



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA V  
PATRONAŽNEM VARSTVU IN NJENA  
VLOGA V DRUŽINI**

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.    Kandidatka: Katja Kobal

Jesenice, avgust, 2012

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem svoji mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., za vso strokovno pomoč, svetovanje in usmerjanje pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se vsem diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu, ki so sodelovale pri izpolnjevanju anketnega vprašalnik, prav tako se zahvaljujem tudi vsem anketiranim družinam.

Zahvala gre tudi Karmen Romih, mag. zdr. neg. in Katji Skinder Savić, pred. za recenzijo mojega diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi gospe Suzani Adžić za lektoriranje diplomskega dela.

Zahvaljujem se sodelavkam patronažnega varstva Radovljica za podporo in vsa nadomeščanja moje odsotnosti z dela v času študija. Prav tako se zahvaljujem tudi direktorici in glavni medicinski sestri Zdravstvenega doma Radovljica.

Zahvaljujem se prijateljici Veri za vso pomoč, ki mi jo je namenila.

Iskreno hvala moji družini in fantu Bojanu za vso podporo, pomoč in motivacijo v času študija in pri pisanju diplomskega dela.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu se pri zdravstveni negi posameznika v njegovem domačem okolju vključuje tudi v njegovo družino. Pacienta in njegovo družino obravnava celostno. Naloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je, da vzpodbuja in krepi zdrav način življenja posameznika, družine in skupnosti.

**Cilji:** Cilj diplomskega dela je predstaviti vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v družini, sodelovanje družine pacientov z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu in ugotoviti odnos družine do diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Uporabili smo dva strukturirana anketna vprašalnika, sestavljena iz dveh vsebinskih sklopov, ki sta vsebovala demografske podatke, patronažno zdravstveno nego in družino. Vprašalnik namenjen diplomiranim medicinskim sestram patronažnih varstev Zdravstvenih domov Radovljica, Jesenice, Bled, Bohinj, Tržič, Kranj in Škofja Loka je vseboval 10 vprašanj zaprtega tipa, 1 vprašanje odprtega tipa in 7 trditev, ki so jih anketirance razvrščale po Likertovi lestvici. Med diplomirane medicinske sestre omenjenih patronažnih varstev smo razdelili 47 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 45, kar predstavlja 98% realizacijo vzorca. Vprašalnik za anketirane družine pacientov patronažnega varstva Zdravstvenega doma Radovljica je vseboval 6 vprašanj zaprtega tipa, 4 vprašanja odprtega tipa in 9 trditev, ki so jih anketiranci razvrščali po Likertovi lestvici. Družinam pacientov smo razdelili 70 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 63, kar predstavlja 93% realizacijo vzorca. Podatke, ki smo jih dobili s pomočjo anketnih vprašalnikov, smo kvantitativno obdelali v programu SPSS 15.0.

**Rezultati:** Odnos diplomiranih medicinskih sester z družinami pacientov je terapevtski (65,2 %). Večina (68,9 %) svojcev prav tako meni, da je njihov odnos z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu profesionalen. Več kot polovica anketiranih diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu je svojo vlogo opisalo kot izvajanje zdravstvene vzgoje. Najbolj so se strinjale s trditvijo, da je pacientova družina pomemben člen patronažne zdravstvene nege ( $PV= 4,64$ ). Družine so večinoma opisale negovalno in vzgojno vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

Anketirane družine se najbolj strinjajo s trditvijo, da je komunikacija z diplomirano medicinsko sestro dobra in da ji zaupajo ( $PV= 4,67$ ). Ugotovili smo statistične razlike pri diplomiranih medicinskih sestrah, ki so v patronažnem varstvu zaposlene od 21-30 let. Prisotnost in sodelovanje svojcev so jim manj pomembni kot ostalim anketirankam ( $p= 0,025$ ). Statistične razlike se kažejo tudi v zadovoljstvu z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na starost anketiranega svojca pacienta in sicer med mlajšimi od 40 let ter starejšimi od 61 let ( $p= 0,026$ ).

**Razprava:** Rezultati raziskave kažejo, da je vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu strokovna. Družine pacientov jim zaupajo. Diplomiranim medicinskim sestram je družina pomemben člen v patronažni zdravstveni negi. Tako kot naša raziskava, so pokazale tudi druge raziskave, da diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu nimajo dovolj znanja s področja komunikacije. Nadaljne raziskave s tega področja bi bile v prihodnosti dobrodošle.

**Ključne besede:** patronažna medicinska sestra, družina, patronažno varstvo, zdravstvena nega.

## SUMMARY

**Theoretical starting points:** Community nurse in the health care of the individual in his home environment also includes in his family. Patient and his family deals in a holistic way. The task of community nurse is to promote and strengthen the healthy way of life of individuals, families and communities.

**Objectives:** The aim of the diploma thesis was to present the role of a community nurse within a family. Another aim was to present collaboration of the patients' families with community nurses, and to ascertain what kind of a relationship develops between them.

**Method:** The study was based on the descriptive method of quantitative research. We used two structured questionnaire composed of two topics, which include demographic information, community health care and family. Questionnaire for community nurses of health centers Radovljica Jesenice, Bled, Bohinj, Tržič, Kranj and Škofja Loka contained 10 closed questions, a question-open type and 7 claims by respondents sorted on Likert scale. Between the community nurses mentioned community health care's, we divided 47 questionnaires, returned were 45, which represents 98% of the sample realization. Questionnaire for interviewed families of patients community health care Radovljica unit contained 6 closed questions, 4 open questions and 9 claims by respondents sorted on Likert scale. Families of the patients were divided 70 questionnaires, returned were 63, which represents 93% of the sample realization. By means of the SPSS 15.0 computer programme, we conducted quantitative processing of the data obtained through the questionnaires.

**Results:** The relationship that develops between the community nurses and their patients' families is therapeutic (65.2%). Most of the relatives (68.9%) also believe that their relationship with the community nurses is a professional one. More than half of surveyed community nurses described their role as implementing health education.. They agreed the most with the statement that the patient's family is an important part of the community health care (PV= 4,64). Families mostly described the nursing and educational aspect of the work carried out by community nurse. The surveyed families have agreed the most with the statement that communication with registered nurses is good and that they trust them (PV= 4,67). We found statistical differences in community

nurses who are in community health care employed from 21-30 years. The presence and participation of family members are less important than other respondents ( $p = 0.025$ ). Statistical differences are also reflected in the satisfaction with community nurse at the age of respondent and close relatives of the patient between younger than 40 years and older than 61 years ( $p = 0.026$ ).

**Discussion:** According to the research results, the role of community nurse is a professional one. The families of patients trust them. The nurses believe that the family is an important part within the community health care. Like our study showed other research that the community nurses not have enough knowledge in the area of communication. Further research in this area would be welcome in the future.

**Key words:** Community nurse, family, community health care, nursing.

## KAZALO VSEBINE

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	Patronažna zdravstvena nega .....	3
2.1.1	Področja dela patronažne zdravstvene nege .....	4
2.1.2	Subjekti v patronažnem varstvu .....	6
2.1.3	Metode dela v patronažnem varstvu .....	8
2.1.4	Teorije zdravstvene nege v patronažnem varstvu .....	9
2.2	Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu .....	10
2.2.1	Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu in komunikacija .....	13
2.3	Družina .....	14
2.3.1	Tipi družin .....	17
2.4	Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu in družina .....	17
2.4.1	Družinska medicinska sestra .....	19
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>21</b>
3.1	Problem in cilji raziskovanja .....	21
3.2	Raziskovalna vprašanja .....	21
3.3	Raziskovalna metodologija .....	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	21
3.3.2	Opis instrumentarija .....	22
3.3.3	Opis vzorca .....	23
3.3.4	Potek raziskave .....	24
3.3.5	Opis obdelave podatkov .....	25
3.4	Rezultati .....	25
3.4.1	Vprašalnik za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu .....	25
3.4.2	Vprašalnik za družine pacientov patronažnega varstva .....	29
3.4.3	Primerjave povprečij o pomoči svojcev pacientov in zadovoljstvu z diplomiranimi medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu .....	34
3.5	Razprava .....	36
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>44</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGA</b> .....	<b>51</b>
6.1	ANKETNI VPRAŠALNIK I. .....	51
6.2	ANKETNI VPRAŠALNIK II. .....	55

## KAZALO SLIK

Slika 1: Stopnja izobrazbe .....	25
Slika 2: Razmerje med preventivnimi in kurativnimi patronažnimi obiski .....	26
Slika 3: Najpogosteje obiskana populacija pacientov v patronažnem varstvu.....	27
Slika 4: Situacije, v katerih je za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu potrebno, da vstopijo v stik s pacientovo družino .....	27
Slika 5: Odstotek anketirank z odgovori o odnosu z družinami pacientov, ki jih diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu obiskujejo že dalj časa .....	28
Slika 6: Način vzpostavitve stika z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu .....	30
Slika 7: Pogostost obiskov pacienta diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu .....	31
Slika 8: Prisotnost svojcev pacienta ob obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.....	31
Slika 9: Opredelitev odnosa z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu .	32



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Test zanesljivosti za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu .	23
Tabela 2: Test zanesljivosti pri anketiranih družinah pacientov patronažnega varstva ..	23
Tabela 3: Število odgovorov anketirank o svoji vlogi v pacientovi družini .....	28
Tabela 4: Rezultati trditev, ocenjenih s strani diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu.....	29
Tabela 5: Sorodstveno razmerje s pacientom v odstotkih .....	30
Tabela 6: Število odgovorov anketirancev o vlogi diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.....	33
Tabela 7: Rezultati trditev, ocenjenih s strani anketirancev iz družin pacientov.....	33
Tabela 8: Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev glede na količino obiskov v enem delovnem dnevu .....	35
Tabela 9: Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev glede na izobrazbo .....	35
Tabela 10: Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev glede na delovno dobo v patronažnem varstvu.....	35
Tabela 11: Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na spol.....	35
Tabela 12: Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na starost.....	35
Tabela 13: Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na pogostost obiska.....	36
Tabela 14: Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na odnos z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu .....	36

## 1 UVOD

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali nenavajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja. Organizirano je kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj in Brložnik, 2006, str. 248).

Osnutek Strategije skrbi za starejše na področju zdravstvenega varstva za obdobje do leta 2010 opredeljuje zdravstveno nego v patronažnem varstvu kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki mora v določenem zdravstvenem območju razvijati programe promocije zdravja ter vzpodbujati k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družin. Predvideva tudi krepitev dejavnosti ter oblikovanje enakomerne mreže dejavnosti in povezovanje s socialnim področjem za uskladitev obeh aktivnosti. Predstavlja tudi poizvedovalni in povezovalni člen na primarni ravni vključno s koordinacijo dejavnosti s področjem socialnega varstva in drugih lokalnih dejavnikov (Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu, 2011, str. 14).

Straughair (2011) poudarja, da imajo vsi odrasli potencial, da postanejo ranljiva skupina na določeni stopnji v njihovem življenju zaradi procesa staranja ali bolezni (akutne ali kronične telesne in/ali duševne bolezni), kar povzroči, da postanejo bolj odvisni od drugih.

Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu se pri svojem delu srečujejo s številnimi izzivi. Populacija se nezadržno stara, ležalna doba v bolnišnicah se skrajšuje. Na domovih se povečuje število pacientov, ki potrebujejo zahtevnejšo in daljšo obravnavo in s tem tudi povečano število obiskov zdravstvene nege na domu. Pri starejših in invalidnih osebah ter pacientih s kroničnimi boleznimi so potrebe bolj kompleksne, zahtevajo tesno sodelovanje različnih strokovnjakov ter dobro pripravo pacienta, družine in okolja že pred odpustom bolnišnice v domače okolje (Horvat, 2007, str. 40-41).

Temeljna vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je spodbujati zdrav način življenja in izobraževanje pacientov, da skrbijo sami zase. Nudijo ključno podporo pacientovi družini in njihovim skrbnikom s poučevanjem zdravstvene nege ter s poslušanjem njihovih potreb. Da zagotovijo vso potrebno pomoč, ki jo pacient in njegova družina potrebuje, so diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu po potrebi v stiku tudi s socialnimi delavci, negovalno službo in drugimi organizacijami (Robinson, 2011, str. 30).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarnega zdravstvenega varstva, ki se izvaja na pacientovem domu, terenu, zdravstvenem domu in v lokalni skupnosti (Šušteršič idr., 2006, str. 248).

V celotnem procesu patronažne zdravstvene nege je subjekt obravnave posameznik, njegova družina in skupnost (Šušteršič 2002; cit. po Šušteršič idr., 2006, str. 249). Posameznik in člani ožje in širše skupnosti so o vsem informirani, pripravljeni za aktivno sodelovanje in zaupajo v delo patronažne medicinske sestre (Šušteršič idr., 2006, str. 249).

Patronažna zdravstvena nega obsega poleg kurativne tudi preventivno dejavnost. Kurativna dejavnost v patronažnem zdravstvenem varstvu se izvaja in načrtuje na osnovi naročila izbranega osebnega zdravnika ali pooblaščenega zdravnika. Zdravstvena nega bolnika (v nadaljevanju pacient) na domu je lahko kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja ali pa poteka kot ambulantno zdravljenje. Ob obravnavi pacienta na domu se diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu po potrebi posveti tudi njegovi najožji družini (Zavrl Džananović, 2010, str. 118).

Med pomembnejše naloge patronažne zdravstvene nege sodi izvajanje preventivnega programa, ki je namenjeno ohranjanju, krepitvi in varovanju zdravja in preprečevanju bolezni celotne populacije od spočetja do smrti. Preventivna dejavnost patronažnega varstva se še posebej posveča obravnavi biološko najbolj ranljivih skupin prebivalcev (Stražar, Šušteršič, 1996; cit. po Zavrl Džananović, 2010, str. 118).

S patronažno zdravstveno nego se želijo doseči naslednji cilji:

- fizično, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju,
- ohranjeno in izboljšano zdravje,
- zdrav način življenja,
- zdravo in izboljšano okolje,

- povečan človeški potencial za samopomoč in sosedsko pomoč,
- zmanjšano zbolevanje,
- preprečene ali zmanjšane posledice bolezni in dejavnikov tveganja,
- prepoznane človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni, človekove nezmožnosti ter umiranja (Rajkovič, Šušteršič, 2000; cit. po Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj in Brložnik, 2006, str. 249).

### 2.1.1 Področja dela patronažne zdravstvene nege

Področja dela diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so:

- zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti,
- zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu,
- zdravstvena nega pacienta na domu (Rajkovič, Šušteršič, 2000; cit. po Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj in Brložnik, 2006, str. 249).

Področje preventivnega dela diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu načrtuje samostojno. Obseg preventivnega programa določajo Navodila varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/2000, 67/2001, 33/2002 37/2003, 117/2004 in 31/2005):

- šest patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu starosti in dva dodatna obiska pri slepih in invalidnih materah;
- patronažni obisk pri otroku v drugem in tretjem letu;
- dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 5 do 25 let, če so ti v domači oskrbi;
- patronažni obisk pri nosečnici;
- dva patronažna obiska pri otročnici;
- dva patronažna obiska zavarovane osebe, stare nad 65 let:
  - bolniki, ki imajo aktivno tuberkulozo,
  - bolniki, ki imajo mišična in živčno-mišična obolenja,
  - paraplegiki in tetraplegiki,
  - bolniki, ki imajo multiplo sklerozo, cerebralno paralizo,
  - osebe z motnjami v razvoju,

- invalidi,
- pacienti, ki imajo kronična obolenja,
- osebe, stare nad 65 let;
- programirana zdravstvena vzgoja v: družini, lokalni skupnosti in skupinah.

Pri kurativnem delu – zdravstveni negi pacienta je diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu del zdravstvenega tima, katerega vodja je zdravnik (Milavec Kapun, 2006, str. 11).

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu mora slediti potrebam, razmeram oz. stanju pri posamezniku, družini ali skupini in skupnosti, se jim prilagajati in jih skupaj z njimi zadovoljevati. S promocijo zdravja spodbuja ljudi, da postavijo zdravje na najvišje mesto na lestvici človekovih vrednot, aktivno skrbijo zanj in imajo večji vpliv na ekonomske in socialne dejavnike zdravja (Šušteršič idr., 2006, str. 249).

Naloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je, da obravnava tudi ranljive skupine. Raziskava Hlebec, Kavčič in Filipovič Hrast (2011) je pokazala, da so starejši ljudje v Sloveniji ranljiva skupina, in sicer je njihova ranljivost izrazita na prostorskem področju (v svoji bližini nimajo osnovnih storitev) ter na zdravstvenem področju (slabo zdravje in slab dostop do zdravstvenih storitev). Berčan in Pajnikihar (2011) ugotavljata, da starostniki želijo ostati v domačem okolju, da si želijo družbe različnih generacij in da želijo dlje časa obdržati neodvisnost in samostojnost.

V slovenskem prostoru si počasi utira pot paliativna oskrba na domu kot področje celostne oskrbe neozdravljivo bolnih in umirajočih. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je tista, ki po odpustu pacienta iz bolnišnice običajno pride prva v družino, oceni potrebe pacienta in svojcev, se takoj poveže z družinskim zdravnikom in pripravi načrt paliativne zdravstvene nege. V družini je prisotna več ur tedensko, zato je povezovalni člen med družino, zdravnikom in ostalimi člani tima. Vsako spremljanje hudo bolnega in njegove družine je tudi za zdravstvene delavce zelo stresno, velikokrat smo nemočni. Na področju psihoterapije in sociale se je že pred časom izkazala potreba po superviziji. Z uvajanjem paliativne oskrbe bo verjetno dozorela ta potreba tudi v zdravstvu (Metlikovič, 2011, str. 15, 18).

Daviesova (2011) meni, da so diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu odgovorne za zagotavljanje visoke kakovosti paliativne oskrbe za paciente in njihove družine. Po pregledu različne literature ugotavlja, da veliko diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu čuti potrebo po podpori žalujočim družinam preminulih pacientov, ki so jih obiskovale. Vendar pa jih večina meni, da nimajo dovolj potrebnega znanja za podporo teh družin. Vendar pa rezultati raziskave (Smith in Porock, 2009) diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu v skrbi za umirajoče paciente, izvedene v Veliki Britaniji, kažejo, da ima približno ena od petih diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu negativen osebni odnos do skrbi za umirajoče paciente. Za izboljšanje splošnega odnosa diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu do skrbi za umirajoče paciente je bila ugotovljena potreba po usposabljanju in izobraževanju v kakršni koli obliki. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu imajo vsa orodja prakse in smernice za tovrstno oskrbo pacientov, vendar nujno potrebujejo čas in usposabljanja, da jih začnejo učinkovito izvajati.

### 2.1.2 Subjekti v patronažnem varstvu

Področje dela medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege na primarni ravni jasno opredeli Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN), ki pravi, da medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege obravnavajo posameznike vseh starosti, družine, skupine in skupnosti, bolne ali zdrave v vseh okoljih, in sicer samostojno ter soodvisno. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi (ICN, 1999; cit. po Horvat, 2007, str. 115).

#### Posameznik

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu obravnava posameznike iz naslednjih skupin prebivalstva:

- ženske (nosečnice, porodnice, otročnice, ženske v fertilnem obdobju in v menopavzi),
- otroci (novorojenček, dojenček, mali in predšolski otrok ter osnovnošolska in srednješolska mladina),

- odrasli varovanci (zaposleni, bolniki, ki imajo kronično nenalezljive bolezni, prebivalci velikih mest in industrijskih središč ...),
- invalidi,
- starostniki,
- socialno deprivilegirane skupine (begunci, Romi, brezdomci).

Pri svojem delu diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu uporablja individualen in celosten pristop, ki vključuje fizični, psihični, duhovni in socialni vidik. Skupaj s posameznikom (zdravim ali bolnim) ugotavlja, kaj lahko posameznik in drugi, pomembni zanj, storijo sami (Šušteršič idr., 2006, str. 250).

### Družina

Pri zagotavljanju zdravja in kakovosti življenja posameznika in družbe ima pomembno vlogo družina. S svojo sorodstveno mrežo družina predstavlja specifično sociokulturno institucijo, v kateri se na poseben način povezujejo socialna vezanost in individualna svoboda. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu se srečuje z različnimi oblikami družine ter z družinami v različnih razvojnih obdobjih (Šušteršič idr., 2006, str. 250).

### Skupnost

Pri uresničevanju strategije Svetovne zdravstvene organizacije »Cilji za vse za 21. stoletje« imajo pomembno vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, še posebno v lokalni skupnosti. Zdravje skupnosti pomeni skupno doseganje najvišje stopnje fizičnega, mentalnega in socialnega zdravja, ki je v skladu z dosegljivim znanjem in sredstvi. Dejavnosti diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v skupnosti so na primarni, sekundarni in terciarni preventivi. Vključujejo pospeševanje, ohranjanje in krepitev zdravja posameznika, družine in skupnosti, preprečevanje bolezni in dejavnikov tveganja, podaljševanje življenja in dvigovanje kakovosti življenja, pa tudi povrnitev zdravja. Oblike dela so predavanja, učne delavnice, delo v malih skupinah v lokalni skupnosti (Rajkovič, Šušteršič, 2000; Allender, Walton Spradly, 2001; cit. po Šušteršič idr., 2006, str. 251).



### 2.1.3 Metode dela v patronažnem varstvu

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu pri opravljanju svojega dela uporablja različne metode dela, ki so značilne za primarni nivo zdravstvenega varstva in jim omogoča izvajanje vseh dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva:

- Metoda procesa zdravstvene nege je osnovna kontinuirana oblika dela v patronažnem varstvu in omogoča humano, individualno in aktivno obravnavo vseh pacientov s pomočjo negovalnih diagnoz.
- Zdravstvenovzgojna metoda dela omogoča izvajanje primarne naloge patronažnega varstva, to je zdravstvena vzgoja. Pri tej metodi gre za prenašanje lastnega znanja o zdravju v želeni način vedenja posameznika in skupnosti s pomočjo vzgojnega procesa.
- Metoda progresivne zdravstvene nege: z njeno pomočjo načrtujemo nego pri pacientih na njihovih domovih na podlagi njihovega zdravstvenega stanja.
- Dispanzerska metoda dela omogoča kompleksno obravnavo pacienta z vidika klinične medicine in z vidika socialnomedicinskih okoliščin, ki vplivajo na bolezen. Za to metodo je značilno preventivno delo.
- Epidemiološka metoda dela omogoča proučevanje masovnih bolezni, patoloških stanj in zdravje v celotni populaciji ali skupini ljudi.
- Statistično-analitična metoda dela ne pomeni le računskih operacij, ampak je osnova za načrtovanje nadaljnjega dela. S statističnimi metodami primerjamo povezanost pojavov, kje je česa več in kje je česa manj. Zdravstveno stanje ocenjujemo po vzroku smrti, hospitaliziranih pacientih, po vzroku začasne nezmožnosti za delo, po vzroku za obisk pri zdravniku, po diagnozah na sistematskih pregledih.
- Patronažni obisk predstavlja temeljno metodo in tehniko dela v patronažnem varstvu. Na patronažnih obiskih diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu ugotavlja zdravstveno, socialno, ekonomsko in higiensko stanje, v katerem živi pacient in družina.
- Metoda intervjuja je uporabljena najpogosteje, saj daje največ možnosti za zbiranje objektivnih informacij. Intervju je načrten.

- Ostale metode in tehnike dela v patronažnem varstvu so lahko še znanstvenoraziskovalno delo, skupinsko delo, skupine za samopomoč, klubsko delo, predavanja (Geč, 2001; povz. po Satler, 2010, str. 16, 17).

#### 2.1.4 Teorije zdravstvene nege v patronažnem varstvu

Izhodišče vsebine dela, filozofije patronažne zdravstvene nege, obsega in načina dela je najpogosteje v modelih zdravstvene nege Virginie Henderson in Dorothee E. Orem. Hendersonin model zdravstvene nege definira štirinajst temeljnih življenjskih aktivnosti, ki omogočajo celostni pristop. Oremin model pa temelji na stopnji samooskrbe posameznika, družine in članov skupnosti, usmerjen je k razvijanju odgovornosti za lastno zdravje in k podpori ogroženim skupinam prebivalcev. Med sodobnejše teorije, ki jih uporabljamo v patronažni zdravstveni negi, uvrščamo prilagoditveni model Calliste Roy, za katerega raziskave kažejo, da je njegova praktična uporaba uspešna (Horvat, 2009, str. 100-101).

Callista Roy v svojem teoretičnem delu predstavi model adaptacije in v njem poudari pomen krepitve prilagajanja človeka na spremenjene razmere v življenju, tako v stanju zdravja kot v stanju bolezni (Hajdinjak in Meglič, 2006, str. 266).

Motnje v načinih prilagajanja človeka:

- Motnje v fiziološkem načinu prilagajanja (privedejo do porušenega biokemičnega ravnovesja v organizmu in lahko povzročajo moteno dihanje, prehranjevanje, izločanje, aktivnosti in počitek, motnje v zaščiti organizma, motene čutne zaznave, moteno vzdrževanje tekočinske in elektrolitske bilance, motene nevrološke funkcije).
- Motnje v načinu prilagajanja na zaznavo samega sebe (privedejo do motenj, ki lahko povzročajo: nezadovoljstvo in nesprejemanje lastnega telesnega videza, občutek krivde, strahu, nemoči, socialne izolacije in agresije).
- Motnje prilagajanja na opravljanje družbenih vlog (motnje se lahko kažejo kot: nesposobnost izvajanja vloge, konflikt pri opravljanju vloge, nepoistovetenje z vlogo, neprijaznjenost z vlogo).
- Motnje prilagajanja v medsebojnih odnosih (če potreba po uravnoveženih in usklajenih odnosih do drugih ni zadovoljena, človeka privedejo do neprijetnih

občutkov, kot so: odtujenost, nesprejemanje, osamljenost, ljubosumnost, spodrinjenost in premaganost (Hajdinjak in Meglič, 2006, str. 279-280).

Royeva zdravstveno nego razlaga kot aktivnosti medicinske sestre, ki so potrebne in nujne. Intervencije zdravstvene nege so usmerjene v:

- krepitev, izboljšanje in podporo adaptacij pacienta v stanju zdravja in bolezni,
- podpiranje pacienta v stanju bolezni, da lahko sprosti in uporabi dodatno energijo in uspešno reagira na nove dražljaje,
- preprečevanje in zmanjševanje neučinkovitih načinov adaptacije,
- izboljšanje pacientove interakcije z okoljem, ki krepi njegovo prilagajanje,
- pomoč pri vzdrževanju njegovega zdravja, integritete, celovitosti in ravnovesja v odnosu do drugih in do okolja,
- reševanje problemov, povezanih z njegovo adaptacijo, in omogočanje adaptacije (Hajdinjak in Meglič, 2006, str. 281).

## **2.2 DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA V PATRONAŽNEM VARSTVU**

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je izvajalka del na vseh področjih patronažnega varstva, istočasno deluje in koordinira delo tudi s službami na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvene dejavnosti ter z drugimi zdravstvenimi službami in organizacijami. Izvajalka patronažnega varstva je medicinska sestra z višjo ali visoko izobrazbo. Pacienta in njegovo družino obravnava celostno, to pomeni, da ugotavlja in ustrezno obravnava fizične, psihične in socialne potrebe, ki so rešljivi z zdravstveno nego. Pomembna vsebina dela so tudi odnosi v družini in tudi odnosi v družini do širšega okolja (Šušteršič idr., 2006, str. 249).

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je zdravstveni delavec, ki pomaga posameznikom in družinam obdržati zdravje, premagovati bolezen ter nudi pomoč kronično bolnim in rizičnim prebivalcem z obiskovanjem na njihovih domovih in v lokalni skupnosti. S svojim znanjem o pomenu zdravja in socialnih vprašanj lahko ugotavlja učinke socialno-ekonomskih faktorjev na družine in njihovo zdravje ter

ponuja ustrezno pomoč. Zdravstveno neguje bolne in zlasti pomaga pacientom, ki so predčasno odpuščeni iz bolnišnic (Geč, 2001; cit. po Horjak, 2008, str. 8).

Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu imajo različne vloge, kot so: zagotavljanje zdravstvene nege, zdravstvenovzgojno delo, zagovorništvo, vloga menedžerja, partnerja, voditelja in raziskovalca. Vsaka vloga pomeni posebno vrsto sposobnosti in izkušenj. Ne glede na številne vloge, ki se razlikujejo glede na vrsto pacienta, jih mora diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu uspešno izvajati v vsaki situaciji (Allender, Rector in Warner, 2010, str. 43).

Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu imajo ključno vlogo pri dajanju informacij. Pomanjkanje informacij ali njihova slaba predstavitev lahko povzroči negativen učinek. To ruši razmerje med pacientom, družinskimi člani in diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu, kar pa lahko pusti bolečo izkušnjo (Eyre, 2009, str. 44).

McGinnes, Easton, Williams in Neville (2010), poudarjajo, da je temeljna vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu tudi ta, da opazuje pacienta in njegove družinske interakcije ter njihov vpliv na napredek. Izkušnje so pokazale, da imata družinska dinamika in odnos družine do pacienta neposreden vpliv na dosežen napredek.

Dickinson, Gogh in Bain (2011) opisujejo, da se celovita narava oziroma značaj diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu odraža v definiciji Association of District Nurse Educators (ADNE), ki jo je razvila leta 2010: diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je odgovorna za skrb in načrtovanje nege posameznika z različnimi potrebami. Poleg tega se diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu zavezuje, da bo zagotavljala oceno potreb pacientov z namenom usklajevati in razvijati storitev. Vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu se odraža tudi v definiciji, ki ugotavlja, da se klinična oskrba strokovno razvija tako iz teoretične kot iz praktične izkušnje.

Raziskava Baid, Bartlett, Gilhooly, Illingworth in Winder (2009) je pokazala, da so diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu strokovnjakinje za celovito

ocenjevanje in identifikacijo zdravstvenih potreb za paciente v skupnosti. Z razširitvijo svoje vloge lahko diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu nudijo bolj odzivno, fleksibilno in osebno raven varstva. Raziskava je s tem pokazala tudi, da vse to vključuje zgodnje odkrivanje akutnih simptomov in izogibanje nepotrebnim sprejemom v bolnišnico.

Barret, Lathman in Levermore (2007) pravijo, da je patronažna zdravstvena nega težko ovrednotena dejavnost. Vendar pa v teh časih, ko poteka veliko strukturnih reorganizacij, ko je veliko negotovosti, poklic diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ostaja nespremenjen, spoštovan in prepoznaven. Menijo, da prav diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu lahko poda lokalni in nacionalni program za spodbujanje pacientov s kompleksnimi potrebami, da ostanejo v domačem okolju, če je to njihova želja.

Poglavitni cilj diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je vzpodbujati in razvijati samooskrbo in zagotavljati pogoje, da posameznik, družina in skupnost ohranjajo zdravje in zmanjšujejo možnosti za poslabšanje bolezni. Le na ta način lahko pacient kljub starosti, bolezni ali onemoglosti čim dlje ostane v domačem okolju. S ciljem ureditve pomoči na domu ima diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu tudi vlogo koordinatorja, in sicer tako s službami v okviru zdravstvenega doma kakor s sekundarnim in terciarnim nivojem zdravstvene dejavnosti. To njeno funkcijo natančno opredeljujejo Navodila o zagotavljanju socialno varstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko pacient živi sam (Zavrl Džananovič, 2010, str. 117).

Osebnostne lastnosti medicinske sestre so bistvene za njeno profesionalno vlogo v družbenem sistemu in obravnavi pacienta na vseh profesionalnih področjih. Njene vrednostne usmeritve odsevajo njen kulturni in duhovni razvoj. Vsaka posamezna medicinska sestra s svojimi osebnostnimi lastnostmi vpliva na soljudi in s tem prav gotovo tudi na pacienta v njuni skupni interakciji. Za profesionalni lik medicinske sestre je značilno njeno vedenje, ki je usmerjeno k temu, da skuša pomagati in koristiti drugim. Za njeno profesionalno vlogo in podobo so značilne njene osebnostne lastnosti: ekstravertnost, prijetnost, vestnost, stabilnost in kulturnost. Medicinska sestra torej mora

biti komunikativna in pripravljena na sodelovanje, na podlagi svojih vrednot mora znati vzpostavljati dobre medosebne odnose. Pomembno je, da je pozitivno usmerjena, poštena in nepristranska in da pri svojem delu spoštuje etična in druga načela, ki jih določajo profesionalni kodeksi (Dumič, Pajnkihar in Brumen, 2006, str. 66).

### 2.2.1 Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu in komunikacija

Interpersonalna komunikacija in medsebojni partnerski odnosi so jedro zdravstvene nege. Pacienti vstopajo v zdravstveno okolje z vedno večjimi pričakovanji in se vedno bolj zavedajo svojih moralnih in legalnih pravic. Medicinske sestre imajo pomembno nalogo in vlogo v razvijanju medsebojnih partnerskih odnosov s pacienti in njihovimi svojci kot enakovrednimi partnerji. Pri tem je potrebno upoštevati spoštovanje človekovega dostojanstva, individualnosti in avtonomnosti. Na interakcije med posamezniki vplivajo osebne lastnosti in sociokulturno okolje, iz katerega prihajajo (Pajnkihar in Lahe, 2006, str. 31).

Negovanje in podpiranje drugih je osnovna oblika medčloveških interakcij. Je prav tako pomembna za človekovo izkušnjo kot izmenjava informacij, prepričanj, storitev in dejavnosti. Raziskave dokazujejo pozitivni učinek negovalnega komuniciranja na vsakdanje življenje, zdravje, dobro počutje ljudi. Negovalno komuniciranje izraža in vsebuje tudi visoka etična načela, kot so skrb za drugega, odgovornost, zaupanje, empatija, sočutje. Negovalno komuniciranje je torej pomembna dimenzija zdravljenja. Pomemben element negovalnega komuniciranja je empatija ali vživljanje v drugega. Vživljanje je nujno potrebno za razumevanje duševnih procesov. Značilno za negovalno komuniciranje je, da se vzpostavlja pri vsakem pacientu na novo in drugače in da izključuje rutino. Je sestavina aktivnega sočutenja, ki povezuje zdravstvenega delavca in pacienta. Pospešuje pripravljenost pacientov na odprtost, na samorazkrivanje, empatično komuniciranje. Obenem pa nudi pacientom možnost za delni nadzor nad medicinsko interpretacijo, intervencijo in odločitvami. Samo tako komuniciranje v odnosu zdravstveni delavec – pacient prepričljivo aktualizira čustvene, mentalne in duhovne komponente zdravlilnega procesa in jim odpira prostor. Bistvena značilnost empatičnega zdravstvenega komuniciranja je, da zdravstveni delavec spoštuje avtonomijo in dostojanstvo pacienta. Predvsem pa je vloga empatičnega komuniciranja,

da spoštuje pacientovo samodefinicijo in samopodobo. To, kar človek brani in ceni in v kar investira svoja čustva, je predstava o njem samem. Predstave pa ne potrebujejo dejstev in stvari, temveč le komuniciranje. V tem spoznanju leži velik izziv, namreč zavedati se delikatnosti in ranljivosti komunikacijskega procesa. To velja še zlasti za take vrste komuniciranje, kot je v zdravstvu. Tu je možnost, da se koga rani s komunikacijskim vedenjem, še zlasti velika. In v svoji predstavi o sebi in samovrednotenju je ranljiv tako pacient kot zdravstveni delavec. V procesu komuniciranja želita oba potrditi svoje predstave o sebi (Ule, 2006, str. 15-17).

Komunikacija je v profesionalnem delovanju diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu velik izziv, saj prihaja k pacientu na dom in je njegov gost. V patronažni zdravstveni negi je pomemben prvi patronažni obisk oziroma prvi stik s pacientom in svojci. Komunikacijske veščine postajajo ene izmed pomembnejših dejavnikov kakovostne zdravstvene nege. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu vstopajo v družino in terapevtska komunikacija, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji ter profesionalnosti, je vodilo dobremu terapevtskemu odnosu in kakovostni zdravstveni oskrbi (Ramšak Pajk, 2011, str. 653).

Večina zdravstvenih delavcev je imela zelo malo ali nič usposabljanja za delo z družino. Pomanjkanje znanja in izkušenj vodi zdravstvene delavce, da se počutijo neprijetno v komuniciranju z družino pacienta (Fineberg, Kawashima, Asch, 2011, str. 421).

Komunikacija med medicinskimi sestrami in družinami je izjemnega pomena za izgradnjo zaupanja vrednega odnosa in za izboljšanje zdravja družine. Medicinske sestre s pogovorom z družino pacienta pridobijo potrebne informacije, spodbujajo zdravje ter preprečujejo in lajšajo trpljenje (Benzein, Hagberg, in Saveman, 2008).

### **2.3 DRUŽINA**

Družina je osnovna bio-socialna skupnost. Opredeljena je kot skupina ljudi, za katere je značilno, da skupaj prebivajo, ekonomsko sodelujejo in se razmnožujejo. Vanjo so vključene odrasle osebe nasprotnih spolov, v katerih najmanj dve vzdržujeta družbeno odobreno spolno zvezo, in eden ali več lastnih ali posvojenih otrok, ki pripadajo tistima

dvema odraslima osebama, ki živita v skupnem gospodinjstvu (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007, str. 87, 88).

Oblike in funkcije družine se skozi zgodovino spreminjajo, prilagajajo potrebam posameznikov in družbe. Formalna ureditev in splošna kultura navadno capljata za razvojem, kar družinam, ki odstopajo od klasične (jedrne) oblike družine, navadno povzroča težave pri izpolnjevanju njenih osnovnih nalog. Družina je izjemno prilagodljiva družbena institucija. S spreminjanjem socialnih vrednot, etike in načina bivanja se temu primerno oblikujejo tudi družinske skupnosti (Kersnik, 2007, str. 28).

Ločimo ožjo, nuklearno družino (mama, oče in otroci) in razširjeno družino (ožji družini so pridruženi še ostali najbližji sorodniki). Oblika razširjene družine, ki jo poznamo še ponekod v Sloveniji, je večgeneracijska družina, v kateri so nuklearni družini pridruženi člani prejšnje generacije (stari starši). V današnjem času nuklearne družine hitro razpadajo, rojevajo pa se nove. Velikost nuklearnih družin je lahko različna, odvisno od števila otrok. Odnosi med člani družine so lahko demokratični ali avtoritativni, odvisno od kulturnih značilnosti posamezne družbe (Zaletel-Kragelj idr., 2007, str. 87, 88).

Današnja družba se sooča z netradicionalnimi družinami, ki so lokacijsko razseljene, kar tudi otežuje skrb za starostnika v družini (Research, 2003; cit. po Skela Savič, Zurec in Hvalič Touzery, 2010, str. 90).

Na zdravje posameznika ima družina nedvomno velik vpliv. Tega lahko razdelimo vsaj na biološki, okoljski, ekonomski, psiho-socialni in vzgojni vpliv:

- V biološkem pogledu so na prvem mestu genetske bolezni, družina pa je zaradi neposrednega stika med člani tudi idealna skupnost za hitro širjenje nalezljivih bolezni.
- V pogledu vpliva naravnega okolja na zdravje posameznega družinskega člana vplivajo skupni pogoji za življenje, kot so stanovanje, prehrana ipd.
- V pogledu družbenega okolja na zdravje posameznega družinskega člana imata najmočnejši vpliv ekonomsko stanje in družbeni položaj družine.
- V psihosocialnem pogledu je družina primarna skupnost, ki neizbežno bolj ali manj omejuje svobodo posameznika; različne oblike družin in različnost



odnosov med njihovimi člani v veliki meri določajo zdravje posameznika. Za zdravje skrajno obremenjujoč je razpad primarne nuklearne družine, ki pogosto vodi v različne oblike zasvojenosti vsaj pri enem od članov družine, odraslem ali otroku. V sekundarnih nuklearnih družinah velikokrat prihaja do zlorabe otrok drugega partnerja, kar pogosto vodi v duševne bolezni.

- V pomenu vzgoje za zdravje ima družina izjemno velik vpliv na področju t.i. neformalne zdravstvene vzgoje. Ta se dogaja pri posamezniku v družini vse od njegovega rojstva dalje (Zaletel – Kragelj idr., 2007, str. 88 ).

Bolezen spremeni utečeno delovanje družine: zmanjšajo se sredstva za preživljanje, povečajo se stroški, spremeni se urnik in prerazporedijo se vloge. Zlasti pomembna je sprememba vloge za glavnega hranilca ali po hierarhiji najvišjega v družini. Ta se praviloma noče sprijazniti s podrejeno vlogo bolnega, zato pogosto prikriva resnost svojih težav. Pacient je izločen iz igre in njegovo mesto prevzamejo drugi (Kersnik, 2007, str. 41).

Cooley (2009) poudarja, da ima vsak posameznik družino. Družine imajo različne strukture, so različnih velikosti, imajo različne stopnje povezovanja in načine delovanja med seboj, lahko so geografsko blizu ali daleč. Družina lahko nudi podporo in ljubezen, lahko pa pripelje svoje člane tudi do razočaranja in žalosti. Ljudje se starajo, se odmaknejo ali pa se včasih skušajo pretvarjati, da nimajo družine, toda na koncu je ta oseba odsev družine, iz katere prihaja.

Vsi zdravstveni delavci naj bi pri skrbi za družine spoštovali enakopravnost vsake družine. Negativni stereotipi o nekaterih oblikah družine, na primer o družinah istospolnih partnerjev, lahko te družine odvrnejo od iskanja pomoči v zdravstvenem varstvu, posledica tega pa je porast zdravstvenih zapletov. Medtem ko nekateri obsojajo različice družinskih oblik kot razpad tradicionalnih družinskih vrednot, so le-te uspešen kazalec hitre prožnosti družine v prilagajanju na spreminjajoče se družbene pogoje (Urbančič, 2002, str. 126).

Številni posamezniki (pacient, družina, medicinska sestra in drugi zdravstveni delavci) so vključeni v zdravstveno oskrbo, ki gradi partnerstvo, in prav vsak od njih igra ključno vlogo pri uspehu partnerstva (Doss, DePacsal in Hadley, 2011, str. 115).

### 2.3.1 Tipi družin

Gamseva (2009) glede na izkušnje v praksi pravi, da obstajajo štiri tipi družine:

- Pozitivno družinsko okolje: družina se zanima za pacienta. Pripravljena je sprejeti novo situacijo in se ji tudi prilagoditi.
- Negativno družinsko okolje: družinski člani so do pacienta odklonilni. Želijo se ga rešiti, ga premestiti v dom za ostarele in skrb zanj prepustiti nekemu drugemu. Tudi v izvajanju zdravljenja ne želijo sodelovati. Za pacienta je takšen odnos družine zelo težaven in neugodno vpliva nanj ter na njegovo zdravljenje.
- Lažno pozitivno družinsko okolje: za pacienta se zelo zanimajo, žrtvujejo ter ga pretirano ščitijo. Tudi dela, ki jih je sposoben še opraviti sam, naredijo namesto njega. Strmijo k temu, da čim bolj je pacient nebogljen, tem bolj je potrebno zanj skrbeti in se žrtvovati. Takšno žrtvovanje pa okolica nagraduje z občudovanjem. Tako lahko rečemo, da oseba, ki ga neguje, potrebuje njegovo pomoč za lastno priznanje.
- Pasivno družinsko okolje: družina za pacienta le malo stori. Postavijo se ob rob in čakajo, da bodo drugi poskrbeli zanj. Pogosto ravnajo tako le ob začetku bolezni. Pozneje, ko jih poučimo, kaj lahko naredijo sami, se aktivirajo in pasivno družinsko okolje se spremeni v pozitivno družinsko okolje.

## 2.4 DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA V PATRONAŽNEM VARSTVU IN DRUŽINA

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu se lahko srečuje z velikim številom podatkov pri ugotavljanju stanj oziroma razmer v družini, na osnovi katerih oblikuje negovalno diagnozo, načrtuje in izvaja zdravstveno nego ter jo vrednoti. Naloga zdravstvene nege diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je, da posamezniku, družini in skupnosti pomaga v vseh stanjih zdravja in bolezni. Pri ugotavljanju potreb po zdravstveni negi se diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu srečuje z velikim številom dejavnikov, ki jih mora oceniti in na osnovi tega načrtovati zdravstveno nego. Lastnosti družine predstavljajo spremenljivke stanja razmer v družini. Ocena stanja razmer v družini je osnovna za opredelitev

negovalnih problemov oziroma diagnoz in za načrtovanje zdravstvene nege družine (Šušteršič, 2008, str. 11).

Pri ugotavljanju stanj, razmer v družini mora diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu poznati:

- značilnosti posameznih razvojnih obdobij:
  - obdobje novoporočencev,
  - obdobje rojstva prvega otroka,
  - obdobje družine (s šolarji, mladostniki),
  - obdobje oblikovanja nove družine,
  - družina praznega gnezda,
  - obdobje ostarele družine;
- lastnosti zdrave družine:
  - interakcija med družinskimi člani (odrasli, otroci, odrasli-otroci): komunikacija (verbalna, neverbalna) - pogoj za funkcioniranje družine;
  - pospeševanje razvoja posameznika - dovzetna za potrebe svojih članov, zagotavlja svobodo in podporo - pogoj za zdravo rast in razvoj;
  - učinkovita porazdelitev vlog - za zadovoljitev spreminjajočih se družinskih vlog;
  - aktivno prizadevanje soočiti se s problemi - iskanje rešitev znotraj družine ali navzven v svetovanju ali zdravljenju;
  - zdravo domače okolje in način življenja - varni in higienski življenjski pogoji;
  - a) redne povezave s širšo skupnostjo - vzdrževanje dinamičnih vezi, kjer družinski člani delajo, se šolajo ali koristno preživijo prosti čas;
- aplikacijo Maslowih potreb za družino:
  - b) osnovne potrebe za preživetje in fiziološke potrebe (higienske in bivalne razmere, preskrba z zdravno pitno vodo, hrano, zdravje, zdravstvene potrebe);
  - c) varnost in pripadnost: odnosi med družinskimi člani, odnosi do širše okolice, komunikacija v družini, komunikacija v širšem okolju;

- d) samovrednotenje in samoaktualizacija: mesto in vloga posameznih družinskih članov v ožjem in širšem okolju, izobrazba, zaposlitev (Šušteršič, 2008, str. 8).

Družinska zdravstvena nega je relativno nov pristop k znanosti zdravstvene nege. Čeprav se zdravstvena nega uči od drugih disciplin, kot so sociologija in družinska terapija mora teorija zdravstvene nege usmerjati prakso zdravstvene nege. Okvirje za družinsko zdravstveno nego so teoretiki začeli oblikovati že leta 1980. V današnjem času se družinska zdravstvena nega razvija v smeri, da bi vključili več pristopov k družinski oskrbi. Definicija družinske zdravstvene nege se glasi; praksa družinske zdravstvene nege je usmerjena v čim višje zdravje in dobro počutje vseh posameznikov v družinskem sistemu. Družinska zdravstvena nega vidi družino kot sistem. Cilji družinske zdravstvene nege vključujejo optimalno delovanje za posameznika in za družino kot enoto. Za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je izboljšanje zdravja družine eden od načinov za izboljšanje zdravja celotne skupnosti (Cooley, 2009, str. 340).

#### 2.4.1 Družinska medicinska sestra

Za zdravje družin si prizadevajo medicinske sestre na več ravneh delovanja. Nepogrešljivo je delo diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu, ki se vključujejo v družine ob prihodu novorojenčka, spremljajo mlado družino skozi vsa razvojna obdobja življenjskega cikla, spremljajo bolnega člana ob napotitvi v bolnišnico, sodelujejo pri prilagoditvi ob njegovi vrnitvi domov, pospremiijo starostnika ob njegovem poslavljanju od družine in spremljajo žalujočo družino po smrti enega od članov (Urbančič, 2002, str. 125).

»Družinska medicinska sestra« je strokovnjakinja v svoji skupnosti, ki sodeluje s posamezniki, družinami in drugimi izvajalci zdravstvenega varstva v okviru primarnega zdravstvenega varstva. Taka medicinska sestra lahko opravlja svoje delo v različnih okoljih, večinoma izven bolnišnic. Lahko predstavlja ključno vstopno točko v sistem zdravstvenega varstva in je usposobljena za ustrezno napotitev k drugim zdravstvenim strokovnjakom in drugim storitvam v okviru sistema. Družinska medicinska sestra zna upoštevati celotno sliko skupnosti in kulturnega konteksta, v katerem živi posamezna

družina. Prav tako zna upoštevati odnose med družinskimi člani. Družinska medicinska sestra je tudi aktivna članica zdravstvenih programov lokalne skupnosti in zna prenesti svoje izkušnje pri delu z družinami na programe skupnosti (Hancock, 2002, str. 185).

Medicinske sestre, ki skrbijo za družine, naj bi uporabljale nekatera načela za načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege v družinah in za pomoč pri razumevanju kompleksnih, dinamičnih odnosov med zdravjem družine in zdravjem posameznih članov. Ta načela vključujejo (International Council of Nurses, 2002; cit. po Urbančič, 2002, str. 126 ):

- Zdravstveno nego v družinah usmerjajo družinski člani, tako zdravi člani kot oboleli.
- Medicinske sestre spoznavajo odnose med zdravjem posameznika in družine. V času negovanja posameznega člana se medicinske sestre vzajemno srečujejo z njegovo družino.
- Skrb za družino je odvisna od predhodnih izkušenj družine in njene usmerjenosti v sedanost in prihodnost.
- Zdravstvena nega družin se vključuje v širši sistem družinske skupnosti in kulturnih značilnosti.
- Zdravstvena nega družin upošteva odnose med družinskimi člani in izhaja iz spoznanja, da posamezniki in družina kot skupina ne dosežajo najvišje ravni zdravja vsi istočasno.
- Medicinske sestre poskušajo povečati družinske interakcije v sodelovanju med njimi in družino in med člani znotraj družine.
- Medicinske sestre spoznavajo, da pri osebi, ki ima v družini največ znakov težav, le ti čez čas preidejo, kar zahteva preusmeritev zdravstveno negovalnih aktivnosti.
- Za družinske medicinske sestre temelji ugotavljanje prednostnih potreb po zdravju v družini izključno na delu z družino.

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je s pomočjo raziskave ugotoviti, kako diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, zaposlene v Zdravstvenih domovih Radovljica, Jesenice, Bled, Bohinj, Kranj, Tržič in Zdravstvenem domu Škofja Loka vidijo svojo vlogo v pacientovi družini, ter kako so družine pacientov patronažnega varstva Zdravstvenega doma Radovljice zadovoljni z delom diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

Cilji diplomskega dela:

1. Predstaviti vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v družini.
2. Predstaviti sodelovanje družine pacientov z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu.
3. Ugotoviti, kakšen je odnos družine do diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi pregledane tuje in domače strokovne literature, ter na podlagi zastavljenih ciljev smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Zakaj so družine pacientov patronažnega varstva Radovljica zadovoljne z delom diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu?
2. Kako so diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu svojci v pomoč pri njenem delu?
3. Kakšno vlogo ima diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu v družini?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

##### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik. Za potrebe empiričnega dela smo naredili pregled literature na podatkovnih bazah: CHINAL, SpringerLink, EBSOhost in

COBISS; serijskih in monografskih publikacijah. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: patronažna medicinska sestra, družina, patronažno varstvo, zdravstvena nega; ter ključne besede v angleškem jeziku: community nurse, family, community health care, nursing.

### 3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja s pomočjo pisnega vprašalnika. Uporabili smo dva anketna vprašalnika, namenjena dvema različnima populacijama: diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu Zdravstvenih domov Radovljica, Jesenice, Bled, Bohinj, Tržič, Kranj in Škofja Loka in družinam pacientov patronažnega varstva Zdravstvenega doma Radovljica. Vprašalnika sta bila sestavljena na osnovi pregleda literature in deloma povzeta po dosedanjih raziskavah diplomskih del v patronažni zdravstveni negi (Horjak, 2008; Emeršič, 2009).

Anketni vprašalnik za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je bil sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke, patronažno zdravstveno nego in družino. Vseboval je 10 vprašanj zaprtega tipa kjer so bili odgovori že ponujeni, ter 1 vprašanje odprtega tipa, kjer smo preverjali stališča anketirank. Drugi sklop pa je vseboval 7 trditev, ki so jih anketiranci ocenili po Likertovi lestvici z odgovori: se zelo strinjam, se strinjam, se ne morem odločiti, se ne strinjam in se sploh ne strinjam.

Prav tako je bil sestavljen tudi vprašalnik za družine. Prvi sklop je vseboval demografske podatke ter podatke o patronažnih obiskih in odnosih z družino, vseboval je 6 vprašanj zaprtega tipa kjer so bili odgovori ponujeni in 3 vprašanja odprtega tipa, ki so se nanašala na demografske podatke in preverjanje stališč anketirancev. Drugi sklop pa je vseboval 9 trditev, ki so jih anketiranci ocenili po Likertovi lestvici.

Preden smo vprašalnike razdelili, smo se lotili pilotne raziskave. Razdelili smo jih dvema diplomiranim medicinskima sestrama v patronažnem varstvu in dvema družinama. S tem smo preverili vprašalnike z vidika vsebinske ustreznosti. Vprašalnika za obe populaciji sta se izkazala za vsebinsko ustrezna in razumljiva. Po predlogu diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu smo pod navodila obeh verzij merskih instrumentov dodali le še, da anketiranci lahko obkrožijo več odgovorov hkrati.

Zanesljivost merskega instrumenta je bila preverjena s Cronbachovim koeficientom alfa v programu SPSS 15.0. Test zanesljivosti pri anketiranih diplomiranih sestrah v patronažnem varstvu je pokazal, da spremenljivke oziroma trditve v vprašalniku dobro merijo pomembnost prisotnosti in sodelovanja družine pacientov in medicinske sestre v patronažni službi. Koeficient Cronbachove alfe je znašal 0,734, iz česar lahko sklepamo, da je bil postopek merjenja zanesljiv. Iz analize smo izključili spremenljivko v trditvi »Menite, da imate, ...«, ker meri drugo stvar in ker z izključitvijo dobimo višji koeficient Cronbachove alfe za 0,009.

**Tabela 1: Test zanesljivosti za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu**

Cronbachova alfa	N
0,734	6

Test zanesljivosti pri anketiranih družinah pacientov patronažnega varstva Radovljica je pokazal, da spremenljivke oziroma trditve v vprašalniku dobro merijo zadovoljstvo družin pacientov z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu. Koeficient Cronbachove alfe je 0,813, iz česar lahko sklepamo, da je bil postopek merjenja zanesljiv. Iz analize smo izključili spremenljivki v trditvah »Pomembno je, da je ...« in »Občasno bi si želeli ...«, ker merita drugo stvar in ker z izključitvijo dobimo višji koeficient Cronbachove alfe za 0,077.

**Tabela 2: Test zanesljivosti pri anketiranih družinah pacientov patronažnega varstva**

Cronbachova alfa	N
0,813	7

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni priročni vzorec, ker sta nam bili ti dve populaciji anketirancev najbolj dostopni. V vzorec smo vključili 47 diplomiranih in višjih medicinskih sester v patronažnem varstvu zaposlenih v Zdravstvenem domu Radovljica, Jesenice, Bled, Bohinj, Kranj, Tržič in Zdravstvenem domu Škofja Loka. V vseh patronažnih varstvih omenjenih zdravstvenih domov je zaposlenih 59 medicinskih sester. Zajeli smo 79,6% populacije. Iz raziskave smo izključili medicinske sestre v



patronažnem varstvu s srednješolsko izobrazbo. Od 47 razdeljenih anketnih vprašalnikov je bilo vrnjenih 45, kar pomeni 98-odstotno realizacijo vzorca. Največ anketirank je bilo iz Zdravstvenega doma Kranj (31,1 %) in Zdravstvenega doma Jesenice (22,2 %). Ostale diplomirane medicinske sestre zaposlene v patronažnem varstvu so iz naslednjih zdravstvenih domov: Škofja Loka (15,6 %), Tržič (13,3 %), Radovljica (6,7 %), Bled (6,7 %) in Bohinj (4,4 %). Dobra polovica (55,6 %) diplomiranih medicinskih sester je zaposlena v patronažnem varstvu od 1 do 10 let. Sledijo jim diplomirane medicinske sestre, ki so v patronažnem varstvu zaposlene od 11 do 20 let (26,7 %) in nad 31 let (11,1 %). Najmanj diplomiranih medicinskih sester pa je v patronažnem varstvu zaposlenih od 21 do 30 let (6,7 %). Družinam pacientov patronažnega varstva Radovljice smo razdelili 70 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih anketnih vprašalnikov smo prejeli 63, odzivnost anketirancev je bila 93-odstotna. Med anketiranci je bilo 61,9 % žensk in 38,1 % moških. Najmlajši anketiranec je imel 21, najstarejši pa 88 let. Povprečna starost anketirancev je bila 57,4 let.

#### 3.3.4 Potek raziskave

Pridobili smo vsa potrebna soglasja ustanov, kjer je anketiranje potekalo. Soglasja so bila odobrena s strani direktorjev in s strani glavnih medicinskih sester ustanov. Anketne vprašalnike za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu smo poslali po pošti v zelene ustanove. Predhodno so bile vodje patronažnega varstva ciljnih ustanov o anketiranju obveščene. Anketni vprašalniki so nam bili prav tako vrnjeni preko pošte. Anketni vprašalniki za družine pacientov patronažnega varstva Zdravstvenega doma Radovljica so bili razdeljeni s strani diplomiranih medicinskih sester zaposlenih v patronažnem varstvu. Ankete so svojci pacientov vrnilo diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu ob naslednjih obiskih pacientov. Vsem anketirancem, ki so sodelovali v naši raziskavi smo pisno in ustno razložili namen in vsebino vprašalnika. Zagotovili smo anonimnost in prostovoljnost pri sodelovanju, ter upoštevali etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Raziskava je potekala od meseca decembra 2011 do meseca februarja 2012.

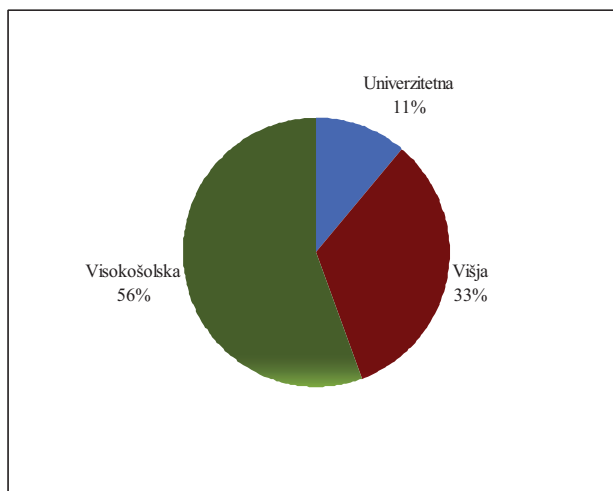
### 3.3.5 Opis obdelave podatkov

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS 15.0. Vzorec atributivnih (besednih) spremenljivk smo opisali na podlagi izračunanih frekvenc in pripadajočih odstotkov, intervalne (numerične) spremenljivke pa na podlagi povprečne vrednosti in standardnega odklona. Za analizo razlik in povezanosti spremenljivk pa smo računali t-test in analizo variance One-way ANOVA.

## 3.4 REZULTATI

### 3.4.1 Vprašalnik za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu

Demografski podatki so opisani že v vzorcu raziskave. Slika 1 nam prikazuje, da ima največ anketiranih medicinskih sester visokošolsko izobrazbo (55,6 %), višješolsko ima 33,3 %, univerzitetno pa 11,1 % anketirank.

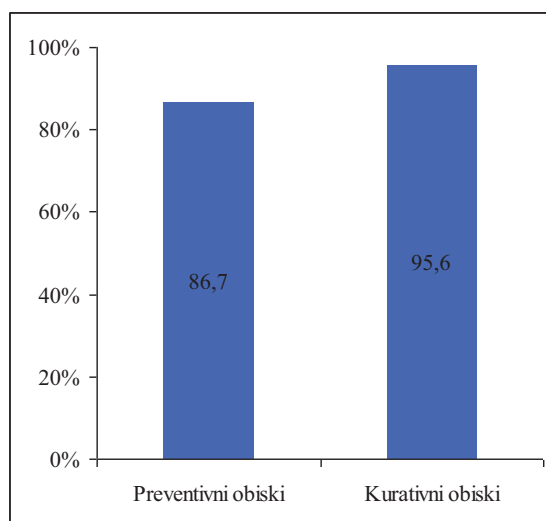


**Slika 1: Stopnja izobrazbe**

Kar 68,2 % diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu naredi v enem delovnem dnevu več kot 7 patronažnih obiskov. Manj kot 6 obiskov pa naredi 31,8 % diplomiranih medicinskih sester v patronažni službi.

Slika 2 nam prikazuje odgovore na vprašanje, ali so obiski diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu preventivni ali kurativni. Diplomirane medicinske sestre v

patronažnem varstvu so lahko obkrožile oba odgovora, pri tem jih 95,6 % meni, da so patronažni obiski kurativni, 86,7 % pa jih pravi, da so preventivni.



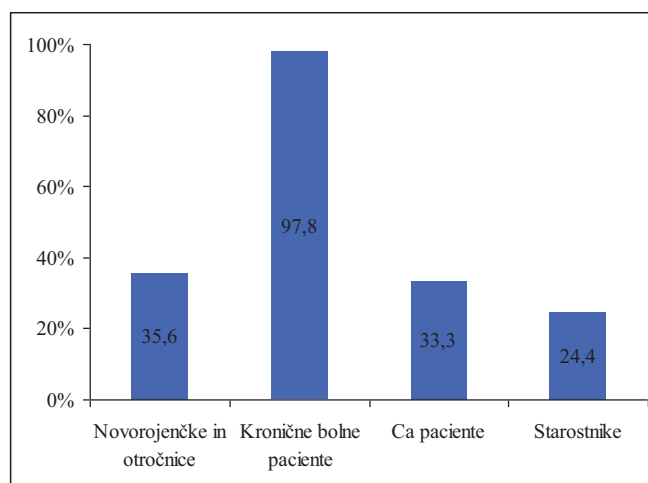
**Slika 2: Razmerje med preventivnimi in kurativnimi patronažnimi obiski**

Na vprašanje, kako lahko diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pomagajo pacientovi družini, je 66,7 % vprašanih obkrožilo, da ji nudi pomoč pri negovalnih intervencijah. 84,4 % diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pa je dejalo, da so družine lahko dodaten vir informacij o pacientu.

Na šesto vprašanje, ki sprašuje diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, če ustrezajo zahtevam svojcev pacienta, da urejajo določene stvari (nošenje receptov, dvig zdravil v lekarni ...) namesto njih, kar 93,3% diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu občasno ustrezeta svojcem pacienta. Nikoli ne ustrezeta 2 diplomirani medicinski sestra v patronažnem varstvu (4,4 %), vedno pa le ena (2,2 %).

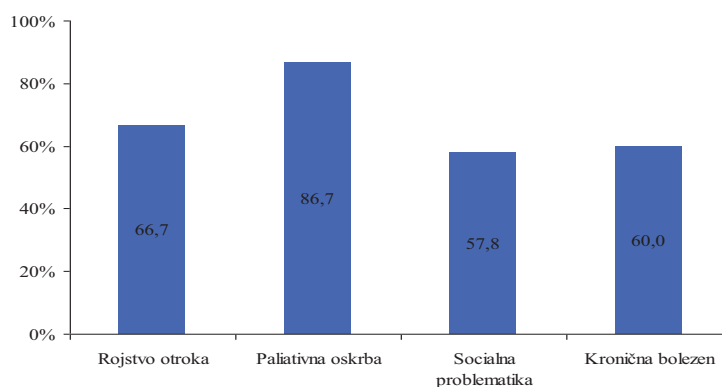
V sedmem vprašanju smo spraševali diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, kako pogosto obveščajo osebnega zdravnika o pacientovem stanju. Kar 95,6 % vprašanih diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu obvesti osebnega zdravnika o pacientovem stanju ob prvem obisku in ob vsaki spremembi zdravstvenega stanja. Redko oziroma za obveščanje zadolži pacientove svojce 4,4 % vprašanih, ob vsakem obisku pa nobena medicinska sestra.

Na sliki 3 so prikazani odgovori diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu, in sicer katero populacijo pacientov najpogosteje obiskujejo. Največ anketirank (97,8 %), je obkrožilo odgovor b) kronično bolne paciente, sledil je odgovor a) novorojenčke in otročnice (35,6 %), nato odgovor c) rakave (Ca) paciente (33,3 %), najmanj anketirank se je odločilo za odgovor d) starostnike (24,4%).



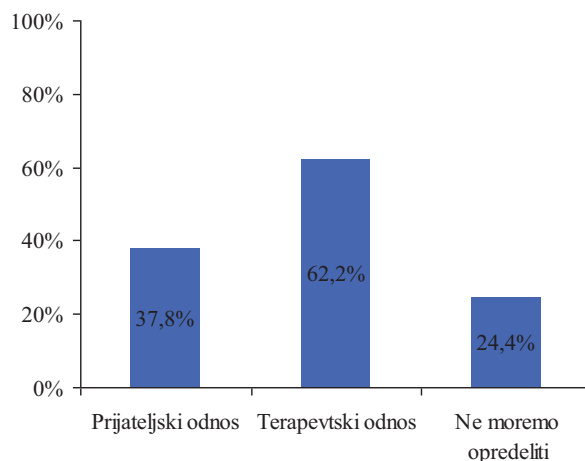
**Slika 3: Najpogosteje obiskana populacija pacientov v patronažnem varstvu**

Slika 4 nam prikazuje, v katerih okoliščinah se diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu zdi še posebej potrebno, da pridejo v stik s pacientovo družino. Največ anketirank (86,7 %) se v pacientovi družini čuti še posebej potrebne pri paliativni oskrbi. Nekaj manj jih trdi, da so v pacientovi družini še posebej potrebne pri rojstvu otroka (66,7 %), kronični bolezni (60 %) in pri socialni problematiki (57,8 %).



**Slika 4: Situacije, v katerih je za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu potrebno, da vstopijo v stik s pacientovo družino**

Med tremi podanimi možnostmi (prijateljski odnos, terapevtski odnos in ne morem se opredeliti) so se anketiranke v kar 65,2 % opredelile, da je njihov odnos z družinami terapevtski, 37,8 % diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pa ima z družinami pacientov prijateljski odnos. Svojega odnosa pa ni moglo opredeliti 24,4 % diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu.



**Slika 5: Odstotek anketirank z odgovori o odnosu z družinami pacientov, ki jih diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu obiskujejo že dalj časa**

Zadnje vprašanje je bilo odprtega tipa; diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so svojo vlogo v družini največkrat oziroma 31-krat opisale kot nudenje zdravstvene vzgoje in poučevanje pacientov in njihovih družin, 12-krat so napisale izvajanje negovalnih intervencij, 9-krat pa, da nudijo psihično podporo in vez med zdravnikom ter svojcem. 4-krat so napisale, da opravljajo nadzor zdravstvenega stanja pacienta, 2-krat pa, da imajo vlogo zaupnice in zagovornice. Rezultati so prikazani v tabeli 3.

**Tabela 3: Število odgovorov anketirank o svoji vlogi v pacientovi družini**

Vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v družini	Število odgovorov
Zdravstvena vzgoja/ poučevanje	31
Izvajanje negovalnih intervencij	12
Nudi psihično podporo in vez med zdravnikom ter svojcem	9
Nadzor nad zdravstvenim stanjem	4
Vloga zaupnice in zagovornice pacientov	2

Strinjanje s sedmimi navedenimi trditvami so anketiranke ocenjevale na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 5 pa se zelo strinjam. Vidimo lahko, da se diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v povprečju najbolj strinjajo s trditvijo, da je pacientova družina pomemben člen patronažne zdravstvene nege (PV=4,64). Najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da imajo dovolj znanja iz veččin komunikacije za obvladovanje specifičnih situacij v družini (PV=3,59). Ocenjevanje ostalih trditev je razvidno iz tabele 4. Pri trditvi, da pacienti in njihove družine zaupajo anketirani diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu, smo dobili razliko v številu vzorca (N=42), vendar pa smo ga zaradi pomembnosti upoštevali. Obstaja pa možnost, da je katera od anketirank pozabila oceniti trditev, ker ob anketiranju nismo bili prisotni.

**Tabela 4: Rezultati trditev, ocenjenih s strani diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu**

	N	Min	Max	PV	SO
Pacientova družina je pomemben člen patronažne zdravstvene nege.	44	4	5	4,64	0,487
Želite si, da so ob prvih obiskih prisotni družinski člani.	44	1	5	4,36	0,810
Sodelovanje z družino je dobro.	44	3	5	4,27	0,585
Pacienti in njihove družine vam zaupajo.	42	3	5	4,19	0,505
Za vas je pomembno, da je pri zdravstvenovzgojnem delu/obravnavi pacienta prisoten član družine.	44	2	5	4,11	0,813
Pacient in njegovi svojci upoštevajo vaše nasvete.	44	3	5	4,07	0,398
Menite, da imate dovolj znanja iz veččin komunikacije za obvladovanje specifičnih situacij v družini (nezaupanje, strah, konfliktni pacienti/svojci, agresivni pacient/svojci).	44	2	5	3,59	0,897

N = število vzorca; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

### 3.4.2 Vprašalnik za družine pacientov patronažnega varstva

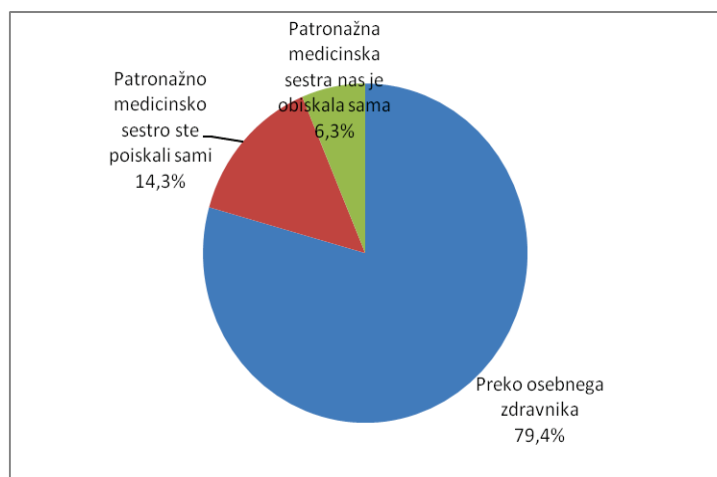
Demografski podatki, ki jih je vseboval prvi sklop anketnega vprašalnika so opisani v vzorcu raziskave. Tabela 5 nam prikazuje, v kakšnem sorodstvenem razmerju so bili anketiranci. Med vprašanimi med družinami je bilo največ partnerjev (35,5 %)

pacientov. Sledijo sinovi in hčere (29 %) in matere novorojenčkov (17,7 %). Zanimivo se nam zdi, da je na četrtem mestu kar 6,5 % takih, ki s pacientom niso nič v sorodu, šele nato so snahe (4,8 %) sledijo vnuki (3,2 %), oče (1,6 %) in tašča (1,6 %).

**Tabela 5: Sorodstveno razmerje s pacientom v odstotkih**

Sorodstveno razmerje	N	Odstotek
mož, žena, partner	22	35,5
sin, hči	18	29,0
mati novorojenčka	11	17,7
nobeno (gospodinja pri varovanki, prijatelj, znanec)	4	6,5
snaha	3	4,8
vnuk	2	3,2
oče	1	1,6
tašča	1	1,6
<b>Skupaj</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

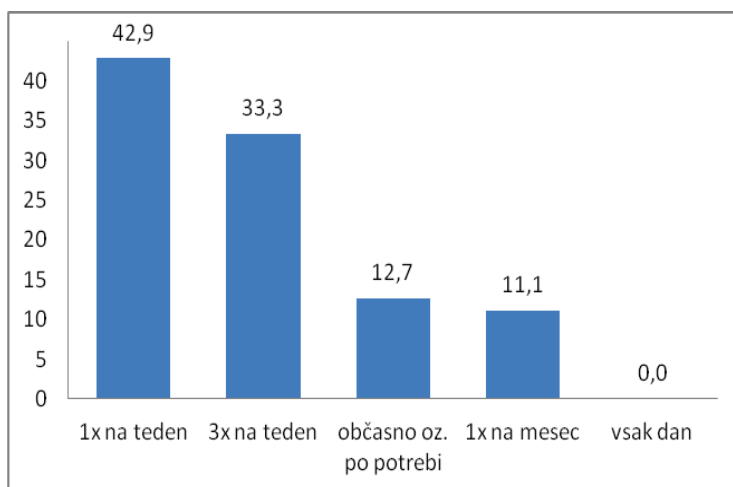
Rezultate odgovorov na vprašanje, kako je anketirana družina pacienta prišla v stik z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu, nam prikazuje slika 6. Kar 79,4 % družin je v stik z diplomirano medicinsko sestro prišla preko osebnega zdravnika. 14,3 % družin je stik z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu poiskalo samih, 6,3 % družin pacienta pa je diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu obiskala sama.



**Slika 6: Način vzpostavitve stika z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu**

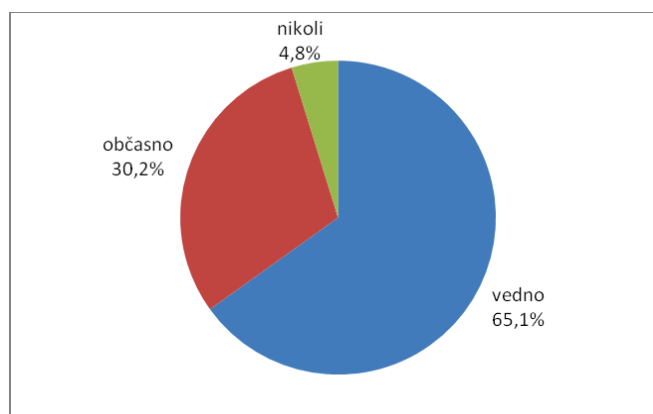
Slika 7 prikazuje odgovore na vprašanje, kako pogosto diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu obiskuje družino. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v največji meri obiskujejo družine pacientov 1-krat in 3-krat na teden (42,9 % in

33,3 %). Vsak dan pa družine pacientov ne obiskuje nobena diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu.



**Slika 7: Pogostost obiskov pacienta diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu**

Največkrat je razlog obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pri družinah kronično bolan svojec (61,9 %). Sledi razlog zaradi nepomičnega svojca (22,2 %) in novorojenčkov (15,9 %). Zaradi socialne problematike svojcev in zaradi umirajočih svojcev jih ne obiskuje nobena diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu. Ob obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je vedno prisotnih 65,1 % svojcev, občasno je prisotnih 30,2 %, nikoli pa 4,8 % svojcev pacienta, kar je razvidno iz slike 8.

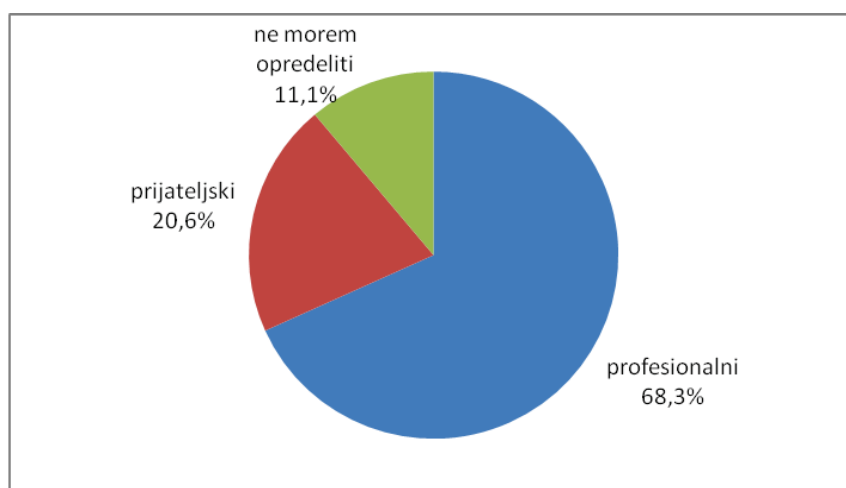


**Slika 8: Prisotnost svojcev pacienta ob obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu**



Sledilo je odprto vprašanje, kako dolgo diplomirana medicinska sestra obiskuje družino. V povprečju obiskuje družino pacienta 20 mesecev oziroma 1 leto in 8 mesecev. Najkrajše obdobje obiskovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pri družini pacientov je 0,25 meseca oziroma 2 tedna, najdaljše obdobje obiskovanja pa je 72 mesecev ali 6 let.

Na sliki 9 so prikazani odgovori anketiranih družin, in sicer kakšen je njihov odnos z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu. Med tremi podanimi možnostmi (prijateljski odnos, profesionalni odnos in ne morem opredeliti), kar 68,9 % svojcev pravi, da imajo profesionalen odnos z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu, prijateljski odnos pa ima 20,6 % svojcev. Odnosa z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu pa ni moglo opredeliti 11,1 % vprašanih.



**Slika 9: Opredelitev odnosa z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu**

Na odprto vprašanje, kakšno vlogo ima diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu v družini, so anketiranci njeno vlogo največkrat opisali kot opravljanje negovalnih intervencij, sem pa spada zdravstvena nega novorojenčka, svojca, preveze ran, kontrole krvnega tlaka, idr. Nato so opisovali njeno vlogo kot zdravstvenovzgojno vlogo, sledi nudenje psihične opore, vez med zdravnikom in svojcem ter strokovnost. Rezultati so razvidni v tabeli 6.

**Tabela 6: Število odgovorov anketirancev o vlogi diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu**

Vloga patronažne sestre v družini	Število odgovorov
Opravljanje negovalnih intervencij (zdravstvena nega novorojenčka/svojca, preveze ran, kontrole krvnega tlaka, krvnega sladkorja, odvzem laboratorijskega materiala, aplikacija zdravil)	43
Zdravstveno vzgojno delo (poučevanje)	13
Psihična podpora	6
Vež med zdravnikom in svojcem	4
Profesionalnost in strokovnost	2

V tabeli 7 lahko vidimo, da imamo pri navedenih devetih trditvah zelo visoke povprečne vrednosti, ki se na lestvici od 1 do 5 (kjer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 5 pa se zelo strinjam) gibajo od PV=3,95 do PV=4,67. Minimalne vrednosti so pri nekaterih trditvah zelo visoke (3 ali 4). Anketirane družine pacientov se najbolj strinjajo s trditvijo, da je komunikacija z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu dobra. Prav tako se najbolj strinjajo s trditvijo, da diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu zaupajo. Pri dveh trditvah »Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu si poleg za svojca vzame čas tudi za vaše potrebe« in »Občasno bi si želeli skupne obiske diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu in osebnega zdravnika vašega svojca« smo dobili razliko v številu vzorca (N = 62). Obstaja možnost, da je kdo od anketirancev trditvi pozabil oceniti, vendar smo jih zaradi pomembnosti upoštevali.

**Tabela 7: Rezultati trditev, ocenjenih s strani anketirancev iz družin pacientov**

	N	Min	Max	PV	SO
Komunikacija z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu je dobra.	63	3	5	4,67	0,539
Diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu zaupate.	63	4	5	4,67	0,475
Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu ima dovolj znanja.	63	3	5	4,60	0,525
Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu vam nudi dovolj informacij.	63	3	5	4,60	0,555
Želite si, da bi vašega svojca obiskovala vedno ista diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu.	63	3	5	4,41	0,586
Obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so dovolj dolgi.	63	3	5	4,38	0,658

Pomembno je, da je diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu dosegljiva tudi izven delovnega časa.	63	1	5	4,14	0,998
Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu si poleg za svojca vzame čas tudi za vaše potrebe.	62	1	5	4,10	0,863
Občasno bi si želeli skupne obiske diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu in osebnega zdravnika vašega svojca.	62	1	5	3,95	0,965

N = število vzorca; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

### 3.4.3 Primerjave povprečij o pomoči svojcev pacientov in zadovoljstvu z diplomiranimi medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu

Test zanesljivosti je pokazal, da trditve pri diplomiranih medicinskih sestrah v patronažnem varstvu in pri svojcih pacientov dobro merijo pomembnost prisotnosti in sodelovanja družine pacientov in zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu (Cronbachova alfa > 0,700). Za primerjavo povprečij po demografskih značilnostih smo z Likertovo lestvico trditve združili v dve spremenljivki: Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev pri vprašalniku diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu in Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu pri vprašalniku družin pacientov.

Razlike v povprečjih o pomoči svojcev pri delu z diplomiranimi medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu glede na število obiskov, izobrazbo, delovno dobo v patronažni službi in glede na število obiskov, ki jih opravijo v patronažnem varstvu v enem delovnem dnevu, smo preverili s t-testom in z analizo variance (One-way ANOVA). Testi so nam pokazali, da se statistično značilne razlike med povprečji kažejo le pri dolžini delovne dobe v patronažnem varstvu ( $F = 3,492$ ,  $p = 0,025$ ). Diplomirane medicinske sestre, ki so v patronažnem varstvu zaposlene od 21 do 30 let, so mnenja, da sta prisotnost in sodelovanje svojcev v povprečju manj pomembni kot ostale diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

**Tabela 8: Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev glede na količino obiskov v enem delovnem dnevu**

	Obiski na dan		t-test	Stopnja značilnosti
	Do 6	Več kot 7		
Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev	4,28	4,24	0,276	0,784

**Tabela 9: Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev glede na izobrazbo**

	Izobrazba			F	Stopnja značilnosti
	Višja	Visokošolska	Univerzitetna		
Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev	4,17	4,20	4,33	0,609	0,549

**Tabela 10: Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev glede na delovno dobo v patronažnem varstvu**

	Zaposlenost v patronaži (v letih)				F	Stopnja značilnosti
	1-10 let	11-20 let	21-30 let	31 in več		
Pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev	4,38	4,28	<b>3,67</b>	4,00	3,492	<b>0,025</b>

S testi One-way ANOVA smo med družinami pacientov preverili tudi razlike v zadovoljstvu z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na spol, starost, pogostost obiska in glede na odnos svojcev pacientov z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu. Rezultati kažejo, da so statistično značilne razlike le glede na starost anketiranega svojca pacienta ( $p = 0,026$ ), in sicer med mlajšimi od 40 let ter starejšimi od 61 let.

**Tabela 11: Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na spol**

	Spol		t-test	Stopnja značilnosti
	moški	Ženski		
Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu	4,45	4,50	-0,466	0,643

**Tabela 12: Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na starost**

	Starost			F	Stopnja značilnosti
	Do 40 let	41 do 60 let	Nad 61 let		
Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu	<b>4,31</b>	4,38	<b>4,64</b>	3,869	<b>0,026</b>

**Tabela 13: Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na pogostost obiska**

	Pogostost obiska				F	Stopnja značilnosti
	1x/teden	3x/teden	1x/mesec	Občasno oz. po potrebi		
Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu	4,50	4,34	4,57	4,73	1,955	0,131

**Tabela 14: Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu glede na odnos z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu**

	Odnos z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu			F	Stopnja značilnosti
	profesionalni	prijateljski	Ne morem opredeliti		
Zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu	4,52	4,48	4,27	1,125	0,332

### 3.5 RAZPRAVA

Težišče zdravstvenega varstva se povsod po svetu in tudi v naši državi premika na primarno raven. Družinsko zdravje ali zdravje družine je pomembno pri oblikovanju močne in življenja polne družbe, zato v zdravstveni oskrbi in s tem tudi v zdravstveni negi usmerjenost k družini pridobiva pomen (Horvat, 2010, str. 47). Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu lahko in morajo obravnavati zdravega ali bolnega posameznika v njegovem družinskem okolju. Ljudje se rodijo in odraščajo, živijo in umirajo v družini. Družina je heterogena skupnost, ki se razlikuje po strukturi in velikosti, povezanosti med družinskimi člani, odnosih in načinu komuniciranja. Marsikomu je družina vir moči, nekoga drugega pa izčrpava bolj kot vsa druga področja življenja. V družini je človek deležen najbolj nežne skrbi in nege, a tudi najbolj trdih zahtev. Ob njej dobi dragocena darila in v njej doživi najhujše izgube (Šušteršič, 2008, str. 7).

Cilj naše raziskave je bil predstaviti vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v družini in sodelovanje družine pacientov z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu ter ugotoviti odnos družine do diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. V samem začetku raziskave, ki je bila usmerjena k diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu, smo ugotavljali, koliko delovne dobe imajo anketiranke na področju patronažnega varstva. Ugotovili smo, da je največ anketirank v patronažnem varstvu zaposlenih od 1 do 10 let. Ugotavljali smo tudi, koliko obiskov pacienta na njegovem domu povprečno opravijo anketiranke v enem delovnem dnevu. Več kot polovica anketirank v patronažnem varstvu naredi več kot sedem patronažnih obiskov. Iz tega lahko sklepamo, da je delovni normativ presežen in da se potrebe po diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu na terenu večajo. Nato smo ugotavljali razmerje med preventivnimi in kurativnimi patronažnimi obiski. Anketiranke so lahko obkrožile oba odgovora. Ugotovili smo, da prevladujejo kurativni obiski, kar smo tudi pričakovali. Prav takšen rezultat je pokazala tudi raziskava Zavrl Džananović (2010) v analizi poročil o delu patronažnega varstva v Sloveniji od leta 2000 do 2008. Omenjena analiza je pokazala, da se je v tem obdobju število kurativnih obiskov diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu na pacientovem domu konstantno povečevalo. Iz te analize lahko sklepamo, da se obseg dela v patronažnem varstvu večja.

Zanimalo nas je, kako je družina pacienta diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu lahko v pomoč pri njenem delu. Ugotovili smo, da precejšen delež anketirank meni, da je pacientova družina lahko dodaten vir informacij o pacientu. Takšen rezultat je pokazala tudi raziskava Benzein, Hagberg in Saveman (2008). Menijo, da medicinske sestre s pogovorom z družino pacienta pridobijo potrebne informacije. Ob obisku na domu se tako srečuje z velikim številom podatkov pri ugotavljanju stanj oz. razmer v družini, na osnovi katerih oblikuje negovalno diagnozo, načrtuje in izvaja zdravstveno nego ter jo vrednoti (Šušteršič, 2008). Ramšak Pajk (2011) ugotavlja, da diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu najpogosteje posluša pacienta v času izvajanja intervencij zdravstvene nege. Zelo pogosto pa posluša in komunicira s svojci ob odhodu, ko svojci spremijo diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu do izhoda in želijo pogovor ob odsotnosti pacienta oziroma njihovega svojca.

Ko smo anketiranke vprašali, ali svojcem pacienta ustrezajo, da določene stvari (npr. nošenje receptov, dvigovanje zdravil v lekarni idr.) urejajo namesto njih, jih je večina odgovorila z ne, iz česar lahko sklepamo, da se večina diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu zaveda svojih nalog in dolžnosti družinskih članov do svojcev.

Zanimalo nas je tudi, kako pogosto diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu obvešča osebnega zdravnika o pacientovem zdravstvenem stanju. Skoraj večina anketirank je odgovorila, da ob prvem obisku in vsaki spremembi zdravstvenega stanja. Menimo, da je dolžnost diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, da osebnemu zdravniku pacienta poda povratne informacije o njegovem zdravstvenem stanju.

Rezultati raziskave so pokazali, da diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu najpogosteje obiskujejo kronične paciente. Horvat (2010) meni, da so kronična stanja najpogostejši spremljevalec starejših oseb. Mnogo ljudi s kronično boleznijo ostaja na svojih domovih kljub resnim kroničnim stanjem. To pomeni, da bolezen stalno vpliva tudi na družinske člane. Prizadeta so številna področja v njihovem življenju in odnosi med njimi.

V raziskavi smo ugotovili, da večina anketirank meni, da čutijo potrebo, da stopijo v stik s pacientovo družino v situaciji, ko gre za paliativno oskrbo in rojstvo otroka. Tudi Smith in Porock (2009) sta v svoji raziskavi ugotovila, da so skoraj vse anketirane diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu menile, da se je v paliativno oskrbo potrebno vključiti že zelo zgodaj. S tem naj bi se že zgodaj začel razvijati zaupljiv odnos med družino, pacientom in diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu. Menijo, da ko je zaupljiv odnos dosežen, so lažje izpolnjene tudi pacientove želje in potrebe. Hkrati pa avtorja ugotavljata negativen odnos diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu do skrbi za umirajoče paciente. Za izboljšanje tega odnosa je bila ugotovljena potreba po usposabljanju in izobraževanju diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu.

Družinski člani imajo pogosto potrebo po empatiji, podpori in dobivanju informacij (Gjerberg, Førde in Bjørndal, 2011). Vse to pa vodi v terapevtski odnos med družinami pacientov in diplomiranimi medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu. Rezultati naše raziskave o odnosih anketirank z družinami pacientov so pokazali, da ima večina

anketirank z družinami terapevtski odnos, sledi prijateljski odnos, kar nekaj anketirank pa svojega odnosa s pacientovimi družinami ni moglo opredeliti.

Robinsonova (2011) trdi, da je poglavitna vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in poučevanje pacientov. To trditev potrjuje tudi naša raziskava, saj je največ anketirank prav tako opisalo svojo vlogo. Nekaj anketirank je zapisalo, da je njihova vloga izvajanje negovalnih intervencij, nekaj jih nudi psihično oporo in vez med zdravnikom ter svojcem, izvaja nadzor nad zdravstvenim stanjem. Nekatere izmed anketirank pa opisujejo svojo vlogo v družini kot vlogo zaupnice in zagovornice pacientov.

Iz trditev, ki so se nanašale na družine pacientov, lahko vidimo, da se diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v povprečju najbolj strinjajo s trditvijo, da je pacientova družina pomemben člen patronažne zdravstvene nege. Sledi trditev, da si želijo ob prvih obiskih pacienta prisotnost družinskih članov, nato sledil trditev, da je sodelovanje z družino dobro. Sledijo še trditve, da jim pacienti in njihove družine zaupajo. Pomembna jim je prisotnost družinskega člana pri zdravstvenovzgojnem delu pacienta in upoštevanje njihovih nasvetov, ki jih poda pacientu in njegovi družini. Najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da imajo dovolj znanja iz veščin komunikacij za obvladovanje specifičnih situacij v družini, kot so nezaupanje, strah, konfliktni pacienti/svojci, agresivni pacienti/svojci. Tudi sedanje raziskave so pokazale stalne primanjkljaje v komunikaciji med zdravstvenimi delavci in pacienti ter njihovimi družinami (Cohen Fineberg, Kawashima, Asch, 2011).

V naši raziskavi smo se osredotočili tudi na družine pacientov. Sodelovalo je 63 družin, med vprašanimi v družinah je bilo največ partnerjev pacientov, sledili so sinovi in hčere ter matere novorojenčkov, ki jih obiskuje diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu. Ugotavljali smo, kako so družine pacientov prišle v stik z diplomirano medicinsko sestro. Rezultati so pokazali, da preko osebnega zdravnika svojca. Iz tega lahko sklepamo, da diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu opravi večinoma kurativne patronažne obiske. Ta podatek lahko primerjamo že z našimi ugotovitvami v tej raziskavi, ko smo ugotavljali razmerje med preventivnimi in kurativnimi patronažnimi obiski. Ugotovili smo, da so obiski v večjem deležu kurativne narave. Najdaljše obdobje obiskovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu anketirane družine pacienta je 6 let.



Nato smo ugotavljali, kako pogosto jih diplomirane medicinske sestre obiskujejo. V največji meri obiskujejo paciente enkrat do trikrat na teden, najpogosteje pa kronično bolne svojce. Horvat (2010) meni, da imajo starostniki z več kroničnimi boleznimi hkrati zaradi svoje visoke ogroženosti kompleksne zdravstvene in socialne potrebe. Vse to pa zahteva tudi intenzivne aktivnosti patronažnih medicinskih sester, ki morajo potekati neprekinjeno. Pacienta spremljajo na proaktivnih obiskih na domu, ki jim morajo nameniti dovolj časa.

Zanimalo nas je, kako pogosto so svojci pacienta prisotni ob obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Rezultati so pokazali, da je več kot polovica svojcev vedno prisotna ob obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Iz tega lahko sklepamo, da se svojci vključujejo v zdravstveno nego in sodelujejo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu. Menimo, da se ob prisotnosti in sodelovanju svojcev lahko izmenja veliko koristnih informacij o pacientu in njegovih potrebah. Ne smemo pa pozabiti, da se prav tako ugotavljajo potrebe pacientove družine. Gillespie in Chambel (2011) pravita, da sta pomoč pacientovi družini ter prepoznavanje potreb družine ključna za zagotavljanje trajne oskrbe svojca.

Tako kot smo spraševali diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu o njihovem odnosu s pacientovo družino, smo tudi družine pacientov spraševali o njihovem odnosu z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu. Rezultati so nam tudi tukaj pokazali, da imajo anketirane družine z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu profesionalen odnos. Druge študije so pokazale, da so odnosi med zdravstvenim osebjem in družinami pacientov pogosto prežeti s problemi in izzivi (Gjerberg, Førde in Bjørndal, 2011).

Vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so anketirane družine opisale kot opravljanje negovalnih intervencij (zdravstvena nega novorojenčka/svojca, preveze ran, kontrole krvnega tlaka idr.). Sledila je zdravstvenovzgojna vloga. Vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so opisali tudi kot nudenje psihične opore in vez med zdravnikom in svojcem. Če rezultate primerjamo z rezultati anketiranih diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu, lahko vidimo, da so si odgovori precej podobni. Iz teh rezultatov lahko sklepamo, da družine pacientov z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu dobro sodelujejo in da diplomirane medicinske sestre svoje delo opravljajo strokovno.

Iz trditev, ki so se nanašale na diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu, lahko vidimo, da se anketirane družine najbolj strinjajo s trditvijo, da je komunikacija z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu dobra, enakovredno ji sledi trditev, da diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu zaupajo. Zaupanje je osrednji pojem vsakega poglobljenega komunikacijskega procesa in zdi se, da je ravno pomanjkanje zaupanja tisto, kar v današnjem svetu najbolj ogroža odnose v zdravstvu in v javnem življenju nasploh (Ule, 2006). Da svojci diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu zaupajo, lahko sklepamo tudi po tem, da je minimalna vrednost pri trditvi, če bi si občasno želeli skupne obiske diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu in osebnega zdravnika, zelo nizke.

Ko smo ugotavljali razlike v povprečjih v spremenljivki: pomembnost prisotnosti in sodelovanja svojcev v vprašalniku, namenjenemu diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu, smo opazili, da se z dolžino zaposlitve v patronažnem varstvu niža povprečje glede mnenja o pomembnosti prisotnosti in sodelovanja svojcev pri njihovem delu.

Med anketiranimi družinami pacientov smo ugotavljali statistične razlike v spremenljivki: zadovoljstvo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu. Raziskava je pokazala, da se statistične razlike kažejo le glede na starost anketiranega svojca pacienta. Opazili smo, da s starostjo anketiranih svojcev pacientov rahlo raste tudi povprečje glede zadovoljstva z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu.

Iz rezultatov lahko sklepamo, da so diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu družine pacientov v pomoč pri njenem delu. Zanje so precej pomembni prisotnost družine ob njihovih obiskih pacienta, sodelovanje in dobri odnosi z družinami pacientov.

Kot smo že omenili, rezultati naše raziskave kažejo na to, kakšno vlogo ima diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu v družini. Tako anketirane diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu kot anketirane družine pacientov patronažnega varstva Zdravstvenega doma Radovljica menijo, da je njihova vloga strokovna v smislu izvajanja negovalnih intervencij, poučevanja in zdravstvene vzgoje, je vez med zdravnikom in svojcem ter nudi psihično oporo. Rezultati naše raziskave so

nas pripeljali do sklepa, da anketirane družine pacientov patronažnega varstva Radovljica diplomirani medicinski sestri, ki obiskuje njihove svojce na domu, zelo zaupajo. Zelo so zadovoljni tudi s komunikacijo z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu, njeno strokovnostjo in njenim nudenjem informacij. Pri pregledu literature smo ugotovili, da se družinska zdravstvena nega razvija. O tem pišejo tudi Martin, Johnston, Duffy, Atkison, Banks in C. Martin (2010, 2011) v projektu Zdravstvena nega v družinah Mednarodne družinske zdravstvene nege, kjer sodelujejo nekatere države Evropske unije, med njimi tudi Slovenija. Avtorji Martin, Johnston, Duffy, Atkison, in C. Martin (2010) ugotavljajo, da številne države v Evropi imajo veliko izkušenj pri razvoju in zagotavljanju družinske zdravstvene nege. Namen tega projekta, ki še vedno traja, je razviti in deliti akademska in praktična znanja na osnovi programov za pripravo Družinske zdravstvene nege v Evropi, ki bo temeljila na dogovorjenem obsegu prakse, znanj, kompetenc in usposabljanj.

Med raziskavo nismo naleteli na večje omejitve. Mogoče smo pri odprtem vprašanju obeh anketiranih populacij, ko smo ju spraševali o vlogi diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v družini, pričakovali drugačne odgovore. Večina anketirancev je opisovala vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu kot opravljanje negovalnih intervencij. Nekaj anketirancev pa je opisalo vlogo diplomiranih medicinskih sester kot vlogo zaupnice, zagovornice, psihično podporo. Želeli smo si več takih odgovorov v smislu, da bi pridobili več konkretnih, širših pogledov anketirancev in informacij o tem, kakšna je vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. V prihodnje bi morali v raziskavi uporabiti npr. metodo intervjuja, kjer je pristop bolj oseben, s tem bi pridobili širše mnenje in tudi večjo primerjavo med anketiranci.

## 4 ZAKLJUČEK

Kronični pacienti, staranje prebivalstva, zmanjševanje ležalnih dob v bolnišnici, želja po preživetju zadnjih trenutkov življenja v domačem okolju, vse to in še več je razlog, da večino teh pacientov na njihovem domu obiskuje diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu. Njena vloga je odgovorna in se razlikuje glede na potrebe posameznika. Ker pa vstopa v pacientov dom, v njegov osebni prostor, kjer živi tudi njegova družina, se njena vloga še bolj poveča. Čeprav je v ospredju posameznik, mora diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu obravnavati vso družino v smislu ocenjevanja, zadovoljevanja in prilagajanja njihovih potreb. Pomembno je, da pozna odnose v družinah, je nepristranska in poštena ter zagovornica pacientov in njihovih družin. Dosegli smo cilje raziskovalne naloge. Ugotovili smo, kakšna je vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v pacientovi družini in dober odnos ter dobro sodelovanje anketiranih družin pacientov patronažnega varstva Radovljica z diplomiranimi medicinskimi sestrami. V sklopu pregleda tuje in domače literature ter naše raziskave nam ostaja odprti problem: diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so izpostavile problem glede pomanjkanja znanj s področja komuniciranja v specifičnih situacijah, kot so nezaupanje, strah, konfliktna situacije idr. Kot možnost za rešitev tega problema predlagamo obisk treninga asertivne komunikacije. Samozavestna in profesionalna komunikacija je pogoj za izgradnjo zaupljivega odnosa med diplomiranimi medicinskimi sestrami in družinami pacientov. V prihodnosti bi lahko izvedli raziskave s področja komunikacije med diplomiranimi medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu, pacienti ter njihovimi družinami. Tako bi lahko natančneje ugotovili, kje točno v komuniciranju prihaja do neznanja.

Potrebe po izobraževanju s področja patronažne zdravstvene nege se povečujejo. Na visokih šolah za zdravstveno nego je del predmeta zdravstvene nege namenjen patronažnemu varstvu, vendar menimo, da premalo. Ker je vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu zelo odgovorna, delo razgibano in zahteva znanja iz različnih področij bi si v prihodnosti želeli več pozornosti na pedagoškem področju namenjenemu patronažni zdravstveni negi. Prepričani smo, da poleg že pridobljenega znanja, dodatno učenje in znanje višata in razvijata kakovost zdravstvene nege, zadovoljstvo in dobre odnose med pacienti in njihovimi družinami.

## 5 LITERATURA

Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

Allender J. A, Rector C, Warner K, Setting the Stage for Community Health Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010: 47-53.

Baid H, Bartlett C, Gilhooly S, Illingworth A, Winder S. Advanced physical assessment: The role of the district nurse. Nurs Stand. 2009; 23(35): 41-6. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=530&accno=2010278480> (27. 3. 2012).

Barrett A , Latham D, Levermore J. Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. Br J Community Nurs. 2007; 12(10): 442-8. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1806&accno=2009697413> (27. 3. 2012).

Benzein EG, Hagberg M, Saveman B. 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. Nurs Inquiry. 2008; 15(2): 106-15. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=912&accno=2009987678> (25. 8. 2011).

Berčan M, Pajnkihar M. Starostnik in bivanje – vidik patronažne medicinske sestre. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, eds. Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo 8. kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2011 Maj 12-14; Maribor; Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 143-47.

Cohen Fineberg I, Kawashima M, Asch SM. Communication with Families Facing Life-Threatening Illness: A Research-Based Model for Family Conferences. J Palliat Med.

2011; 14(4): 421-7. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1935&accno=2011000729> (8. 8. 2011).

Cooley M. A Family Perspective in Community/Public Health Nursing. In: Maurer F., Smith C. Community/Public Health Nursing Practice: Health for families and populations. 4th ed. United States: Saunders; 2009: 327-44.

Davies T. Bereavement care: the role of the DN? J Community Nurs. 2011; 25(6): 12-5. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1869&accno=2011347728> (27. 3. 2012).

Dickinson C, Gough H, Bain H. Meeting the policy agenda, part 1: The role of the modern district nurse. Br J Community Nurs 2011; 16(10): 495-500. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1806&accno=2011439964> (27.3.2012).

Dumič D, Pajnkihar M, Brumen M. Humana obravnava in vzajemno sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom med prvim srečanjem. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temeljna zdravstvene in babiške nege - 1. Simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo: Zbornik predavanj in posterjev; 2006 Sept 21; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor; 2006: 61-6.

Doss S, DePascal P, Hadley K. Patient-Nurse Partnerships. Nephrol Nurs J. 2011; 38(2): 115-24. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1796&accno=2010976026> ( 8. 8. 2011).

Eyre S. Supporting informal carers of dying patients: the district nurse's role. Nurs Stand. 2010; 24(22): 43-8. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=530&accno=2010569725> (8. 8. 2011).

Gamse J. Bolnik z demenco v družini. In: Mencej M, eds. Bolezni in sindromi v starosti. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 2009: 57-64.

Gillespie D, Campbell F. Effect of stroke on family carers and family relationships. Nurs Stand. 2011; 26(2): 39-46. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=530&accno=2011296330> (27. 3. 2012).

Gjerberg E, Førde R, Bjørndal A. Staff and family relationships in end-of-life nursing home care. Nurs Ethics. 2011; 18(1): 42-53. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=863&accno=2010930018> (27. 3. 2012).

Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.

Hancock C. Medicinske sestre za družine in za zdrav narod. Obzor Zdr N. 2002; 36 (3): 183-87.

Hlebec V, Kavčič M, Filipovič Hrast M. Socialna izključenost starih ljudi: študija z integracijo metod. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, eds. Na dokazih podprta znanstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj - 4. Mednarodna znanstvena konferenca Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice: Zbornik predavanj z recenzijo; 2011 Jun 9-10; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 56-65.

Horjak M. Patronažna medicinska sestra in profesionalna etika [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.

Horvat M. Vloga patronažna službe v kontinuirani zdravstveni negi pacienta. In: Kavaš E, Zrim M, eds. Kakovostna zdravstvena nega za varnost pacientov: Zbornik 2007; 2008 Jan; Murska Sobota, Slovenija. Murska Sobota: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Pomurja; 2008: 39-43.

Horvat M. Zdravstvena in babiška nega v primarnem zdravstvenem varstvu v nenehnem spreminjanju – smo še » prijatelji varovancev «? In: Kvas A, Klemenc D, Keršič

Ramšak I, eds. Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri ... ob 80. letnici delovanja medicinskih sester v ljubljanski regiji – Zbornik; 2007 Nov 27; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2007:113-24.

Horvat M. Patronaža in starostniki. In: Petek D, Kopčavar Guček N, eds. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini - 35. Srečanje delovnih skupin - Zbornik predavanj; 2009 Maj 22-23; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine; 2009: 99-103.

Horvat M. Zdravstvena obravnava pacienta s kronično boleznijo – obravnava na primarnem nivoju v patronažni dejavnosti. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, eds. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji - 12. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije: zbornik predavanj z recenzijo; 2010 Maj 12; Portorož, Slovenija. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; 2010: 45-52.

Johnston B, Duffy T, Martin P, Atkinson J, Martin C, Banks P. The progress of an International collaborative project to promote Family Health Nursing. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, eds. Na dokazih podprta znanstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo 4. Mednarodne znanstvene konference Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice; 2011 Junij 9-10; Ljubljana; Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 167-75.

Kersnik J. Osnove družinske medicine. Maribor: Medicinska fakulteta; 2007.

Martin P, Johnston B, Duffy T, Atkinson J, Martin C. Nursing in Families Project – Projekt Zdravstvena nega v družinah. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Zorc J, Hvalič Touzery S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju



temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo 3. Mednarodne znanstvene konference s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu; 2010 September 16-17; Ljubljana; Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 90-101.

McGinnes A, Easton S, Williams J, Neville J. The role of the community stroke rehabilitation nurse. *Br J Nurs.* 2010; 19(16): 1033-8. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=596&accno=2010779750> (8. 8. 2011).

Metlikovič B. Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi na domu. In: Lunder U. Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice - Zbornik srečanja; 2011 Feb 3; Ljubljana, Slovenija. Bolnišnica Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 15-9.

Milavec Kapun M.: Kontinuirana zdravstvena nega z vidika patronažne medicinske sestre. In: Skela Savič B, Milavec Kapun M, Ostrožnik v, eds. » Med bolnišnico in domom« Izziv medicinski sestri za kontinuirano onkološko zdravstveno nego - 33. Strokovni seminar; 2006 Sep 28-29; Rogla, Slovenija. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2006: 11-9.

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list republike Slovenije št. 19/1998, 47/98, 26/2000, 67/2001, 33/2002 37/2003, 117/2004 in 31/2005. Dostopno na: [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis\\_NAVO59.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r09/predpis_NAVO59.html) (8. 8. 2011).

Pajnkihar M, Lahe M. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temeljna zdravstvene in babiške nege - 1. Simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo: Zbornik predavanj in posterjev; 2006 Sept 21; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor; 2006: 31-4.

Ramšak Pajk J. Partnerstvo in komunikacija kot izziv patronažni zdravstveni negi. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, eds. Na dokazih podprta znanstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj - 4. Mednarodna znanstvena konferenca Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice: : Zbornik predavanj z recenzijo; 2011 Jun 9-10; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 652-7.

Robinson F. The role of the district nurse. Practice Nurse. 2011; 41(8): 30-31. Dostopno na: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=buh&AN=60807990&lang=sl&site=bsi-live> (6. 3. 2012).

Satler T. Patronažna medicinska sestra in socialna dejavnost [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2010.

Skela Savič B, Zorc J, Hvalič Touzery S. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. Obzor Zdr N. 2010; 44 (2): 89-100.

Smith R, Porock D. Caring for people dying at home: a research study into the needs of community nurses. Int J Palliat Nurs. 2009; 15(12): 601-8. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=1252&accno=2010523985> (27. 3. 2012).

Straughair C. Safeguarding vulnerable adults: the role of the registered nurse. Nurs Stand. 2011; 25(45): 49-56. Dostopno na: <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=530&accno=2011217250> (27. 3. 2012).

Šušteršič O. Družina kot subjekt v patronažni zdravstveni negi. Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka – 3. strokovno srečanje; 2008 Nov 4; Žalec, Slovenija. Žalec: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester; 2008: 7-14.

Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternej A, Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzor Zdr N.* 2006; 40 (4): 247-52.

Ule M. Spregledana razmerja; vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temeljna zdravstvene in babiške nege - 1. Simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo: Zbornik predavanj in posterjev; 2006 Sept 21; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor; 2006: 15-9.*

Urbančič K. Medicinske sestre in skrb za družine. *Obzor. Zdr N* 2002; 36 (3): 125-27.

Zavrl Džananović D. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzor Zdr N.* 2010; 44 (2): 117-25.

Zaletel – Kragelj, Eržen I, Premik M. *Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007: 87-93.*

## 6 PRILOGA

### 6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK I.

ANKETNI VPRAŠALNIK ZA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNEM VARSTVU:

Lepo pozdravljeni!

Moje ime je Katja Kobal, sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu in njena vloga v družini. Vaši odgovori, mi bodo pomagali pri izdelavi diplomskega dela. Anketni vprašalnik je anonimen, podatki bodo služili izključno za izdelavo diplomskega dela. Za sodelovanje se vam lepo zahvaljujem.

Na vprašanja odgovorite tako, da obkrožite črko pred odgovorom, ki vam ustreza, ali odgovor dopišite na črto.

#### 1. Koliko let ste zaposleni v patronažnem varstvu?

- a) 1-10 let
- b) 11-20 let
- c) 21-30 let
- č) 31 let in več

#### 2. Izobrazba

- a) Višja
- b) Visokošolska
- c) Univerzitetna

#### 3. Povprečno koliko patronažnih obiskov naredite v enem delovnem dnevu?

- a) Do 6
- b) Več kot 7

**4. Ali so obiski preventivni/kurativni?**

- a) Preventivni
- b) Kurativni

**5. Kako vam pri vašem delu lahko pomaga pacientova družina?**

- a) Pomoč pri negovalnih intervencijah
- b) So dodaten vir informacij o pacientu
- c) Drugo (dopišite) \_\_\_\_\_

**6. Svoji pacienta večkrat zahtevajo od diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, da ureja določene stvari namesto njih (nošenje receptov, dvigovanje zdravil v lekarni ...). Ali jim ustrezete?**

- a) Vedno
- b) Občasno
- c) Nikoli

**7. Kako pogosto obveščate osebnega zdravnika o pacientovem stanju?**

- a) Ob prvem obisku in vsaki spremembi zdravstvenega stanja
- b) Ob vsakem obisku
- c) Redko, ker za to zadolžim pacientove svojece,

**8. Katero populacijo pacientov najpogosteje obiskujete?**

- e) Novorojenčke in otročnice
- f) Kronične bolne paciente
- g) Ca paciente
- h) Starostnike

**9. V kakšnih situacijah se čutite še posebej potrebne, da pridete v stik s pacientovo družino?**

- a) Rojstvo otroka
- b) Paliativna oskrba
- c) Socialna problematika
- d) Kronična bolezen

**10. Kakšen je vaš odnos z družinami, ki jih obiskujete že daljše obdobje?**

- a) Prijateljski odnos
- b) Terapevtski odnos
- c) Ne morem opredeliti

**11. Kakšna je vaša vloga kot diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v družini? (prosim na kratko opišite).**

---

---

---

---

V tabeli je navedenih nekaj trditvev. Pri vsaki trditvi naredite znak (x) v prostorček pod izbrani odgovor. Prosim, da izberete kateri koli odgovor glede na vaše strinjanje s posamezno trditvijo.

TRDITVE	ODGOVORI				
	SE ZELO STRINJAM.	SE STRINJAM.	SE NE MO-REM ODLO-ČITI.	SE NE STRINJAM.	SE SPLOH NE STRINJAM.
1. Želite si, da so ob prvih obiskih prisotni družinski člani.					
2. Pacientova družina je pomemben člen patronažne zdravstvene nege.					
3. Za vas je pomembno, da je pri zdravstvenovzgojnem delu / obravnavi pacienta prisoten član družine.					
4. Sodelovanje z družino je dobro.					
5. Pacienti in njihove družine vam zaupajo.					
6. Menite, da imate dovolj znanja iz veščin komunikacije za obvladovanje specifičnih situacij v družini (nezaupanje, strah, konfliktni pacienti/svojci, agresivni pacienti/svojci).					
7. Pacient in njegovi svojci upoštevajo vaše nasvete.					

## 6.2 ANKETNI VPRAŠALNIK II.

### ANKETNI VPRAŠALNIK ZA DRUŽINE PACIENTOV PATRONAŽNEGA VARSTVA RADOVLJICA:

Lepo pozdravljeni!

Moje ime je Katja Kopal, sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu in njena vloga v družini. Vaši odgovori, mi bodo pomagali pri izdelavi diplomskega dela. Anketni vprašalnik je anonimen, podatki bodo služili izključno za izdelavo diplomskega dela. Za sodelovanje se vam lepo zahvaljujem.

Na vprašanja odgovorite tako, da obkrožite črko pred odgovorom, ki vam ustreza, ali odgovor dopišite na črto.

1. **Spol:** a) moški b) ženski
2. **Sorodstveno razmerje:** \_\_\_\_\_
3. **Kako ste prvič prišli v kontakt z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu?**
  - a) Preko osebnega zdravnika
  - b) Patronažno medicinsko sestro ste poiskali sami
  - c) Patronažna medicinska sestra nas je obiskala sama
4. **Kako pogosto vas obiskuje diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu?**
  - a) Vsak dan
  - b) Enkrat na teden
  - c) Trikrat na teden
  - d) Enkrat na mesec



e) Občasno oziroma po potrebi

**5. Kateri so razlogi, da vas obiskuje diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu?**

- a) Nepokreten svojec
- b) Kronično bolan svojec
- c) Umirajoč svojec
- d) Socialna problematika
- e) Novorojenček

**6. Kako pogosto ste prisotni ob obiskih diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu?**

- a) Vedno
- b) Občasno
- c) Nikoli

**7. Koliko časa diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu obiskuje vašo družino? (prosim napišite) \_\_\_\_\_**

**8. Kakšen je vaš odnos z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu?**

- a) Profesionalni
- b) Prijateljski
- c) Ne morem opredeliti

**9. Kakšno vlogo ima diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu v vaši družini? (prosim na kratko opišite)**

---

---

V tabeli je navedenih nekaj trditvev. Pri vsaki trditvi naredite znak (x) v prostorček pod izbrani odgovor. Prosim, da izberete kateri koli odgovor glede na vaše strinjanje s posamezno trditvijo.

	TRDITVE	ODGOVORI				
		SE ZELO STRI- NJAM.	SE STRI- NJAM.	SE NE MO- REM ODLO- ČITI.	SE NE STRI- NJAM.	SE SPLOH NE STRI- NJAM.
1.	Želite si, da bi vašega svojca obiskovala vedno ista diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu.					
2.	Diplomirani medicinski sestri v patronažnem varstvu zaupate.					
3.	Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu ima dovolj znanja.					
4.	Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu vam nudi dovolj informacij.					
5.	Komunikacija z diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu je dobra.					
6.	Obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so dovolj dolgi.					
7.	Pomembno je, da je diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu dosegljiva tudi izven delovnega časa.					
8.	Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu si poleg za svojca vzame čas tudi za vaše potrebe.					
9.	Občasno bi si želeli skupne obiske diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu in osebnega zdravnika vašega svojca.					