in older Portuguese gay men«. *Sexuality Research and Social Policy* 19 (1): 207–219. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00535-4>.

213. Roe, Lorna in Miriam Galvin. 2021. »Providing inclusive, person-centred care for LGBT+ older adults: A discussion on health and social care design and delivery«. *Journal of nursing management* 29 (1): 104–108. <https://doi.org/10.1111/jonm.13178>
214. Rogers, Anissa, Rebecca Rebbe, Chanel Gardella, Mary Worlein in Mya Chamberlin. 2013. »Older LGBT adult training panels: An opportunity to educate about issues faced by the older LGBT community«. *Journal of gerontological social work* 56 (7): 580–595. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.811710>.
215. Rohde, Lasse, Tine Steen Larsen, Rasmus Lund Jensen in Olena Kalyanova Larsen. 2019. »Framing holistic indoor environment: Definitions of comfort, health and well-being«. *Indoor and Built Environment* 29 (8): 1118–1136. <https://doi.org/10.1177/1420326X19875795>.
216. Rokach, Ami. 2014. Loneliness of the marginalized. *Open Journal of Depression* 3 (4). <https://doi.org/10.4236/ojd.2014.34018>.
217. Roller, Lori A. 2013. Understanding gender and gender equality. *Research fACTs and Findings*: 1–7. Dostop 3. marec 2023. https://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_gender1_1213.pdf.
218. Rosa, William E., Smita C. Banerjee in Shail Maingi. 2022. »Family caregiver inclusion is not a level playing field: Toward equity for the chosen families of sexual and gender minority patients«. *Palliative Care and Social Practice* 16. <https://doi.org/10.1177/26323524221092459>.
219. Rosenberg, Mark W., John Puxty in Barbara Crow. 2022. *Enabling Older Adults to Age in Community*. Employment and Social Development Canada.
220. Rosenwohl-Mack, Amy, Darin Smith, Meredith Greene, Karyn Skultety, Madeline Deutsch, Leslie Dubbin in Jason D. Flatt. 2022. »Building HOUSE (Healthy Outcomes Using a Supportive Environment): Exploring the Role of Affordable and Inclusive Housing for LGBTQIA plus Older Adults«. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* 19 (3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031699>.
221. Roser, Max, Esteban Ortiz-Ospina in Hannah Ritchie. 2013. *Life expectancy. Our world in data*. Dostop 10. december 2023. <https://ourworldindata.org/life-expectancy>.
222. Rowe, John W. in Robert L. Kahn. 1997. »Successful Aging«. *The Gerontologist* 37. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>.
223. Ryan, Frances, Michael Coughlan in Patricia Cronin. 2009. »Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview«. *International journal of therapy and rehabilitation* 16 (6): 309–314. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2009.16.6.42433>.
224. Ryff, Carol D. 1989. »Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being«. *Journal of personality and social psychology* 57 (6): 1069–1081. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>.
225. Sándor, Bea. 2020. *Kako preprečevati različne oblike nasilja nad LGBTI+ otroki in mladimi, ki svojo spolno identiteto in spolni izraz izražajo na načine, ki so v družbi prepoznani kot spolno nenormativni?* Dostop: 26. september 2023. https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/21382/DaC_Handbook_SLO.pdf?sequence=7&isAllowed=y.
226. Savič, Brigita Skela, Joca Zurc in Simona Hvalič Touzery. 2010. »Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego«. *Obzornik*

- zdravstvene nege 44 (2): 89–100. <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2759>.
227. Savin-Williams, Ritch C. 2011. »Identity development among sexual-minority youth«. In *Handbook of identity theory and research*, 671–689. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_28.
228. Schaefer, Catherine, James C. Coyne in Richard S. Lazarus. 1981. »The health-related functions of social support«. *Journal of behavioral medicine* 4 (4): 381–406. <https://doi.org/10.1007/BF00846149>.
229. Sell, Randall L. 1997. »Defining and measuring sexual orientation: A review«. *Archives of sexual behavior* 26: 643–658. <https://doi.org/10.1023/A:1024528427013>.
230. Sešek, Katja in Maja Ivačič. 2016. »Heteronormativnost diskurza na Fakulteti za socialno delo«. *Socialno Delo* 55 (5/6): 301–314. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-54X7HA90>.
231. Shaver, Frances M. 2005. »Sex Work Research: Methodological and Ethical Challenges«. *Journal of Interpersonal Violence* 20 (3): 296–319. <https://doi.org/10.1177/0886260504274340>.
232. Shively, Michael G. in John P. De Cecco. 1977. »Components of sexual identity«. *Journal of homosexuality* 3 (1): 41–48. https://doi.org/10.1300/J082v03n01_04.
233. Shrestha, Noora. 2021. »Factor analysis as a tool for survey analysis«. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics* 9 (1): 4–11. <https://doi.org/10.12691/ajams-9-1-2>.
234. Siddiqui, Kamran (2013). »Heuristics for sample size determination in multivariate statistical techniques«. *World Applied Sciences Journal*, 27(2): 285–287.
235. Simpson, Paul, Kathryn Almack in Pierre Walthery. 2018. »‘We treat them all the same’: the attitudes, knowledge and practices of staff concerning old/er lesbian, gay, bisexual and trans residents in care homes«. *Ageing & Society* 38 (5): 869–899. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1600132X>.
236. Singh, Anneliese A. 2017. »Understanding trauma and supporting resilience with LGBT people of color«. *Trauma, resilience, and health promotion in LGBT patients: What every healthcare provider should know*. 113–119. https://doi.org/10.1007/978-3-319-54509-7_10.
237. Sivo, Stephen A., Xitao Fan, E. Lea Witta in John T. Willse. 2006. »The search for "optimal" cutoff properties: Fit index criteria in structural equation modeling«. *The Journal Of Experimental Education* 74 (3): 267–288. <https://doi.org/10.3200/JEXE.74.3.267-288>.
238. Skeldon, Laura. 2020. »Experiences and Attitudes of the LGBTQ+ Community on Care/Nursing Homes«. *AIJR Abstracts* 53. <https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2086751>.
239. Smith, Adina J., Rachel Hallum-Montes, Kyndra Nevin, Roberta Zenker, Bree Sutherland, Shawn Reagor, M. Elizabeth Ortiz, Catherine Woods, Melissa Frost in Bryan N. Cochran. 2018. »Determinants of transgender individuals’ well-being, mental health, and suicidality in a rural state«. *Journal of Rural Mental Health* 42 (2): 116–132. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/rmh0000089>.

240. Smolle, Sofia in Majen Espvall. 2021. »Transgender competence in social work with older adults in Sweden«. *Journal of Social Service Research* 47 (4): 522–536. <https://doi.org/10.1080/01488376.2020.1848968>.
241. Speroff, Leon. 1994. »The effect of aging on fertility«. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 6 (2): 115–120.
242. Spiro, Rosann L in Barton A. Weitz. 1990. »Adaptive selling: Conceptualization, measurement, and nomological validity«. *Journal of marketing Research* 27 (1): 61–69. <https://doi.org/10.1177/002224379002700106>.
243. Srinivasan, Shilpa, Juliet Glover, Rajesh R. Tampi, Deena J. Tampi in Daniel D. Sewell. 2019. »Sexuality and the older adult«. *Current psychiatry reports* 21 (10): 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>.
244. Stanley, Mandy in Julianne Cheek. 2003. »Well-being and older people: A review of the literature«. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 70 (1): 51–59. <https://doi.org/10.1177/000841740307000107>.
245. Statistični urad Republike Slovenije. Dostop 22. julij 2023. <https://pxweb.stat.si/SiStat/sl>.
246. Steensma, Thomas D., Baudewijntje P. C. Kreukels, Annelou L. C. de Vries in Peggy T. Cohen-Kettenis. 2013. »Gender identity development in adolescence«. *Hormones and behavior* 64 (2): 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>.
247. Stevens, Gregg A., Tony Nguyen in Francisco J. Fajardo. 2018. »LGBT senior health disparities: Information resources to bridge the gap«. *Journal of Consumer Health on the Internet* 22 (2): 150–157. <https://doi.org/10.1080/15398285.2018.1451143>.
248. Stinchcombe, Arne, Jeffrey Smallbone, Kimberley Wilson in Katherine Kortess-Miller. 2017. »Healthcare and end-of-life needs of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults: a scoping review«. *Geriatrics* 2 (1): 13. <https://doi.org/10.3390/geriatrics2010013>.
249. Stöber, Joachim. 2001. »The Social Desirability Scale-17 (SDS-17): Convergent validity, discriminant validity, and relationship with age«. *European Journal of Psychological Assessment*, 17 (3): 222–232. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.17.3.222>.
250. Stoica, Petre in Kenneth C. Sharman. 1990. »Maximum likelihood methods for direction-of-arrival estimation«. *IEEE Transactions on Acoustics, Speech, and Signal Processing* 38 (7): 1132–1143. <https://doi.org/10.1109/29.57542>.
251. Stokes, David in Richard Bergin. 2006. »Methodology or “methodolatry”? An evaluation of focus groups and depth interviews«. *Qualitative market research: An international Journal* 9 (1): 26–37.
252. Strauss, Anselm in Juliet Corbin. 1998. *Basics of qualitative research techniques*. Sage publications.
253. Sullivan, Kathleen M. 2014. »Acceptance in the domestic environment: the experience of senior housing for lesbian, gay, bisexual, and transgender seniors«. *Journal of gerontological social work* 57 (2–4): 235–250. <https://doi.org/10.1080/01634372.2013.867002>.

254. Sullivan, Louise J., and Marilyn E. Asselin. 2013. »Revisiting quality of life for elders in long-term care: an integrative review«. *Nursing Forum* 48 (3): 191–204. <https://doi.org/10.1111/nuf.12030>.
255. Svetovna zdravstvena organizacija. 2021. »Advocacy brief: social isolation and loneliness among older people«. Dostop 13. oktober 2023. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343206>.
256. Svetovna zdravstvena organizacija. 2023. By 2024, the 65-and-over age group will outnumber the youth group: new WHO report on healthy ageing. Dostop 12. oktober 2023. <https://www.who.int/europe/news/item/11-10-2023-by-2024--the-65-and-over-age-group-will-outnumber-the-youth-group--new-who-report-on-healthy-ageing>.
257. Swiatek, Daniel P., Sheryl Ryan in Terry Peralta-Catipon. 2021. Older Adults in an LGBT Residential Community: Impact of a Safe Space on Occupation and Well-Being. *The Open Journal of Occupational Therapy* 9 (4): 1–14. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1829>.
258. Szymanski, Dawn M., Susan Kashubeck-West in Jill Meyer. 2008. »Internalized heterosexism: Measurement, psychosocial correlates, and research directions«. *The Counseling Psychologist* 36 (4): 525–574. <https://doi.org/10.1177/0011000007309489>.
259. Šarotar Žižek, Simona. 2009. Dobro počutje/subjektivna blaginja sodelavcev kot bistveni dejavnik prehoda v inovativno družbo. Dostop 18. januar 2022. <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-R7ZF0CGB>.
260. Šauperl Mojca, Helena Dobrovoljc, Jasna Jeram in Maksimiljan Gulič. 2019. SMERNICE za spolno občutljivo rabo jezika. Dostop 18. oktober 2023. https://www.ki.si/fileadmin/user_upload/datoteke-splosno/Projektna_pisarna/PLOTINA/smernice_web.pdf.
261. Taylor, Paul. 2013. *A survey of LGBT Americans: Attitudes, experiences and values in changing times*. Pew Research Center.
262. Thompson, Jack. 2022. Are urban spaces queer-friendly places? How geographic context shapes support for LGBT rights. Dostop 6. marec 2023. <https://files.osf.io/v1/resources/d4e86/providers/osfstorage/620a4123237c8c072e759362?action=download&direct&version=1>.
263. Thompson, Wesley K., Lindsey Charo, Ipsit V. Vahia, Colin Depp, Matthew Allison in Dilip V. Jeste. 2011. »Association Between Higher Levels of Sexual Function, Activity, and Satisfaction and Self-Rated Successful Aging in Older Postmenopausal Women«. *Journal of the American Geriatrics Society* 59 (8): 1503–1508. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03495.x>.
264. Tornstam, Lars. 2003. *Gerotranscendence from young old age to old old age*. Faculty of Social Sciences, Department of Sociology.
265. Tourangeau, Roger in Tom W. Smith. 1996. »Asking sensitive questions: The impact of data collection mode, question format, and question context«. *Public opinion quarterly* 60 (2): 275–304. <https://doi.org/10.1086/297751>.
266. Toze, Michael, Sue Westwood in Trish Hafford-Letchfield. 2021. »Social support and unmet needs among older trans and gender non-conforming people during the COVID-19 'lockdown' in the UK«. *International Journal of Transgender Health*: 1–15.

267. Troutman, Meredith, Mary A. Nies, Sara Small in Amanda Bates. 2011. »The development and testing of an instrument to measure successful aging«. *Research in gerontological nursing* 4 (3): 221–232. <https://doi.org/10.3928/19404921-20110106-02>.
268. United Nations. 2004. *World urbanization prospects: the 2003 revision*. UN. Dostop 5. marec 2023. <https://digitallibrary.un.org/record/639679>.
269. Urek, Mojca, Charlotte Buitenkamp, Trish Hafford-Letchfield, Agnes Higgins, Brian Keogh, Sarah Lewis-Brooke, Alfonso Pezzella, Irma Rabelink, Nina Van der Vaart in Anže Jurček. 2022. »"Teta, s kom si ti lezbijka?": z izobraževanjem proti nevidnosti LGBT+ starih ljudi v socialni in zdravstveni oskrbi«. *Journal Socialno delo* 61 (1): 7–26. <https://doi.org/10.51741/sd.2022.61.1.7-26>.
270. Urtamo, A., Timo E. Jyväkorpi Sk Fau – Strandberg in T. E. Strandberg. »Definitions of successful ageing: a brief review of a multidimensional concept«. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90 (2): 359–363. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376>.
271. Vaillant, George E. in Kenneth Mukamal. 2001. »Successful aging«. *American Journal of Psychiatry* 158 (6): 839–847. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.839>.
272. van Weert, Julia C. M., Barbara C. Van Munster, Remco Sanders, René Spijker, Lotty Hooft in Jesse Jansen. 2016. »Decision aids to help older people make health decisions: a systematic review and meta-analysis«. *BMC medical informatics and decision making* 16: 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0281-8>.
273. Veenhoven, Ruut. 1996. *The study of life-satisfaction*. Dostop 2. februar 2023. <http://hdl.handle.net/1765/16311>.
274. Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za delo, socialne zadeve in enake možnosti družino in Urad RS za makroekonomske. 2017. *Strategija dolgožive družbe*. V M. Bednaš, A. Kajzer (ur.), Strategija dolgožive družbe: 25–63. Dostop 5. maj 2023. https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf.
275. Vogrin, Janez. 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani. Dostop 2. februar 2023. <https://core.ac.uk/download/pdf/35123064.pdf>.
276. Vogrinc, Janez. 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Dostop 4. april 2023. <https://core.ac.uk/download/pdf/35123064.pdf>.
277. Vollset, Stein Emil, Emily Goren, Chun-Wei Yuan, Jackie Cao, Amanda E. Smith, Thomas Hsiao, Catherine Bisignano, Gulrez S. Azhar, Emma Castro in Julian Chalek. 2020. »Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study«. *The Lancet* 396 (10258): 1285–1306. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30677-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30677-2).
278. von Faber, Margaret, Annetje Bootsma–van der Wiel, Eric van Exel, Jacobijn Gussekloo, Anne M. Lagaay, Els van Dongen, Dick L. Knook, Sjaak van der Geest, and Rudi G. J. Westendorp. 2001. »Successful Aging in the Oldest Old: Who Can Be Characterized as Successfully Aged?«. *Archives of Internal Medicine* 161 (22): 2694–2700. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.22.2694>.

279. Walsh, Kieran, Thomas Scharf in Norah Keating. 2017. »Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework«. *European Journal of ageing* 14: 81–98. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0398-8>.
280. Watkins, Marley W. 2018. »Exploratory factor analysis: A guide to best practice«. *Journal of Black Psychology* 44 (3): 219–246. <https://doi.org/10.1177/0095798418771807>.
281. Watson, Ryan J., Minjeong Park, Ashley B. Taylor, Jessica N. Fish, Heather L. Corliss, Marla E. Eisenberg, and Elizabeth M. Saewyc. 2020. »Associations between community-level LGBTQ-supportive factors and substance use among sexual minority adolescents«. *LGBT health* 7 (2): 82–89.
282. Weston, Rebecca in Paul A. Gore Jr. 2006. »A brief guide to structural equation modeling«. *The counseling psychologist* 34 (5): 719–751. <https://doi.org/10.1177/0011000006286345>.
283. Westwood, Sue, Paul Willis, Julie Fish, Trish Hafford-Letchfield, Joanna Semlyen, Andrew King, Brian Beach, Kathryn Almack, Dylan Kneale in Michael Toze. 2020. »Older LGBT+ health inequalities in the UK: Setting a research agenda«. *Journal of Epidemiology & Community Health* 74 (5): 408–411. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213068>.
284. Westwood, Sue. 2019. »Abuse and older lesbian, gay bisexual, and trans (LGBT) people: a commentary and research agenda«. *Journal Of Elder Abuse & Neglect* 31 (2): 97–114. <https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1543624>.
285. Westwood, Sue. 2022. »“People with faith-based objections might display homophobic behaviour or transphobic behaviour”: older LGBTQ people’s fears about religious organisations and staff providing long-term care«. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*: 1–26. <https://doi.org/10.1080/15528030.2022.2070820>.
286. Whitbourne, Susan Krauss. 2012. *The aging body: Physiological changes and psychological consequences*. Springer Science & Business Media. Dostop 4. april 2023. <https://books.google.si/books?hl=sl&...>
287. White, Jordyn (ur.). National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Committee on Population; Committee on Understanding the Well-Being of Sexual and Gender Diverse Populations. 2020. *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. Dostop: 25. marec 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33104312/>.
288. Wienke, Chris in Gretchen J. Hill. 2013. »Does place of residence matter? Rural–urban differences and the wellbeing of gay men and lesbians«. *Journal of Homosexuality* 60 (9): 1256–1279. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.806166>.
289. Willis, Paul 2017. »Queer, visible, present: the visibility of older LGB adults in long-term care environments«. *Housing Care And Support* 20 (3): 110–120. <https://doi.org/10.1108/HCS-04-2017-0007>.
290. Willis, Paul, Michele Raithby, Christine Dobbs, Elizabeth Evans in Jenny-Anne Bishop. 2021. »‘I’m going to live my life for me’: trans ageing, care, and older trans and gender non-conforming adults’ expectations of and concerns for later life«. *Ageing & Society* 41 (12): 2792–2813. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000604>.

291. Wilson, Kimberley, Katherine Kortess-Miller in Arne Stinchcombe. 2018. »Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life«. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* 37 (1): 22–31. <https://doi.org/10.1017/S0714980817000514>.
292. Wöbeking Sánchez, Marina, Antonio Sánchez Cabaco, Beatriz Bonete-López, Jose David Urchaga Litago, Manuel Joaquín Loureiro in Manuel Mejía. 2021. »Physical activity and life satisfaction: an empirical study in a population of senior citizens«. *Frontiers in Psychology* 12: 636914. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.636914>.
293. Wood, Wendy in Alice H. Eagly. 2015. »Two traditions of research on gender identity«. *Sex Roles* 73: 461–473. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0480-2>.
294. World Health, Organization. 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Vol. 1. World Health Organization. Dostop 4. Junij 2023. <https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=DFM0DgAAQBAJ&oi=...>
295. Yarns, Brandon C., Janet M. Abrams, Thomas W. Meeks in Daniel D. Sewell. 2016. »The mental health of older LGBT adults«. *Current psychiatry reports* 18 (6): 1–11. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0697-y>.
296. Yu, Jie in Mark W. Rosenberg. 2020. »Aging and the changing urban environment: The relationship between older people and the living environment in post-reform Beijing, China«. *Urban Geography* 41 (1): 162–181. <https://doi.org/10.1080/02723638.2019.1643172>.
297. Zanjari, Nasibeh, Maryam Sharifian Sani, Meimanat Hosseini-Chavoshi, Hassan Rafiey in Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi. 2019. »Development and validation of successful aging instrument«. *Iranian Rehabilitation Journal* 17 (2): 129–140. <https://doi.org/10.32598/irj.17.2.129>.
298. ZIK Črnomelj. Opređelitev skupine starejši odrasli. Dostop: 11. Avgust 2023. http://gradiva.zikcrnomelj.eu/gradivoszso/opredelitev_skupine_stareji_odrasli.html.
299. Zgonec, Sanja. 2021. »Mobile apps supporting people with dementia and their carers: Literature Review and Research Agenda«. *IFAC-PapersOnLine* 54 (13): 663–668. <https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2021.10.527>.
300. Žnidaršič, Anja in Petra Selak. Metodološki pogovori: Veljavnost in zanesljivost merskega pripomočka. *Javno zdravje* 2018; 2(2): 55–62. Dostop: 15. maj 2023. https://www.researchgate.net/profile/Spela-Selak/publication/329251196_Metodoloski_pogovori_Veljavnost_in_zanesljivost_merskega_pripomočka/links/5bfecfef299bf1a3c1555a05/Metodoloski-pogovori-Veljavnost-in-zanesljivost-merskega-pripomočka.pdf.

PRILOGE

Priloga A: Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

V zadovoljstvo mi je, da ste se odločili za sodelovanje v raziskavi, ki jo izvajam v sklopu doktorskega študija Socialne gerontologije. S tem imate priložnost prispevati k napredku znanosti. Namen doktorske disertacije je ugotoviti, kako dejavniki uspešnega staranja (npr. fizično zdravje) vplivajo na zadovoljstvo z življenjem in posredno na dobro počutje pri LGBTQ+ starejših odraslih.

Pred vami so trditve, ki se navezujejo na uspešno staranje, na zadovoljstvo z življenjem in na dobro počutje. Prosim, da izberete odgovor, ki v največji meri velja za vas. Vsak odgovor je pravilen.

Pri razvoju raziskave smo upoštevali vse etične vidike raziskovanja. Zagotovljena vam je popolna anonimnost, zato ne bomo spraševali po vaših osebnih podatkih, po katerih bi lahko sklepali o vaši identiteti. Med raziskavo lahko od te kadarkoli odstopite, vendar upamo, da tega ne boste storili.

Hvala za vaše sodelovanje!

asist. Mihael Nedeljko, doktorski kandidat

IZJAVA O PROSTOVOLJNEM SODELOVANJU V RAZISKAVI

☐ Seznanim/-a sem z namenom raziskovanja in bom sodeloval/-a pri izpolnjevanju tega vprašalnika. V raziskavi sodelujem prostovoljno.

Pred vami je nekaj splošnih demografskih vprašanj. Pri vsakem vprašanju izberite en odgovor.

1. Kateri spol vam je bil dodeljen ob rojstvu? (*Obkrožite en odgovor.*)

- a) Moški
- b) Ženski
- c) Drugo (navedite): _____

2. Kako bi se opisali danes? (*Obkrožite en odgovor.*)

- a) Moški
- b) Ženska
- c) Transspolna ženska
- d) Transspolni moški
- e) Nebinarna oseba
- f) Kvirspolna oseba
- g) Aspolna oseba
- h) Večspolna oseba
- i) Spolno fluidna oseba
- j) Drugo (navedite): _____

3. Ali ste transspolna oseba? (*Obkrožite en odgovor.*)
- a) Da.
 - b) Ne.
4. Izberite odgovor, ki najbolj ustreza vaši trenutni spolni usmerjenosti. (*Obkrožite en odgovor.*)
- a) Lezbijka
 - b) Gej
 - c) Biseksualna oseba
 - d) Panseksualna oseba
 - e) Aseksualna oseba
 - f) Heteroseksualna oseba
 - g) Drugo (navedite): _____
5. Komu ste razkrili svojo spolno usmerjenost in/ali spolno identiteto? (*Obkrožite odgovore, ki veljajo za vas.*)
- a) Nikomur
 - b) Enemu ali obema staršema
 - c) Enemu ali vsem bratom in sestrām
 - d) Širši družini
 - e) Najbližjim prijateljem
 - f) Sodelavcem
 - g) Pred vsemi sem razkril svojo spolno usmerjenost ali spolno identiteto
 - h) Drugo (navedite): _____
6. V katero starostno skupino spadate? (*Obkrožite en odgovor.*)
- a) Od 50 do 55 let
 - b) Od 56 do 60 let
 - c) Od 61 do 65 let
 - d) Od 66 do 70 let
 - e) 71 let ali več
7. Katera je najvišja raven izobrazbe, ki ste jo pridobili? (*Obkrožite en odgovor.*)
- a) Brez formalne izobrazbe
 - b) Osnovnošolska izobrazba
 - c) Srednja poklicna izobrazba
 - d) Srednja strokovna izobrazba
 - e) Srednja splošna izobrazba (gimnazija)
 - f) Višješolska izobrazba
 - g) Visokošolska strokovna izobrazba
 - h) Univerzitetna izobrazba
 - i) Strokovni magisterij (za imenom in priimkom)
 - j) Znanstveni magisterij (pred imenom in priimkom)

- k) Doktorat znanosti
- l) Drugo (navedite): _____

8. Koliko znaša višina vašega mesečnega dohodka? (Obkrožite en odgovor.)

- a) Brez dohodka
- b) Do 499 €
- c) Od 500 € do 799 €
- d) Od 800 € do 1.099 €
- e) Od 1.100 € do 1.399 €
- f) Od 1.400 € do 1.699 €
- g) Od 1.700 € do 2.199 €
- h) Od 2.200 € do 2.399 €
- i) Od 2.400 € do 2.799 €
- j) 2.800 € ali več

9. Kakšen je vaš zaposlitveni status? (Obkrožite en odgovor.)

- a) Sem zaposlena ali samozaposlena oseba
- b) Sem brezposelna oseba
- c) Sem upokojena oseba

10. Koliko oseb vključno z vami živi v vašem gospodinjstvu? (Obkrožite en odgovor.)

- a) Živim sam/-a
- b) 2
- c) 3
- d) 4 ali več

11. Kje trenutno živite? (Obkrožite en odgovor.)

- a) V velikem mestu (Ljubljana ali Maribor)
- b) V manjšem mestu (Celje, Koper, Kranj, Krško, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Slovenj Gradec ali Velenje)
- c) Drugje

12. Kakšen je vaš zakonski stan? (Obkrožite en odgovor.)

- a) Poročen z istospolnim partnerjem/partnerko
- b) Poročen s partnerjem/partnerko drugega spola
- c) V zunajzakonski zvezi z istospolnim partnerjem/partnerko
- d) V zunajzakonski zvezi s partnerjem/partnerko drugega spola
- e) Samski/-a
- f) Ločeni/-a
- g) Živim sam/-a, a imam partnerja/partnerko
- h) Vdovec/vdova

ZADOVOLJSTVO Z ŽIVLJENJEM

(lestvica SWLS) © Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen, S. Griffin

V nadaljevanju je pet trditev, vezanih na **zadovoljstvo z življenjem**. Prosim, da pri vsaki trditvi s pomočjo 7-stopenjske lestvice označite, v kolikšni meri trditev za vas drži.

Številke pomenijo naslednje:

*1 – sploh ne drži, 2 – pretežno ne drži, 3 – drži v manjši meri, 4 – nekaj vmes,
5 – še kar drži, 6 – pretežno drži, 7 – povsem drži.*

1.	V večini pogledov je moje življenje blizu idealnemu.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Moje življenjske razmere so izvrstne.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Zadovoljen/-a sem s svojim življenjem.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Do sedaj sem dobil/-a in dosegel/-a vse, kar sem si v življenju želel/-a.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Če bi še enkrat živel/-a, ne bi hotel/-a skoraj nič spremeniti.	1	2	3	4	5	6	7

USPEŠNO STARANJE

postavke št. 6, 7, 10, 11, 19 in 32 so modificirane z vprašalnika *Successful Aging Scale (SAS)* © Reker 2009

Naslednje trditve se navezujejo na **uspešno staranje**. Prosim, da pri vsaki trditvi s pomočjo 7-stopenjske lestvice označite, v kolikšni meri trditev za vas drži. Številke pomenijo naslednje:

*1 – sploh ne drži, 2 – pretežno ne drži, 3 – drži v manjši meri, 4 – nekaj vmes,
5 – še kar drži, 6 – pretežno drži, 7 – povsem drži.*

Prvi sklop trditev se nanaša na **fizično zdravje**.

6.	V življenje sem aktivno vključen/-a s produktivnimi dejavnostmi (dejavnosti, kot so: delo, opravki, prostočasne dejavnosti itd.).	1	2	3	4	5	6	7
7.	Skušam ostati relativno zdrav/-a in brez poškodb.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Tveganje za okužbo s spolno prenosljivimi okužbami mi vzbuja negativne občutke.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Za svoja leta imam dovolj fizične kondicije.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Skušam se vključiti v navade zdravega življenjskega sloga.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Tekom staranja skušam ohraniti dobro telesno delovanje.	1	2	3	4	5	6	7

Drugi sklop trditev se nanaša na integrirano zdravstveno in socialno oskrbo .								
12.	V starosti želim živeti v institucionalnem okolju.	1	2	3	4	5	6	7
13.	V starosti želim živeti v institucionalnem okolju, specializiranem za LGBTQ+ osebe.	1	2	3	4	5	6	7
14.	V starosti želim živeti v domačem okolju.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Skrbi me, ali bom imel dovolj finančnih sredstev za potrebe socialne/zdravstvene oskrbe v starosti.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Misel na bivanje v domu za starejše mi vzbuja negativne občutke.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Strah me je, da bi umrl sam/-a.	1	2	3	4	5	6	7

1 – sploh ne drži, 2 – pretežno ne drži, 3 – drži v manjši meri, 4 – nekaj vmes, 5 – še kar drži, 6 – pretežno drži, 7 – povsem drži

Tretji sklop trditev se nanaša na socialno mrežo .								
19.	Aktivno sem vključen/-a v življenje z rednimi socialnimi stiki.	1	2	3	4	5	6	7
20.	V svoji starosti se bom lahko zanesel/-a na pomoč (svojih) otrok.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Dobri odnosi s sosedi mi veliko pomenijo.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Vedno se lahko zanesem na prijatelje.	1	2	3	4	5	6	7
23.	V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam.	1	2	3	4	5	6	7
24.	V svoji starosti se bom lahko popolnoma zanesel/-a na svojega partnerja ali partnerko.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Družina izbire mi nudi podporo in občutek pripadnosti, zato mi zelo veliko pomeni.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Pomembno mi je, da sem lahko vključen v LGBTQ+ skupnost (npr. nevladne organizacije, društva itn.).	1	2	3	4	5	6	7
27.	Verni ljudje imajo negativen odnos do mene.	1	2	3	4	5	6	7
Četrty sklop trditev se nanaša na duševno zdravje .								
28.	Večkrat imam nihanje razpoloženja.	1	2	3	4	5	6	7
29.	V življenju sem vsaj enkrat trpel/-a zaradi depresije.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Pogosto doživljam stres.	1	2	3	4	5	6	7
31.	S svojo starostjo se obremenjujem.	1	2	3	4	5	6	7

32.	Tekom staranja skušam ohraniti dobro duševno delovanje.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Misel na starost mi vzbuja občutke tesnobe.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Zaradi soočanja s številnimi neenakostmi v družbi sem postal/-a odpornejši/-a (angl. <i>resilience</i>).	1	2	3	4	5	6	7
35.	Težave s svojim duševnim zdravjem pripisujem večinoma odklonilnemu odnosu okolja do LGBTQ+ skupnosti.	1	2	3	4	5	6	7

1 – sploh ne drži, 2 – pretežno ne drži, 3 – drži v manjši meri, 4 – nekaj vmes, 5 – še kar drži, 6 – pretežno drži, 7 – povsem drži

Peti sklop trditev se nanaša na bivanjsko okolje .								
36.	Razmišljam, da se bom preselil/-a v drug kraj.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Predvsem starejši sokrajani ne razumejo moje spolne identitete/usmerjenosti/izraza.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje.	1	2	3	4	5	6	7
39.	V lokalnem okolju se počutim prijetno.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema.	1	2	3	4	5	6	7

WHO (PET) KAZALEC BLAGINJE (različica 1998)

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

Naslednje trditve se navezujejo na **dobro počutje oz. subjektivno blaginjo**. Prosim, da pri vsaki trditvi s pomočjo 6-stopenjske lestvice označite, v kolikšni meri trditev za vas drži. Številke pomenijo naslednje:

1 – nikoli, 2 – nekaj časa, 3 – manj kot polovico časa, 4 – več kot polovico časa, 5 – večino časa, 6 – ves čas.

41.	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a vedro in dobre volje.	1	2	3	4	5	6
42.	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a pomirjeno in sproščeno.	1	2	3	4	5	6
43.	V zadnjih dveh tednih sem se počutil/-a živahno in poln/-a energije.	1	2	3	4	5	6
44.	V zadnjih dveh tednih sem se zbudil/-a svež/-a in spočit/-a.	1	2	3	4	5	6
45.	V zadnjih dveh tednih je bil moj vsakdan zapolnjen s stvarmi, ki me zanimajo.	1	2	3	4	5	6

Prišli ste do konca anketnega vprašalnika. Še enkrat se vam zahvaljujem za sodelovanje.

Priloga B: Sklep etične komisije za kvalitativno raziskavo



ALMA MATER EUROPAEA
ECM

Etična komisija AMEU-ECM

Št. sklepa: **14/2022-23**

Datum: 22. 09. 2023

Na podlagi 22.b člena Statuta Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor (Alma Mater oz. AMEU) z dne 18. 12. 2012 ter skladno s sklepom Etične komisije Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor (Komisija za študijske zadeve) z dne 01.09. 2023, izdaja predsednica Etične komisije naslednji

Sklep

Etična komisija ugotavlja, da je predlagana raziskava in merilni instrument kandidata Mihaela Nedeljka skladna z vsemi etičnimi vidiki raziskovalnega dela in primerna za izvedbo

Obrazložitev:

Nedeljko Mihael, študent na programu Socialna gerontologija (DR), je Etični komisiji Alma Mater - ECM predložil vlogo za oceno etičnega vidika kvalitativnega dela raziskave. Uporabil bo metodo poglobljenih intervjujev s predstavniki LGBTQ+ populacije starejših odraslih. Vsak intervjuvanec bo pred začetkom izvedbe študije seznanjen z namenom in potekom raziskave in bo moral podati informirano soglasje. Cilj je pridobiti informacije o proučevanih konceptih, ki bodo podlaga za razvoj novega merskega instrumenta – anketnega vprašalnika in pomoč pri interpretaciji kvantitativnih podatkov. Metoda, ki se pogosto uporablja znotraj skritih skupin, je metoda snežne kepe oz. vzorčenje preko socialnih mrež in sodi med neslučajnostne vzorce. Cilj presoje na Etični komisiji je ugotoviti skladnost raziskave in merilnega instrumenta z vsemi etičnimi vidiki raziskovalnega dela in primernost njegove izvedbe.

Člani komisije so na podlagi posredovane dokumentacije sprejeli odločitev kot izhaja iz izreka sklepa.

Pravni pouk:

Zoper to odločbo je dopustna pritožba v roku 8 dni od prejema. Pritožba se pošlje na naslov Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor, Slovenska ulica 17, Maribor. O njej bo odločal Senat Alma Mater Europaea.



Predsednica Etične komisije AMEU-ECM
pred. dr. Jelka Reberšek Gorišek

Jelka Reberšek Gorišek

Priloga C: Sklep etične komisije za kvantitativno raziskavo



ALMA MATER EUROPAEA
ECM

Etična komisija AMEU-ECM

Št. sklepa: 15/2022-23

Datum: 8. 11. 2023

Na podlagi 22.b člena Statuta Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor (Alma Mater oz. AMEU) z dne 18. 12. 2012 ter skladno s sklepom Etične komisije Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor (Komisija za študijske zadeve) z dne 8. 11. 2023, izdaja predsednica Etične komisije naslednji

Sklep

Etična komisija ugotavlja, da je predlagana raziskava in merski instrument študenta Mihaela Nedeljka skladna z vsemi etičnimi vidiki raziskovalnega dela in primerna za izvedbo. Študent mora po končani raziskavi zagotoviti uničenje anketnih listov.

Obrazložitev:

Nedeljko Mihael, študent na programu Socialna gerontologija (DR), je Etični komisiji Alma Mater - ECM predložil vlogo za oceno skladnosti merskega instrumenta in raziskave z etičnimi vidiki raziskovalnega dela. Iz statistične množice bo izbran neslučajnostni namenski vzorec LGBTQ+ starejših odraslih starih med 50 in 70 let v velikosti okoli 300 enot. Za pridobitev kvantitativnih podatkov bo uporabljen strukturiran merski instrument – anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik obsega petinštirideset postavk in enajst demografskih vprašanj. S preliminarno kvantitativno raziskavo bodo na testnem vzorcu desetih LGBTQ+ starejših odraslih preverili veljavnost in zanesljivost lastnega merilnega sistema. Vsaka anketiranka_ec bo pred začetkom izvedbe študije seznanjena_en z namenom in potekom raziskave in bo podala_i informativno soglasje. Udeleženske_ci študije bodo obveščene_i, da lahko od študije kadarkoli odstopijo. Pri pripravi anketnega vprašalnika so se upoštevali vsi etični vidiki raziskovanja (Helsinška deklaracija in Ovledska konvencija) in bo zagotovljena pravica do ne škodovanja, pravica do polne pojasnitve, pravica do samoodločbe ter pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Cilj presoje na Etični komisiji je ugotoviti skladnost raziskave in merilnega instrumenta z vsemi etičnimi vidiki raziskovalnega dela in primernost njegove izvedbe. Člani komisije po pregledu dokumentacije ugotavljajo, da merski instrument ni etično sporen, da pa mora študent po končani raziskavi zagotoviti uničenje anketnih listov.

Člani komisije so na podlagi posredovane dokumentacije sprejeli odločitev kot izhaja iz izreka sklepa.

Pravni pouk:

Zoper to odločbo je dopustna pritožba v roku 8 dni od prejema. Pritožba se pošlje na naslov Alma Mater Europaea – Evropski center, Maribor, Slovenska ulica 17, Maribor. O njej bo odločal Senat Alma Mater Europaea.



Predsednica Etične komisije AMEU-ECM
pred. dr. Jelka Reberšek Gorišek

Priloga D: Mavrična lestvica uspešnega staranja R-SAS

Prosim, da pri vsaki trditvi s pomočjo 7-stopenjske lestvice označite, v kolikšni meri trditev za vas drži. Številke pomenijo naslednje:

1 – sploh ne drži, 2 – pretežno ne drži, 3 – drži v manjši meri, 4 – nekaj vmes, 5 – še kar drži, 6 – pretežno drži, 7 – povsem drži.

SKLOP	Oznaka	TRDITVE	LESTVICA						
Fizično zdravje	I1	Skušam ostati relativno zdrav/-a in brez poškodb.	1	2	3	4	5	6	7
	I2	Za svoja leta imam dovolj fizične kondicije.	1	2	3	4	5	6	7
	I3	Skušam se vključiti v navade zdravega življenjskega sloga.	1	2	3	4	5	6	7
	I4	Tekom staranja skušam ohraniti dobro telesno delovanje.	1	2	3	4	5	6	7
Integrirana zdravstvena in socialna oskrba	I5	Strah me je, da bi me oskrbovali ljudje, ki nimajo znanja o potrebah LGBTQ+ ljudi.	1	2	3	4	5	6	7
	I6	Strah me je, da bi umrl sam/-a.	1	2	3	4	5	6	7
Socialna mreža	I7	Vedno se lahko zanesem na prijatelje.	1	2	3	4	5	6	7
	I8	V življenju imam vsaj eno osebo, ki ji lahko popolnoma zaupam.	1	2	3	4	5	6	7
Duševno zdravje	I9	Večkrat imam nihanje razpoloženja.	1	2	3	4	5	6	7
	I10	V življenju sem vsaj enkrat trpel/-a zaradi depresije.	1	2	3	4	5	6	7
	I11	Pogosto doživljam stres.	1	2	3	4	5	6	7
Bivanjsko okolje	I12	Kraj bivanja mi omogoča uspešno staranje.	1	2	3	4	5	6	7
	I13	V lokalnem okolju se počutim prijetno.	1	2	3	4	5	6	7
	I14	Lokalno okolje me kljub moji spolni usmerjenosti/identiteti/izrazu popolnoma sprejema.	1	2	3	4	5	6	7

Opomba: Uporaba lestvice v znanstvenoraziskovalne namene je dovoljena le ob pisnem soglasju avtorja.

IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER
EUROPAEA
E.C.M.

07

IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA

Priimek in ime študenta	Mihael Nedeljko
Vpisna številka	31203028
Študijski program	Socialna gerontologija
Naslov zaključnega dela:	MODEL USPEŠNEGA STARANJA ZA ZAGOTAVLJANJE ZADOVOLJSTVA Z ŽIVLJENJEM IN SUBJEKTIVNE BLAGINJE LGBTQ+ STAREJŠIH ODRASLIH
Naslov v angleščini:	A SUCCESSFUL AGEING MODEL FOR LIFE SATISFACTION AND SUBJECTIVE WELL-BEING OF LGBTQ+ OLDER ADULTS
Mentor:	izr. prof. dr. Boris Miha Kaučič
Somentor:	red. prof. dr. Nadja Furlan Štante
Mentor iz podjetja:	/

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom MODEL USPEŠNEGA STARANJA ZA ZAGOTAVLJANJE ZADOVOLJSTVA Z ŽIVLJENJEM IN SUBJEKTIVNE BLAGINJE LGBTQ+ STAREJŠIH ODRASLIH izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- Sem poskrbel/a da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženem delu navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- Se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne, kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.
- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko odgovornost,

Podpisani MIHAEL NEDELJKO izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal/a elektronsko verzijo zaključnega dela v Digitalno knjižnico. Zaključno delo sem izdelal-a sam-a ob pomoči mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.

Tiskana verzija zaključnega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal/a za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj: Maribor, 25. 8. 2024

Podpis študent/ke:

Mihael

Nedeljko Datum: 2024.08.25

Digitalno podpisal

Mihael Nedeljko

21:55:25 +02'00'

IZJAVA LEKTORJA

IZJAVA LEKTORJA



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

O6

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)
NATAŠA ROTOVNIK SUKIČ

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)
UNIV. DIPL. SLOV. IN SOC.

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)
MIHAELA NEDELJKA

z naslovom:

MODEL USPEŠNEGA STARANJA ZA ZAGOTAVLJANJE ZADOVOLJSTVA Z ŽIVLJENJEM IN SUBJEKTIVNE BLAGINJE
LGBTQ+ STAREJŠIH ODRASLIH

Kraj: Slovenj Gradec

Datum: 23.8.2024

Podpis: N. Sukič