



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

PROMOCIJA ZDRAVJA SKOZI VIDIK MEDGENERACIJSKEGA SODELOVANJA

Mentorica: doc. dr. Brigita Skela Savič
Somentorica: doc. dr. Joca Zurc

Kandidatka: Vesna Kondić

Jesenice, julij, 2012

ZAHVALA

Z iskrenim spoštovanjem se zahvaljujem mentorici doc. dr. Brigiti Skela Savič in somentorici doc. dr. Joci Zurc za sprejeto mentorstvo, pomoč, trud, napotke in veliko potrpežljivosti pri izdelavi mojega diplomskega dela.

Za možnost izvajanja raziskovalnega dela diplomskega dela se zahvaljujem zdravstveni ustanovi OZG OE Zdravstveni dom Kranj.

Iskreno se zahvaljujem tudi svoji družini za ves trud in podporo v času študija in pisanja diplomskega dela.

Hvala tudi vsem ostalim, ki so kakorkoli pripomogli k nastanku tega diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravje je ena naših največjih vrednot. Pri preprečevanju bolezni in ohranjanju zdravja pa imata veliko vlogo promocija zdravja in diplomirana medicinska sestra, ki jo izvaja.

Cilj: Cilj diplomskega dela je proučiti učinkovitost programov promocije zdravja s poudarkom na vidiku medgeneracijskega sodelovanja.

Metoda: Uporabili smo empirično neeksperimentalno metodo kvantitativnega raziskovanja. Podatki so bili zbrani na vzorcu s pomočjo anketnega vprašalnika in ček liste ter obdelani s statističnim programom SPSS verzije 18.0 ($p = <0,05$). Raziskovalni vzorec je bil nenaključen in namenski ter predstavljen s frekvencami, pripadajočimi odstotki, povprečnimi vrednostmi in standardnimi odkloni. Primerjava v proučevanih odvisnih spremenljivkah pa je bila narejena s hi-kvadrat testom (0,496). Raziskava je bila izvedena v OZG OE Zdravstveni dom Kranj na vzorcu 60 preiskovancev (65,0 % ženskih in 35,0 % moških), povprečne starosti med 22 in 35 let.

Rezultati: Udeleženci menijo, da so mladi pomembni za našo družbo (PV = 4,3) in da je program Šola za starše primernejši (PV = 4,0), saj se je povprečna ocena statistično pomembno ($p = 0,012$) razlikovala od programa Šola zdravega hujšanja (PV = 3,5). Udeleženci so navedli, da zaupajo diplomirani medicinski sestri z 10 let delovne dobe (31,7 %) in si želijo poučevanje s strani starejše diplomirane medicinske sestre (PV = 3,6). Rezultati prikazujejo (100 %), da je najbolj kakovostno delovala skupina, ki jo je vodila diplomirana medicinska sestra mlajše starosti od udeležencev.

Razprava: Rezultati raziskave kažejo, da smo mladi pomembni za našo družbo in da je medgeneracijsko sodelovanje danes nujno potrebno. Udeleženci so navedli, da najbolj zaupajo diplomiranim medicinskim sestram z vsaj 10 let delovne dobe in več, torej bolj zaupajo starejšim MS. Pokazalo se je tudi, da je ne glede na želje udeležencev po starejši diplomirani medicinski sestri, najbolj kakovostno delovala diplomirana medicinska sestra mlajše starosti od udeležencev.

Ključne besede: zdravstvena vzgoja, staranje, starejši, diplomirana medicinska sestra

ABSTRACT

Background: Health is one of our most important values. Health promotion activities carried out by nurses play a great role in preventing illnesses and maintaining health.

Objective: The goal of this diploma thesis is to research the efficiency of health promotion programmes with a focus on intergenerational cooperation.

Method: Empirical, non-experimental method of quantitative research was employed. Data was collected using a questionnaire and a checklist on a sample of respondents, and consecutively processed with statistical package SPSS version 18.0 ($p = <0.05$). The examined non-random and purposive sample was presented on the basis of frequencies with respective percentages, mean values and standard deviations. Selected variables were examined using chi-square test (0.496). The research was conducted at the Primary Health Care of Gorenjska - Community Health Centre Kranj on a sample of 60 respondents, of which 65.0% were females and 35.0% were males. The majority of respondents were aged 22 to 35 years (65.0%).

Results: Respondents feel that young people are important for the society ($M=4.3$; the maximum average agreement). They also believe that the program for future parents bears more weight ($M=4.0$) compared to the program for healthy weight loss ($M=3.5$) because the difference in scores was statistically significant ($p=0.012$). Respondents mostly trust a nurse with at least 10 years working experience (31.7%) and would prefer more experienced nurses to instruct them ($M=3.6$). Results have revealed (100%) that health promotion programmes led by registered nurses who were younger than the participants were higher in quality compared to other programmes.

Discussion: Respondents believe that intergenerational cooperation has become absolutely necessary. They expressed highest trust in nurses with at least 10 years working experience, which means that they have more trust for older (more experienced) nurses. The results have also shown that, despite the respondents' desire for experienced nurses, the most effective health promotion programmes were those with younger nurses educating older participants.

Key words: health education, aging, elderly, nurse

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 STAROST IN STARANJE PREBIVALSTVA.....	2
2.2 PROMOCIJA ZDRAVJA	3
2.2.1 Promocija zdravja pri starostnikih	8
2.3 MODEL MEDGENERACIJSKEGA SODELOVANJA V PROMOCIJI ZDRAVJA	13
3 EMPIRIČNI DEL.....	16
3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA	16
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	17
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	18
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	18
3.3.2 Opis instrumentarija	20
3.3.3 Opis vzorca.....	21
3.3.4 Opis obdelave podatkov.....	23
3.4 REZULTATI	24
3.5 RAZPRAVA	32
4 ZAKLJUČEK	36
5 LITERATURA	38
6 PRILOGE.....	44
6.1 INSTRUMENT.....	44
6.1.1 Vprašalnik	44
6.1.2 Ček lista.....	47

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opis vzorca	22
Tabela 2: Poznavanje pomena medgeneracijskega sodelovanja	24
Tabela 3: Stališča do medgeneracijskega sodelovanja v promociji zdravja.....	26
Tabela 4: Dve starostni skupini preiskovancev	27
Tabela 5: Kateri diplomirani medicinski sestri sestri bolj zaupate pri promociji zdravja?	27
Tabela 6: Stopnja zaupanja diplomiranim medicinskim sestram glede na njihovo delovno dobo s stališča dveh starostnih skupin preiskovancev	28
Tabela 7: Katera diplomirana medicinska sestra je po navedbah preiskovancev najbolj zaželen?	28
Tabela 8: Stališča do programov promocije zdravja glede na vidik medgeneracijskega sodelovanja	29
Tabela 9: Kakovost izvajanja programa promocije zdravja	30
Tabela 10: Kakovost izvajanja programa promocije zdravja glede na starostno razmerje med diplomirano medicinsko sestro in udeleženci.....	31

1 UVOD

Strokovnjaki so prišli do spoznanj, da sta življenjski slog in zdravje tesno povezana ter da je za doseganje najvišje možne stopnje zdravja treba vplivati na nezdrav način življenja (Green in Tones, 2004).

Staranje prebivalstva je v porastu. Zdravo staranje postaja vse bolj pomembno v nacionalnem in evropskem prostoru (Healthproeldery, 2009). Naša družba stremi k temu, da bodo starostniki v čim boljšem fizičnem, psihičnem stanju in da bi bila njihova starost kvalitetna. Pri tem ima velik pomen promocija zdravja.

V opisih poklicnih kompetenc zdravstvenih in drugih predpisov republike Slovenije je navedeno, da so diplomirane medicinske sestre kompetentne za promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravjem, kot tudi za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za doseganje, ohranjanje in krepitev zdravja. Poleg promocije zdravja pa so kompetentne še za učenje in izobraževanje pacientov, da bodo razumeli povezavo med načinom življenja in zdravjem (Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008).

Zadnje čase se veliko govori o medgeneracijskem sodelovanju v promociji zdravja. Zdravje je namreč možno promovirati med generacijami (Ramovš, 2003). Medgeneracijsko sodelovanje je sodelovanje med starejšimi (60 let in več) in mlajšimi (21 let in manj). Medgeneracijsko sodelovanje lahko pomaga generacijam, da je skupni učinek boljši (Kump in Jelenc Krašovec, 2010).

Namen diplomskega dela je proučiti značilnosti in učinkovitost programov promocije zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja. V teoretičnem delu bomo predstavili pojme starost in staranje prebivalstva, promocija zdravja in medgeneracijsko sodelovanje. Z empirično raziskavo pa želimo proučiti učinkovitost programov promocije zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 STAROST IN STARANJE PREBIVALSTVA

Staranje prebivalstva je novejši demografski pojav, ki je nastopil kot stranski učinek razvoja moderne industrijske družbe. V dvajsetem stoletju tako zasledimo specifičen pojav - smrtnost prebivalstva se je znižala. Zniževanju umrljivosti je kmalu sledilo hitro zmanjševanje števila rojstev, kar je sprožilo proces staranja prebivalstva (Šircelj, 2009).

Pod vplivom razvojnih sprememb v moderni dobi sta se izboljšala življenjski standard ljudi in zdravstvene razmere, kar je vplivalo na manjšo umrljivost in podaljševanje življenjske dobe. Staranje prebivalstva je že zajelo sodobne zahodne industrializirane družbe, vedno bolj pa vpliva tudi na mnoge države v razvoju (Bongaarts in Zimmer, 2002).

Število starejšega prebivalstva se v svetu letno poveča za 2,6 % in narašča hitreje kot pri ostalih starostnih skupinah prebivalstva. Statistika Organizacije združenih narodov (OZN) napoveduje, da se bo delež starejših od 60 let v naslednjih desetletjih dramatično povečal, z 11 % svetovne populacije v letu 2009 na 22 % v letu 2050. Rezultati za Slovenijo kažejo, da se je v zadnjih stopetdesetih letih delež 65 in več let starega prebivalstva pri nas povečal skoraj za trikrat (Skela Savič, Zurc in Hvalič Touzery, 2010).

Pri obravnavi starostnika se moramo zavedati, da starost in staranje nista bolezen, temveč le programiran fiziološki proces, ki je zapisan v dedni zasnovi (Pečjak, 2007). Poznamo več vidikov staranja populacije. Prvi izmed njih je demografski vidik. Dejstvo je, da se prebivalstvo stara in da živimo v družbi, kjer je stare populacije vedno več (Hvalič Touzery, 2007). Drugi vidik je socialno-psihološki vidik staranja. Ljudje za svoj razvoj in obstoj nujno potrebujejo sodelovanje drugih ljudi (Ule Nastran, 2000).

Ta pristop temelji na trditvi, da so determinante zdravja kompleksne in vključujejo vplive, ki zahtevajo kompleksne odgovore (Wills, 2007). Zadnji vidik je fiziološki vidik. To pomeni, da se telo stara in vzporedno s tem se spreminjajo biološke lastnosti organizma, spremeni se sestava in delovanje večine organov v telesu (Pečjak, 2007). V starosti se kopičijo kronične bolezni, ki poslabšujejo funkcionalno stanje organizma in neredko puščajo resne posledice (Skela Savič, Zurc in Hvalič Touzery, 2010).

Staranje je dejstvo, ki ga je potrebno sprejeti in udomačiti, kar pa v današnjem času ni enostavno. Sodobna zahodna kultura povečuje mladost, telesno moč, hitrost, uspešnost, zdravje, lepoto in privlačnost, medtem ko se staranje prezira, zaničuje in ignorira (Ramovš, 2003). Temu pa nebi bilo tako, če bi imeli mladi dovolj stikov s starejšimi, takrat ponavadi bolje razumejo starost in je ne zaničujejo ali ignorirajo (Holmes, 2009). Z odklonskim vedenjem povzročijo razčlenjenost življenjskega cikla, ki vodi do institucionalne, prostorske in kulturne separacije starejših ljudi (Hagestad in Uhlenberg, 2005).

2.2 PROMOCIJA ZDRAVJA

Preden se odločimo, kako učiti o zdravju, ga promovirati, je pomembno, da poznamo pomen in smisel zdravja. Zdravje ima lahko za posameznika različne pomene. Za nekatere je zdravje več kot odsotnost bolezni in invalidnosti, drugim pomeni prilagodljivost (Kiger, 2004).

Zdravje je skupek vsega, kar prinese posameznik s seboj ob rojstvu in kar kasneje sam prispeva v danem okolju. (Zurc, 2010a). Zdravje je večdimenzionalni fenomen, v katerem se interakcije med posameznikom in njegovim socialnim in fizičnim okoljem integrirane in holistične. Bolezen ruši to dinamično ravnovesje-homeostazo (Zurc, Torkar, Bahun in Ramšak Pajk, 2010).

Zdravje je definirano na dva načina. Prvi opredeljuje zdravje kot pozitiven ali »welfare« pristop, kjer je potrebno gledati na zdravje kot na sredstvo ali na sposobnost narediti nekaj. Drugi način pa opredeljuje zdravje kot negativen pristop, po katerem zdravje pomeni odsotnost obolenj in bolezni (Wills, 2007). Zdravje je relativno in je potrebno za življenje ter daje kvaliteto življenju (Kiger, 2004).

Koncept salutogeneze predstavlja dopolnitev in preseganje pojma patogeneze. Zdravje in bolezen sta dva nasprotna pola. Človek se večinoma giblje nekje vmes med obema skrajnostma. Pri tem njegova smer gibanja ni odvisna toliko od zunanjih okoliščin kot od njegove notranje države. Ameriško-izraelski sociolog medicine Aron Antonovsky, ki dojema bolezen kot nujni sestavni del življenja, v katerem sta bolezen in zdravje prisotna, je v iskanju odgovora na vprašanje, kdaj in kako človek ob stanjih napetosti oziroma stresu ostane zdrav, postavil dva modela: model patogeneze in model salutogeneze. Model patogeneze izhaja iz predstave o homeostazi, torej, da bi človek moral živeti v notranji in zunanji stabilnosti. Model salutogeneze pa izhaja iz mnenja o heterostazi, da se človek nenehno giblje v pomanjkljivi stabilnosti (Lindstrom in Eriksson, 2006).

V povezavi z izobraževanjem ljudi o zdravju sta najtesneje povezana izraza promocija zdravja in zdravstvena vzgoja, ki imata velikokrat podoben pomen v povezavi z zdravjem, vendar ne vedno (Wills, 2007).

Zdravstvena vzgoja spada v področje javnega zdravstva in si prizadeva, da bi vsak posameznik, pa tudi družba, sprejeli zdravje za največjo vrednoto, izoblikovali pozitivna stališča do zdravja in jih v življenju tudi uresničili (Hoyer, 2005).

Zdravstvena vzgoja pokriva vse: od preprečevanja bolezni in promocije optimalnega zdravja do zaznave bolezni in zdravljenja, rehabilitacije in dolgoročne skrbi za zdravje (Glanz, Rimer in Viswanath, 2008).

Diplomirane medicinske sestre promovirajo zdravje pri pacientih, to pa se izvaja predvsem kot učenje ali tako imenovana zdravstvena vzgoja. To učenje lahko poteka na treh nivojih.

To so: primarna zdravstvena vzgoja, sekundarna zdravstvena vzgoja in terciarna zdravstvena vzgoja. Medicinske sestre imajo na splošno največ opravka z pacienti, ki so že bolni, posledično se zato izvaja zdravstvena vzgoja največ na terciarnem nivoju (Wills, 2007).

Pri primarni zdravstveni vzgoji se izvajajo različna izobraževanja, kot so ustrezna prehrana glede na starostno obdobje in preventivni presejalni testi (Edelman in Mandle, 2006). Ta raven je namenjena zdravemu prebivalstvu, z njo pa želimo doseči čim višjo stopnjo zdravstvene ozaveščenosti, motivacijo in odgovornost za lastno zdravje (Hoyer, 2005).

Sekundarna zdravstvena vzgoja zajema zgodnje diagnosticiranje bolezni (Edelman in Mandle, 2006). Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni zajema rizične skupine prebivalstva, vendar še zmeraj zdrave ljudi. Njena naloga je opozarjati na nevarnosti za zdravje, ki izhajajo iz delovnega ali življenjskega okolja ali iz značilnosti življenjskega obdobja. Ljudi opozarjajo tudi na prve znake obolenja in jih tako pripravijo na pravočasno ter pravilno ukrepanje, da ne pride do ogrožanja zdravja. (Hoyer, 2005).

Terciarna zdravstvena vzgoja pa vključuje rehabilitacijo (Edelman in Mandle, 2006). To pomeni skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma je zdravje že prizadeto. Pomembno je, da ljudi usposobijo, da bodo znali preprečevati povrnitev bolezni oziroma kakovostno živeti z nastalo spremembo. Namenjena je pacientom, invalidom in njihovim svojcem (Hoyer, 2005).

Vsaka zdravstvena vzgoja je sestavljena tako iz vzgojnega kot iz izobraževalnega procesa (Zurc, 2010c).

Pri zdravstveno-vzgojnem delu gre za tesno povezanost dveh strok: izobraževalne in medicinske. Prva daje znanje, kako, druga pa pove, kaj je potrebno posamezniku svetovati. Diplomirane medicinske sestre, ki se poklicno ukvarjajo s svetovalnim delom, bi morale imeti znanje obeh. Dejstvo je tudi, da se medicinske sestre pri svojem svetovalnem delu srečujejo z informiranjem in svetovanjem osebam, ki imajo že težave z zdravjem (Žnidarec Žagar, 2000).

V nasprotju z zdravstveno vzgojo promocija zdravja vsebuje celovito medsebojno vplivanje, sodelovanje posameznikov in okolja, usmeritev, ki združujejo osebno izbiro in družbeno odgovornost v naporih za izgradnjo bolj zdrave prihodnosti. Prav tako promocija zdravja obsega vse prebivalstvo, ni usmerjena le na posameznike, dovezetne za določena obolenja ali obolele, in ga usmerja k dejavnemu, zdravemu življenju (Hoyer, 2005).

Pojem promocije zdravja je v literaturi razložen kot politični proces, usmerjen v spreminjanje socialnih, okoljskih in ekonomskih okoliščin, da bi dosegli zdravju naklonjeno družbeno okolje in za zdravje ugodno naravno okolje, ki sta osnovna pogoja za dobro zdravje ljudi (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007).

Izraz promocija zdravja je bil do poznih sedemdesetih let 20. stoletja neznan, v manj kot desetletju pa je postal tako pomemben, da danes predstavlja eno pomembnejših političnih vprašanj pri delu mnogih držav, predvsem v zahodnem, industrializiranem delu sveta (Hoyer, 2005).

Promocija zdravja je usmerjena je v akcije na področju determinant zdravja. Povezuje različne, toda komplementarne pristope in metode. Promocija zdravja si še posebej prizadeva za učinkovito sodelovanje javnosti (ibid.).

Promocija (uveljavljanje) zdravja je celovit pristop k doseganju zdravja in pomeni ljudi poučiti ter jim omogočiti, da se bodo zavestno, vsak dan, odločali v prid svojemu zdravju (ibid.).

Mesto in vloga primarnega zdravstvenega varstva izhaja iz deklaracije Svetovne zdravstvene organizacije sprejete na skupščini v Alma-Ati leta 1978. V njej je zapisano, da je zdravje človekova temeljna pravica. Zagotavljanje najvišje možne ravni zdravja je izredno pomemben javni cilj po vsem svetu in za uresničitev le-tega je potrebno sodelovanje mnogih družbenih in ekonomskih sektorjev – ne le zdravstvenega sektorja (Declaration of Alma-Ata, 1978).

Promocijo zdravja opredeljuje Ottawska listina (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986), ki je bila sprejeta novembra leta 1986 v Ottawi v Kanadi, kjer je potekala prva mednarodna konferenca o promociji zdravja. Sprejeli so jo kot temeljni dokument promocije zdravja. V njej je zapisano, da je potrebno v okviru skrbi za zdravje vsem ljudem omogočiti, da bi lahko o svojem zdravju samostojno odločali in tako prispevali k njegovi promociji. Potrebno je razvijati zdrav način življenja in izboljšati splošno dobro počutje (Hoyer, 2005).

Za Ottawsko listino pa je izšla Bangkoška listina, katera dopolnjuje in gradi na vrednotah, načelih, akcijah in strategijah promocije zdravja, ki so bile uvedene v Ottawski listini. Namen Bangkoške listine je izboljšanje zdravja in zdravstvene enakosti v sredini globalnega in narodnega razvoja (Bangkok Charter for Health promotion in a Globalized World, 2005).

Na področju promocije zdravja poznamo več različnih modelov. Modeli promocije zdravja pomagajo zagotoviti teoretični okvir za delovanje in omogočajo, da se pri načrtovanju promocije ne upošteva le, kako je mogoče zdravje aktivirati z različnih perspektiv, temveč tudi, kako naše vrednote in prepričanja vplivajo na to, kako razvijati in izvajati strategije za zdravje. Med modeli promocije zdravja sta pogosto uporabljena Tannahillov in Beattijin model promocije zdravja (Wills, 2007).

Tannahillov model vsebuje 3 ključne enote, in sicer zdravstveno vzgojo, preventivo in zdravstveno zaščito. Ta model opisuje preventivne storitve kot so cepljenje, presejanje raka materničnega vratu, preventivna zdravstvena vzgoja (na primer: odvajanje od kajenja), preventivno zdravstveno varstvo, zdravstvena vzgoja za varovanje zdravja (Tanahill, 2008).

Beattijin model pa opisuje nasvete, izobraževanja, spremembe v vedenju, svetovanje, skupinsko delo, zakonodajo, oblikovanje in izvajanje politike, zdravstveni nadzor, lobiranje, akcijsko raziskovanje izmenjave znanja in usposabljanja, skupnostni razvoj ter medsebojno vplivanje navedenih dejavnikov (Wills, 2007).

Ena glavnih nalog vseh diplomiranih medicinskih sester je, da promovirajo zdravje. To lahko izvajajo na različnih področjih, in sicer na področjih, na katerih so kompetentne, in na svojem delovnem področju (ibid.).

Študenti zdravstvene nege se morajo v času študija naučiti tehničnih postopkov, spretnosti in teoretičnih konceptov ter znanja, da bodo lahko koncept promocije zdravja uporabljali v svoji vsakodnevni praksi (ibid.).

2.2.1 Promocija zdravja pri starostnikih

Demografski, socialno-psihološki ter fiziološki vidik staranja pripeljejo do težav, ki jih lahko rešujemo s promoviranjem zdravja med generacijami (Kiger, 2004). Najpogostejše kronične bolezni, ki se pojavljajo pri starostnikih po vsem svetu, so: rakava obolenja, srčno žilne bolezni, sladkorna bolezen, osteoartritis, pljučne bolezni, Alzheimerjeve bolezni in psihiatrične motnje-najpogosteje depresija in demenca (Wills, 2007).

Gerontološka zdravstvena vzgoja je zato sestavni del gerontološke zdravstvene nege. Starostniki kot skupina s svojimi značilnostmi in posebnostmi zdravstvenega stanja in

skrbi za lastno zdravje v današnji družbi niso dovolj ne prepoznani ne uveljavljeni in ne obravnavani kot bi morali biti (Zurc, 2010c).

Za kakovostno zdravstveno obravnavo starih ljudi in njihovih potreb je potrebno strokovno znanje. Tuja in domača spoznanja pa kažejo, da so posamezne poklicne skupine malo pripravljene na zdravstveno obravnavo in socialno skrb za starejše in da se malo strokovnjakov danes odloči, da bi svojo kariero razvijali na tem strokovnem področju. Zato si želi Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice (VSZNJ) doseči, da bodo klinični mentorji in študenti razvijali pozitiven odnos do dela s starimi ljudmi v kliničnem okolju in pridobiti sodobna znanja in veščine za delo z njimi (Skela Savič, 2010b). VSZNJ je mlada, sodobna in ambiciozna šola na področju visokošolskega izobraževanja iz zdravstvene nege in zdravstvenega menedžmenta. Z izobraževanjem in raziskovanjem so začeli leta 2007 in v nekaj letih dosegli s pedagoškimi in izobraževalnimi pristopi ter z raziskovalnimi in razvojnimi aktivnostmi strokovni vrh (ibid.). V okviru projekta »Usposabljanje kliničnih mentorjev in študentov zdravstvene nege za kakovostno delo s starostniki – priložnost za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika« so v Ljubljani 21. 6. 2010 in 22. 6. 2010 organizirali strokovni posvet. Namen je bil opolnomočenje kliničnih mentorjev in študentov zdravstvene nege z znanji s področja kakovostnega dela s starimi ljudmi v kliničnem okolju in pridobiti sodobna znanja za delo z njimi. Predstavili so tudi rezultate razvojnega projekta, ki je potekal na področju varovanja in krepitev zdravja z naslovom Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja (ibid.).

Obravnava starostnika je zato zahteven proces, zato mora biti medicinska sestra izobražena in usposobljena (Zurc, 2010b). Predstavljala naj bi vrednote poklica v kontekstu celostne obravnave in na dokazih delujoče zdravstvene nege (Skela Savič, 2010a). Cilj vsake medicinske sestre je izboljševanje kakovosti staranja, ne le preprečevanje in odstranjevanje dejavnikov, ki pospešujejo staranje. Namen medicinskih sester je upočasniti staranje posameznika in izboljšati njegovo kakovost ter zagotoviti čim boljše funkcionalno stanje (Zurc, 2010b). Pri tem je potrebno spremeniti navade in življenjski slog pacienta. To je dolgotrajen proces.

Diplomirana medicinska sestra nudi starostniku temeljno oporo, da se glede na svoje psihološke in fiziološke spremembe v tretjem življenjskem obdobju ustrezno prilagodi novim življenjskim pogojem (Zurc, 2010b).

Leta 2009 se je v raziskavi Evrobarometra "Medgeneracijska solidarnost" 71 % anketiranih Slovencev močno ali delno strinjalo s trditvijo, da so zdravniki, medicinske sestre in oskrbovalci v Sloveniji dobro usposobljeni za potrebe starih ljudi, kar kaže na zaupanje v strokovnjake navedenih profilov za delo s starostniki (Skela Savič, Zurc in Hvalič Touzery, 2010).

Leta 2008 je bila na Švedskem izvedena randomizirana in kontrolirana študija v 28-mesečnem obdobju, kjer so raziskovali promocijske zdravstvene programe in njihovo vplivanje na samostojnost opravljanja dnevne aktivnosti in samoporočanje o zdravstvenih težavah pri slabovidnih starostnikih. V raziskavi je sodelovalo 229 naključno izbranih udeležencev. Skupina, ki je bila deležna promocije zdravja, je ohranila obstoječo samostojnost pri izvajanju dnevnih aktivnosti kljub znatnemu zmanjšanju ostrine vida. Splošno zdravje je sistematično padlo na nižjo raven v obeh skupinah. Vendar so udeleženci iz programa promocije zdravja poročali o manj zdravstvenih težavah. Program je upočasnil proces invalidnosti med starejšimi s poslabšanim vidom, saj jim je omogočila, da so ohranili raven samostojnosti izvajanja dnevnih aktivnosti in zmanjšano samo-poročanje o zdravstvenih težavah najmanj 28 mesecev po intervenciji (Eklund, Sjostrand in Dahlin-Ivanoff, 2008).

Da bi odkrili trenutno stanje dejavnosti vodilnih medicinskih sester pri promociji zdravja za starejše ljudi v primarnem zdravstvenem varstvu in raziskali znanje in odnos medicinskih sester ter, kakšne zdravstvene koristi ima promocija zdravja za starejše ljudi, so v Veliki Britaniji izvedli raziskavo na medicinskih sestrah, ki delajo v petih mestnih zdravstvenih ustanovah (Goodman, Davies, Dinan, See Tai in Iliffe, 2011).

Uporabljen je bil pol-strukturiran vprašalnik, ki je vseboval vprašanja: o znanju in koristih gibalne aktivnosti v tretjem življenjskem obdobju, sedanjo raven vključenosti medicinske sestre pri spodbujanju starejših h gibalni dejavnosti ter vprašanja o njihovi trenutni gibalni aktivnosti. Rezultati so pokazali, da medicinske sestre niso imele posebnega pristopa do promocije gibalne aktivnosti pri starostnikih. Na podlagi tega so prišli do zaključka, da je potrebno razviti poseben pristop na primarnem nivoju promocije zdravja (Goodman, Davies, Dinan, See Tai in Iliffe, 2011).

Tradicionalna promocija zdravja se je, posebej v razvitem svetu, usmerjala v zagovarjanje sprememb podpornih okolij in omogočanje ljudem, da dosežejo boljše zdravje. Pri starostnikih ima večji pomen svetovanje za preprečevanje morebitnih škodljivih vplivov ali neustreznosti zdravil, redno cepljenje proti gripi ter lajšanje trpljenja ob končnem odhodu, v primerjavi z odsvetovanjem tveganega vedenja, ki skrajšuje življenje (kajenje, tvegano pitje alkohola), kar ne pomeni, da se le-to opusti. Spremembe vedenja so znanstveno dokazane in stroškovno učinkovite v promociji zdravja starostnikov in izboljševanju kvalitete življenja (Gabrijelčič Blenkuš idr., 2010).

Kljub manjši verjetnosti, da bodo imeli starostniki več razvad v primerjavi s srednjo generacijo, se tudi manj zavedajo škodljivih posledic razvad za zdravje. Raziskava v ZDA je pokazala, da se različna presejanja in svetovanja nudijo starejšim manj pogosto, kar predstavlja diskriminacijo glede na starost, kajti promocija zdravja tudi pri starejših lahko zniža zbolewnost, izboljša kvaliteto življenja ter preloži ali prepreči pojav odvisnosti. Nizozemci pa so zastavili raziskavo, v kateri so želeli ugotoviti prednosti in pomanjkljivosti preventivnih zdravstvenih centrov za starostnike, ki so nastali na podlagi političnih odločitev in brez predhodnih dokazov o njihovi učinkovitosti. V prvi fazi so pregledali literaturo, pripravili vprašalnike, intervjuje za fokusne skupine in poglobljene intervjuje, z namenom, da bi pridobili vpogled, katera izmed strategij raziskovanja bi lahko bila najuspešnejša. Sledila je izvedba pilotske študije, z evalvacijo različnih pristopov, ki bi bili lahko za starostnike najbolj učinkoviti. Ugotavljali so tudi, kateri programi so bili najbolj uspešni za različne podskupine starostnikov in

nenazadnje skušali opisati še ovire za implementacijo na individualni finančni in organizacijski ravni (Gabrijelčič Blenkuš idr., 2010).

Zdravstveno vzgojni programi morajo temeljiti na znanstvenih dognanjih in morajo biti jasno razumljivi javnosti, ki so ji namenjeni. Predvsem pa morajo izhajati iz potreb tistih, ki se pri svojem vsakodnevnem delu srečujejo s starejšimi. Upoštevajo naj etične principe in posebnosti različnih okolij glede načina življenja ali kulturne značilnosti. Pri vsem tem se je potrebno ves čas zavedati, da so starejši heterogena skupina ne samo po kronološki starosti (v biološkem smislu), temveč tudi po družbenem statusu, izobraženosti in miselnosti (ibid.).

Bistvena načela za zagotovitev zdravega staranja, ki naj bi bila sestavni del tako političnih odločitev in raziskav kot tudi vsakdanje prakse, so sledeča (ibid.):

- starejši so pomembni za družbo;
- starejši imajo enake možnosti za zdravstveno oskrbo;
- starejši imajo možnost samostojnega razvoja in sodelovanja pri odločanju, zlasti glede zadev, ki se jih neposredno tičejo;
- promocija zdravja in preventiva sta lahko učinkoviti tudi v poznih letih;
- starejši so heterogena populacija v vsakem smislu

V ZDA je bil zasnovan program promocije zdravja, z namenom izboljšanja aktivnega staranja in medgeneracijskega izobraževanja skupnosti. Program dodatno skuša spodbuditi razumevanje staranja in odgovoriti na vprašanja, povezana s staranjem prebivalstva v mestih, ter spodbuja študente k premisleku o opravljanju poklicne kariere v gerontologiji (Horowitz, Wong in Dechello, 2010).

2.3 MODEL MEDGENERACIJSKEGA SODELOVANJA V PROMOCIJI ZDRAVJA

Poznamo več načinov medgeneracijskega sodelovanja. En od njih je promocija zdravja, ki jo izvajamo pri starostnikih na različnih področjih (Ramovš, 2003). Medgeneracijsko učenje ima tako številne učinke, kot so preseganje socialne segregacije, spodbujanje razumevanja in spoštovanja, predvsem pa zaupanja med generacijami. Starejši ljudje lahko s sodelovanjem v teh programih ohranijo občutek produktivnih in koristnih oseb. Tako povečajo svoje socialne mreže in so vključeni v družbo (Kump in Jelenc Krašovec, 2010).

Dosedanje raziskave kažejo na učinkovitost programov promocije zdravja z modelom medgeneracijskega sodelovanja, in sicer tako z vidika učinkov na mlade udeležence kot tudi z vidika učinkov na starostnike (Holmes, 2009).

Na primer Holmes (2009) opisuje program, kjer so predšolski otroci skupinsko obiskovali dom starejših občanov. Rezultati so pokazali, da so otroci pred izvedbo opisovali starostnike kot oseb z negativnimi značilnostmi, po končanem programu pa ravno nasprotno. Značilnosti, ki so bile opisane po končanem programu, so bile pozitivne. Ob-enem pa kaže, da ima lahko posamezen medgeneracijski program pozitivne učinke na več različnih področjih hkrati: zdravstvenem, emocionalnem in socialnem (Holmes, 2009).

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice je izvedla projekt »Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja«. Njegov osrednji cilj je bila promocija zdravja v tretjem življenjskem obdobju na osnovi vzpostavitve medgeneracijskega sodelovanja med študenti zdravstvene nege in starejšimi občani, člani društva upokojencev ter varovanci domov starejših občanov gorenjske regije. Projekt je na vzorcu 218 gorenjskih starostnikov, starih 65 let in več, pokazal določene specifične karakteristike življenjskega sloga starostnikov glede gibalne aktivnosti, prehranskih navad, duševnega

zdravja in preventive pred poškodbami (Zurc, 2010b). Nadalje je raziskava pokazala, da imajo proučevani starostniki dobre prehranske in gibalne navade. Kot pomanjkljivost pa na teh dveh temeljnih področjih življenjskega sloga starostnikov v gorenjski regiji izstopa premalo uživanja tekočine in premajhna gibalna aktivnost pod strokovnim vodstvom, v katero je vključenih samo 4,1 % vprašanih starostnikov. Na področju preventive pred poškodbami je bilo ugotovljeno, da je največji dejavnik nastanka poškodbe lastna neprevidnost, najbolj pa je starostnike strah, da bi se poškodovali v zimskih razmerah in brez navzočnosti drugih oseb. Na področju duševnega zdravja sta starostnikom najbolj poznani duševni motnji demenca in depresija o katerih so največ seznanjeni prek medijev. Raziskava je pokazala, da starostniki nimajo predsodkov do duševnih bolnikov in bi se v primeru težav z lastnim duševnim zdravjem največkrat zaupali zdravstvenemu osebju (ibid.). Podatki navedene raziskave kažejo, da je treba tudi promocijo zdravja pri t. i. zdravi skupini starostnikov usmeriti v promocijo določenih specifičnih vedenj in znanj. Celosten pristop, oziroma t. i. celovito obravnavo starostnika je možno doseči samo z multidisciplinarnim pristopom različnih strok, ta pa mora temeljiti na enakovrednem, spoštljivem in nenadomestljivem prispevku vseh vpletenih področij. Končni cilj je vsem starostnikom v družbi omogočiti, da bodo odločali o svojem zdravju, ga spoštovali, promovirali in razvijali ter skrbeli za svoje splošno počutje (Skela Savič, Zurc in Hvalič Touzery, 2010).

V zadnjih letih se povečuje število medgeneracijskih programov promocije zdravja. V Braziliji so izvedli randomizirano študijo o vzgojno-izobraževalnih medgeneracijskih programih. Naključno so izbrali vzorec 253 mladostnikov in 266 starejših od 60 let, ki so izpolnjevali vprašalnik s socialnimi, družinskimi in v zvezi z zdravjem povezanimi vprašanji. Rezultati so pokazali, da imajo medgeneracijske dejavnosti pozitivne učinke tako za mladostnike kot tudi za starejše (De Souza in Grundy, 2007).

Podobno ugotavlja Krout s sodelavci (2010) v raziskavi o medgeneracijskih storitvah na vzorcih učenja, v katero je bilo vključenih 225 študentov in 148 starostnikov iz 12 različnih skupnosti. Študenti in starostniki so poročali o visoki stopnji zadovoljstva z

medgeneracijskimi dejavnostmi, in navedli, da so se eni od drugih veliko naučili in drug v drugem prepoznali osebe z dobrimi vrednotami.

Na osnovi predstavljenih teoretičnih izhodišč želimo z empirično raziskavo ugotoviti uspešnost promocije zdravja z medgeneracijskim sodelovanjem na primeru treh programov promocije zdravja, ki se izvajajo v primarnem zdravstvenem varstvu in obravnavajo sekundarno zdravstveno vzgojo.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je proučiti značilnosti in učinkovitost programov promocije zdravja z vidika medgeneracijskega sodelovanja. Zanima nas, ali so mlajše diplomirane medicinske sestre bolj uspešne od starejših in enako starih medicinskih sester pri promociji zdravja, oziroma ali je medgeneracijski pristop v promociji zdravja uspešnejši od promocije zdravja, ki medgeneracijskega vidika ne vključuje. Zanima nas tudi, kateri medicinski sestri pacienti, oziroma v našem primeru udeleženci promocijskega programa, bolj zaupajo (mlajši ali starejši diplomirani medicinski sestri).

Cilji diplomskega dela:

- C1: Proučiti različne modele promocije zdravja s poudarkom na vidiku medgeneracijskega sodelovanja.
- C2: Ugotoviti razlike v zadovoljstvu, znanju in stališčih udeležencev v programih promocije zdravja z vidika medgeneracijskega sodelovanja.
- C3: Ugotoviti razlike v učinkovitosti programov promocije zdravja glede na starost diplomirane medicinske sestre ter starost udeležencev na promocijskem programu.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali sta uspešnost promocije zdravja in starost oziroma razlika v letih med diplomirano medicinsko sestro in udeleženci programa povezana?
- Ali je pri medgeneracijski promociji zdravja bolj uspešna mlajša diplomirana medicinska sestra?
- Ali je pri medgeneracijski promociji zdravja bolj uspešna starejša diplomirana medicinska sestra?
- Kateri diplomirani medicinski sestri glede na starost udeleženci bolj zaupajo pri medgeneracijski promociji zdravja?
- Ali obstajajo statistično pomembne razlike v učinkovitosti programov promocije zdravja glede na vidik medgeneracijskega sodelovanja?
- Kakšna so stališča udeležencev o medgeneracijskem sodelovanju v programih promocije zdravja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri teoretičnem delu diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda dela, in sicer pregled strokovne literature v slovenskem in angleškem jeziku s področja promocije zdravja, starosti in staranja ter medgeneracijskega sodelovanja. Iskanje podatkov je potekalo v podatkovnih bazah na svetovnem spletu (PubMed, Google Scholar, Cobiss, Cinahl, Eric) s ključnimi besedami v slovenskem jeziku (promocija zdravja, medgeneracijsko sodelovanje, staranje, starejši, diplomirana medicinska sestra) in angleškem jeziku (health promotion, intergenerational cooperation, elderly, intergenerational collaboration, health education, nurse).

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni empirični metodi kvantitativnega raziskovanja. Podatki v empiričnem delu naloge so bili zbrani s kvantitativno tehniko zbiranja podatkov s pomočjo merskih instrumentov - anketnega vprašalnika in ček liste.

Organizacija, v kateri smo izvedli raziskavo, je OZG OE Zdravstveni dom Kranj, kjer smo tudi pridobili dovoljenje z oddajo vloge - Soglasje zavoda za raziskovanje v okviru diplomskega dela. Po predhodni pridobitvi soglasij s strani kliničnega okolja dne 15. 2. 2012 smo raziskavo izvedli 22. 2. 2012, 28. 2. 2012 in 1. 3. 2012. Podatke smo zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika in ček liste pri udeležencih sledečih zdravstveno vzgojnih programov (OZG OE ZD Kranj, 2011):

- Šola zdravega hujšanja (mlajša diplomirana medicinska sestra)
- Šola za starše – tečaj zgodnje nosečnosti (starejša diplomirana medicinska sestra)
- Šola za starše – tečaj pozne nosečnosti - priprava na porod (diplomirana medicinska sestra podobne starosti)

Izbrane delavnice promocije zdravja so bile organizirane enkrat mesečno v popoldanskem času. Vsem sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost. Prav tako smo jih seznanili z namenom raziskave in so vprašalnike reševali prostovoljno. Upoštevan je bil Kodeks etike za medicinske sestre - pravica pacienta do svobodnega odločanja, spoštovanje in dostojanstva in zasebnosti (Kodeks Etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2005).

Program Šola zdravega hujšanja je en od delavnic in je namenjen vsem, ki imajo težave s prekomerno telesno težo (ITM nad 27,5) in več kot 20 % tveganje za nastanek bolezni srca in ožilja v naslednjih 10-ih letih, odraslim, ki so debeli (ITM nad 30), posameznikom, ki so telesno neaktivni ali premalo aktivni, odraslim s povišanim krvnim tlakom, krvnim sladkorjem (sladkorna bolezen) ali holesterolom. Za program se lahko odločijo udeleženci sami ali pa jih napoti lečeči zdravnik. V vsakem primeru morajo dobiti napotnico od lečečega zdravnika (OZG OE ZD Kranj, 2011).

Program šola za starše se razdeli na dva dela, in sicer tečaj zgodnje nosečnosti in tečaj pozne nosečnosti (ibid.).

Tečaj zgodnje nosečnosti je namenjen bodočim staršem v prvi polovici nosečnosti. Ti tečaji potekajo enkrat mesečno in obsegajo pet srečanj. Okvirne vsebine, ki so obravnavane, so: spremembe nosečnice in pomembnost obiskov posvetovalnic; osebna higiena nosečnice, oblačila in obutev; ustrezna prehrana (kakšna naj bi bila), telesna teža, način življenja (delo, počitek, šport, rekreacija, sprostitve). Obravnavajo se tudi, pravice nosečnice (ibid.).

Tečaj priprave na porod (tečaj za starše v pozni nosečnosti) poteka v več srečanjih v popoldanskem oziroma večernem času. Okvirne vsebine, ki so obravnavane v šestih tematskih sklopih, so: predstavitev udeležencev; osnovne informacije o tečaju; družina in spremembe v njej ob pričakovanju in prihodu novega člana; nosečnost; porodna bolečina; pomen pravilnega dihanja, sprostitve, aktivnosti in sodelovanja pri porodu; porod in rojstvo; značilnosti novorojenčka in dojenčka; nega novorojenčka; prehrana

novorojenčka in dojenčka; kako ravnati ob bolezni novorojenčka; zobozdravstvena vzgoja; osebna komunikacija med staršema; poporodno obdobje in vloga patronažne medicinske sestre v družini z novorojenčkom (ibid).

3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega polstrukturiranega anketnega vprašalnika in opazovanje vseh udeležencev v programih promocije zdravja, katerega smo beležili na ček listi (kvantitativno). Oba merska instrumenta smo sestavili sami. Pri izdelavi merskih instrumentov smo se najbolj oprli na rezultate raziskave na Švedskem, kjer so raziskovali, ali promocijski programi vplivajo na samostojnost opravljanja dnevnih aktivnosti starostnikov z okvaro vida (Eklund, Sjostrand in Dahlin-Ivanoff, 2008).

Vprašalnik je v celoti vseboval 20 vprašanj. Prvi del vprašalnika je namenjen ugotavljanju socialno-demografskih podatkov (starost, spol, stopnja izobrazbe), v drugem delu smo posameznike spraševali, ali poznajo izraze medgeneracijsko sodelovanje, promocija zdravja, ali jim več pomeni, če jim promovira zdravje mlajša ali starejša ali enako stara diplomirana medicinska sestra, kateri diplomirani medicinski sestri bolj zaupajo, kaj je medgeneracijsko sodelovanje, kaj lahko določena generacija pridobi z medgeneracijskim sodelovanjem, kaj bi se lahko naučili od drugih generacij v tem načinu sodelovanja. Ček lista je vsebovala 14 spremenljivk. Označevali smo na 5 minut z zaznamkom. Ček lista je bila kvantitativna. Izvedla se je za celotno skupino oziroma smo opazovali vse udeležence na programu promocije zdravja (tako udeležence kot diplomirane medicinske sestre).

Vprašalnik je vključeval 11 vprašanj z Likertovo mersko lestvico, kjer smo lahko izmerili zanesljivost vzorca na podlagi koeficienta Cronbach alfa. Koeficient Cronbach alfa je znašal 0,79 in s tem prekoračil vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag, da lahko govorimo o zanesljivih podatkih (Streiner in Norman, 2003).

3.3.3 Opis vzorca

Vzorec je bil nenaključen in namenski glede na obisk udeležencev zdravstveno vzgojnih programov v OZG OE Zdravstveni dom Kranj, ki smo jih izbrali za proučevanje medgeneracijskega sodelovanja. Anketirali smo vse udeležence, prisotne na dan izvedbe v izbranih treh zdravstveno vzgojnih programih, in sicer: Tečaj šola za starše (Tečaj zgodnje nosečnosti in Tečaj pozne nosečnosti – priprava na porod) in Zdravo hujšanje. Vzorec je vključeval 60 udeležencev v vseh treh programih. V posameznem programu je bilo 20 udeležencev. S ček listo smo opazovali 3 skupine in spremljali vzorec 21 udeležencev (20 udeležencev in ena diplomirana medicinska sestra) v posameznem zdravstveno vzgojnem programu; skupaj torej 63 udeležencev (60 udeležencev in tri diplomirane medicinske sestre) v vseh treh programih promocije zdravja. Raziskavo smo izvedli v naslednjih dneh: 22. 2. 2012 (Tečaj zgodnje nosečnosti), 28. 2. 2012 (Šola zdravega hujšanja) in 1. 3. 2012 (Tečaj pozne nosečnosti).

Tabela 1: Opis vzorca

Demografski podatki	Frekvenca	Odstotek
Spol		
ženski	39	65,0
moški	21	35,0
Starost		
21 let ali manj	0	0,0
22 – 35 let	39	65,0
36 – 50 let	4	6,7
51 – 64 let	16	26,7
65 let ali več	1	1,7
Izobrazba		
osnovnošolska	2	3,3
srednješolska	33	55,0
visokošolska/ univerzitetna	23	38,3
podiplomska	2	3,3

Tabela 1 kaže, da je vzorec 60 preiskovancev vključeval 65,0 % žensk in 35,0 % moških. Preiskovanci so bili pretežno starosti med 22 in 35 let (v 65,0 %). Po izobrazbi so imeli pretežno srednješolsko izobrazbo (v 55,0 %), sledila pa je visokošolska oziroma univerzitetna izobrazba (v 38,3 %).

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Socialno-demografske podatke smo obdelali z deskriptivno statistiko. Raziskovalni vzorec je bil predstavljen na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov. Rezultati pri raziskovalnih vprašanjih so bili prav tako predstavljeni na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov ter tudi na podlagi povprečnih vrednosti in standardnih odklonov. Za potrebe statistične analize so bile skupine z manjšim številom primerov združene v novo skupino z večjim številom primerov. Primerjava med skupinami je bila narejena na podlagi hi-kvadrat testa, t-testa za neodvisne vzorce in eno-faktorske analize variance (Cenčič, 2009). Kakovost delovanja skupin na programu promocije zdravja je bila predstavljena na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov. Statistična analiza je bila opravljena s programom SPSS 18.0. P-vrednost $< 0,05$ je določala statistično pomembnost.

3.4 REZULTATI

Tabela 2: Poznavanje pomena medgeneracijskega sodelovanja

Vprašanja z možnimi odgovori	Frekvenca	Odstotek
Ali ste že slišali za izraz promocija zdravja?		
da	47	78,3
ne	13	21,7
Ali ste že slišali za izraz medgeneracijsko sodelovanje?		
da	53	88,3
ne	7	11,7
Kaj po Vašem mnenju pomeni izraz medgeneracijsko sodelovanje?		
sodelovanje mladih s starejšimi	8	13,3
sodelovanje starejših z mladimi	2	3,3
sodelovanje med generacijami	50	83,3
Kaj mislite, da lahko mlajša generacija pridobi z medgeneracijskim sodelovanjem?		
zaupanje	6	10,0
najnovejša znanja	2	3,3
dolgoletne izkušnje	52	86,7
Kaj mislite, da lahko starejša generacija pridobi z medgeneracijskim sodelovanjem?		
zaupanje	5	8,3
najnovejša znanja	54	90,0
dolgoletne izkušnje	0	0,0
Kaj Vam pomeni medgeneracijsko učenje?		
pridobivanje znanja in izkušenj od starejših	47	78,3
pridobivanje znanja in izkušenj od mlajših	8	13,3
pridobivanje znanja in izkušenj od enako starih	4	6,7
Če bi imeli resne težave z zdravjem in bi morali obiskati zdravnika, katero diplomirano medicinsko sestro bi si želeli, da vas obravnava?		
starejšo (dolgoletne izkušnje)	40	66,7
mlajšo (nova znanja)	20	33,3

Na vprašanje ali so udeleženci že slišali za izraz promocija zdravja, jih je 78,3 % odgovorilo z da, 21,7 % pa z ne. Na vprašanje, ali so že slišali za izraz medgeneracijsko sodelovanje, je 88,3 % udeležencev odgovorilo z da, 11,7 % pa z ne. Glede na vprašanje o pomenu izraza medgeneracijsko sodelovanje je 13,3 % udeležencev odgovorilo, da je medgeneracijsko sodelovanje s starejšimi, 3,3 % udeležencev je odgovorilo, da je to sodelovanje z mladimi, ostalih 83,3 % udeležencev pa, da je to sodelovanje med generacijami. Na vprašanje, kaj lahko mlajša generacija pridobi z medgeneracijskim sodelovanjem, je 10,0 % udeležencev odgovorilo, da mlajša generacija pridobi z medgeneracijskim sodelovanjem zaupanje, 3,3 % udeležencev je odgovorilo, da pridobi novejša znanja, ostalih 86,7 % udeležencev pa, da mlajša generacija z medgeneracijskim sodelovanjem pridobi dolgoletne izkušnje. Na vprašanje, kaj lahko starejša generacija pridobi z medgeneracijskim sodelovanjem, je 8,3 % udeležencev odgovorilo, da starejša generacija od mladih pridobi z medgeneracijskim sodelovanjem zaupanje, 90,0 % udeležencev pa je odgovorilo, da pridobi novejša znanja. Nihče od udeležencev ni bil mnenja, da starejša generacija od mladih z medgeneracijskim sodelovanjem pridobi dolgoletne izkušnje. Na vprašanje o pomenu medgeneracijskega učenja je 78,3 % udeležencev odgovorilo, da je to pridobivanje znanja in izkušenj od starejših, 13,3 % udeležencev je bilo mnenja, da je to pridobivanje znanja in izkušenj od mlajših, ostalih 6,7 % udeležencev pa je menilo, da je to pridobivanje znanja in izkušenj od enako starih. Na vprašanje o izbiri diplomirane medicinske sestre v primeru obiska pri zdravniku je 66,7 % udeležencev odgovorilo, da bi raje bili v obravnavi pri starejši diplomirani medicinski sestri, 33,3 % udeležencev pa pri mlajši. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 2.

Tabela 3: Stališča do medgeneracijskega sodelovanja v promociji zdravja

Možni odgovori	min	max	PV	SO	modus
Medgeneracijsko sodelovanje je danes nujno potrebno.	1	5	3,9	0,9	4
Starostniki so pomembni za našo družbo.	1	5	4,0	1,0	5
Všeč mi je, če me o zdravju poučuje mlajša diplomirana medicinska sestra.	1	5	3,4	0,9	3
Mladi so pomembni za našo družbo.	1	5	4,3	0,9	5
Všeč mi je, če me o zdravju poučuje starejša diplomirana medicinska sestra.	2	5	3,6	0,8	3
Za promocijo zdravja so bolj primerni tradicionalni pristopi in ne medgeneracijsko sodelovanje.	1	5	3,2	1,0	3
Všeč mi je, če me o zdravju poučuje enako stara diplomirana medicinska sestra.	1	5	3,2	0,9	3
Za program spolnosti je promocija zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja zelo primerna.	1	5	3,6	0,9	4
Medgeneracijsko sodelovanje je novost v promociji zdravja.	1	5	3,6	0,9	4
Za program šola za starše je promocija zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja zelo primerna.	2	5	4,0	0,7	4
Za program šola za hujšanje je promocija zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja zelo primerna.	1	5	3,5	1,0	3

*PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, modus: najpogostejša ocena

Največje povprečno strinjanje preiskovancev je bilo s trditvijo, da so mladi pomembni za našo družbo (PV = 4,3). Sledila sta dejavnika, da so tudi starostniki pomembni za našo družbo (PV = 4,0) in da je za program šola za starše promocija zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja zelo primerna (PV = 4,0). Pri prvih dveh dejavnikih je bila ocena 5 (se zelo strinjam) najbolj pogosta (modus), pri zadnjem izmed teh treh dejavnikov pa je bilo mnenje preiskovancev s standardnim odklonom 0,7 najbolj enotno. Najmanjše povprečno strinjanje (PV = 3,2) so preiskovanci izrazili, da za so promocijo zdravja bolj primerni tradicionalni pristopi in ne medgeneracijsko sodelovanje ter pri trditvi »Všeč mi je, če me o zdravju poučuje enako stara diplomirana medicinska sestra«. Najbolj pogosta je bila ocena 3 (se delno strinjam). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 3.

Tabela 4: Dve starostni skupini preiskovancev

Možni odgovori	Frekvenca	Odstotek
35 let ali manj	39	65,0
36 let ali več	21	35,0

Preiskovanci so bili pri opisu vzorca razdeljeni v pet starostnih skupin, kar je razvidno iz tabele 1. Za potrebe statistične analize smo pet manjših starostnih skupin združili v dve večji starostni skupini (tabela 4). Na posameznem promocijskem programu je bilo 65,0 % udeležencev s 35 leti ali manj in 35,0 % udeležencev s 36 leti ali več.

Tabela 5: Kateri medicinski sestri bolj zaupate pri promociji zdravja?

Delovna doba	Frekvenca	Odstotek	Delovna doba po preoblikovanju skupin	Frekvenca	Odstotek
študentki	0	0,0	5 let delovne dobe ali manj	14	23,3
pripravni	2	3,3			
5 let delovne dobe	12	20,0			
10 let delovne dobe	19	31,7	10 let delovne dobe	19	31,7
20 let delovne dobe	17	28,3	20 let delovne dobe	17	28,3
30 let delovne dobe	10	16,7	30 let delovne dobe	10	16,7

Tudi v primeru delovne dobe je bilo za potrebe statistične analize šest skupin delovne dobe preoblikovano v štiri večje skupine (tabela 5). Preiskovanci so v največji meri navedli, da zaupajo medicinski sestri z 10 let delovne dobe (31,7 %), malenkost manj navedb je bilo za 20 let delovne dobe (28,3 %). Najmanj zaupanja so bile deležne najstarejše diplomirane medicinske sestre (v 16,7 %).

Tabela 6: Stopnja zaupanja diplomiranim medicinskim sestram glede na njihovo delovno dobo s stališča dveh starostnih skupin preiskovancev

Delovna doba v letih	starostna skupina		skupaj
	35 let ali manj frekvenca=39	36 let ali več frekvenca=21	
5 let delovne dobe ali manj	9 23,1 %	5 23,8 %	14 23,3 %
10 let delovne dobe	13 33,3 %	6 28,6 %	19 31,7 %
20 let delovne dobe	10 25,6 %	7 33,3 %	17 28,3 %
30 let delovne dobe	7 17,9 %	3 14,3 %	10 16,7 %

*hi-kvadrat = 0,496; p = 0,920

Rezultati v tabeli 6 prikazujejo, da preiskovanci različnih starosti niso navedli večjih razlik pri zaupanju do diplomiranih medicinskih sester glede na njihovo delovno dobo. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike med starejšimi in mlajšimi preiskovanci pri navedbah o zaupanju diplomiranim medicinskim sestram po delovni dobi (hi-kvadrat = 0,496; p = 0,920).

Tabela 7: Katera diplomirana medicinska sestra je po navedbah preiskovancev najbolj zaželena?

Možni odgovori	PV	SO
Všeč mi je, če me o zdravju poučuje mlajša diplomirana medicinska sestra	3,4	0,9
Všeč mi je, če me o zdravju poučuje starejša diplomirana medicinska sestra	3,6	0,8
Všeč mi je, če me o zdravju poučuje enako stara diplomirana medicinska sestra	3,2	0,9

*PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

F = 2,932; p = 0,056

Rezultati v tabeli 7 prikazujejo, da so preiskovanci z najvišjo povprečno oceno navedli, da si želijo, da jih o zdravju poučuje starejša diplomirana medicinska sestra (PV = 3,6). Najmanjše strinjanje je bilo glede enako stare diplomirane medicinske sestre (PV = 3,2). Razlika med povprečnimi ocenami ni bila dovolj velika, da bi eno-faktorska analiza variance pokazala statistično pomembno razliko ($F = 2,932$; $p = 0,056$).

Tabela 8: Stališča do programov promocije zdravja glede na vidik medgeneracijskega sodelovanja

Možni odgovori	PV	SO
Program šola za starše	4,0	0,7
Program šola zdravega hujšanja	3,5	1,0

*PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon $t = 2,560$; $p = 0,012$

Preiskovanci so ocenjevali dva programa promocije zdravja glede na vidik medgeneracijskega sodelovanja: 1) šola za starše in 2) šola zdravega hujšanja. T-test za neodvisne vzorce je pokazal, da so preiskovanci bolj zagovarjali program šola za starše; povprečna ocena s 4,0 se je statistično pomembno razlikovala od programa šola zdravega hujšanja, kjer je povprečna ocena znašala 3,5 ($t=2,560$; $p=0,012$). Podrobni rezultati ocen so prikazani v tabeli 8.

Tabela 9: Kakovost izvajanja programa promocije zdravja

Št	Čas(v minutah) Spremenljivke	Čas(v minutah)						skupaj (frekvenca, odstotek)	
		5 min	10 min	15 min	20 min	25 min	30 min		
1	zadovoljstvo U	2	3	2	3	3	3	16	88,9
2	U izkazuje interes	3	3	3	3	3	3	18	100,0
3	DMS upošteva U	3	3	3	3	3	3	18	100,0
4	U se pogovarja z DMS	1	1	1	1	1	1	6	33,3
5	U izkazuje zaupanje do DMS	1	1	1	2	2	3	10	55,6
6	U sodeluje	3	2	3	3	3	3	17	94,4
7	U izraža svoje mnenje	2	2	2	3	2	3	14	77,8
8	U postavlja vprašanja	2	2	2	2	2	2	12	66,7
9	U je motiviran	2	3	3	3	3	3	17	94,4
10	U komentira mnenje drugega U	1	1	1	1	1	2	7	38,9
11	U je pozitivno naravnano do izobraževanja	2	3	3	2	3	3	16	88,9
12	U vneto piše	2	2	2	3	3	2	14	77,8
13	prisotna je pozitivna verbalna komunikacija	3	3	3	3	3	3	18	100,0
14	prisotna je pozitivna neverbalna komunikacija	3	3	3	3	3	3	18	100,0

*U = Udeleženec promocijskega programa DMS = diplomirana medicinska sestra

Med izvajanjem zdravstveno vzgojnih programov so bile opazovane tri skupine udeležencev. V času 30 minut se je vsakih 5 minut podala ocena pri posameznih spremenljivkah o kakovosti delovanja skupine. V tabeli 9 ocena 1, 2 ali 3 pri posameznih spremenljivkah znotraj časovnega intervala pomeni, koliko skupin je bilo ocenjenih pozitivno, vsaka skupina je lahko zbrala 6 točk, vse tri skupine 18 točk. Rezultati v tabeli 9 prikazujejo, da je bila pri vseh treh skupinah ves čas prisotna pozitivna verbalna komunikacija (100,0 %) in neverbalna komunikacija (100,0 %), da so udeleženci izkazovali interes (100,0 %) in da je diplomirana medicinska sestra upoštevala udeležence (100,0 %). Pomanjkljivosti pri delovanju skupin so se pokazale v

ocenah, da so se udeleženci pogovarjali z diplomirano medicinsko sestro le v 33,3 % in da so udeleženci izkazovali manjše zaupanje do diplomirane medicinske sestre (56,5 %), pri čemer je nižji odstotek posledica začetne faze delovanja skupine. Udeleženci bi prav tako lahko bolj intenzivno postavljali vprašanja; rezultat je znašal 66,7 %. Zelo nizek odstotek (38,9 %) je dosegla spremenljivka, kjer bi lahko udeleženci večkrat komentirali mnenje drugega udeleženca v zdravstveno vzgojnem programu.

Tabela 10: Kakovost izvajanja programa promocije zdravja glede na starostno razmerje med diplomirano medicinsko sestro in udeleženci

ocena	starejša diplomirana medicinska sestra, mlajši udeleženci	mlajša diplomirana medicinska sestra, starejši udeleženci	diplomirana medicinska sestra, in udeleženci iste starosti	skupaj
pozitivna ocena	49	84	68	201
	58,3%	100,0%	81,0%	79,8%
negativna ocena	35	0	16	51
	41,7%	0,0%	19,0%	20,2%

*hi-kvadrat=45,282; $p < 0,001$

Rezultati v tabeli 10 prikazujejo, da je med izvajanjem zdravstveno vzgojnih programov najbolj kakovostno delovala skupina, ki jo je vodila diplomirana medicinska sestra nižje starosti od udeležencev (povprečna starost udeležencev 51-64 let) na zdravstveno vzgojnem programu šola zdravega hujšanja. Ta skupina je bila v času 30 minut pri vseh spremenljivkah kakovosti konstantno ocenjena pozitivno (100 %). Nekoliko manj učinkovit rezultat je bil dosežen v skupini (zdravstveno vzgojni program šola za starše – priprava na porod), kjer so diplomirana medicinska sestra in udeleženci imeli enako (povprečna starost 30 let) starost (81,0 %), najmanj učinkovit pa v skupini, kjer je bila diplomirana medicinska sestra starejša (povprečna starost udeležencev 22-35 let) od

udeležencev (58,3 %). Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembno razliko v kakovosti pri izvajanju zdravstveno vzgojnih programov med opazovanimi skupinami (hi-kvadrat = 45,282; $p < 0,001$).

3.5 RAZPRAVA

Promocija zdravja je ključnega pomena za celotno prebivalstvo. Namen našega raziskovanja je bil ugotoviti, ali obstajajo razlike v učinkovitosti izvajanja zdravstveno vzgojnih programih glede na starost diplomirane medicinske sestre in udeležencev. Prav tako smo želeli ugotoviti, kateri diplomirani medicinski sestri udeleženci v zdravstveno vzgojnih programih bolj zaupajo (starejši ali mlajši). Raziskava na vzorcu 60 udeležencev treh zdravstveno vzgojnih programih je bila izvedena v popoldanskem času v zdravstveni ustanovi OZG OE Zdravstveni dom Kranj. V programih promocije zdravja so bile diplomirane medicinske sestre različnih starosti. V prvem programu je bila diplomirana medicinska sestra starejša od udeležencev, v drugem je bila mlajša, v zadnjem pa enako stara kot udeleženci. Le tako smo lahko pri prvih dveh izvajali medgeneracijsko sodelovanje. Tretja skupina pa je bila kontrolna.

V zadnjih letih se povečuje število zdravstveno vzgojnih programov. V Braziliji je bila izvedena randomizirana študija o vzgojno-izobraževalnih medgeneracijskih programih. Rezultati so pokazali, da imajo medgeneracijske dejavnosti pozitivne učinke tako za mladostnike kot tudi za starejše (De Souza in Grundy, 2007).

Naša raziskava je pokazala, da je medgeneracijsko sodelovanje danes nujno potrebno in udeležencem veliko pomeni sodelovanje med generacijami (83,3 %). Udeleženci so mnenja, da mlajši od starejših pridobivajo znanja in izkušnje, starejši od mlajših pa novejša znanja.

Podobno kot v naši raziskavi so Krout in sodelavci ugotovili tudi v raziskavi o medgeneracijskih storitvah na vzorcih učenja. Študenti (225) in starostniki (148), ki so

bili vključeni v raziskavo, so poročali o visoki stopnji zadovoljstva in da so se eni od drugih veliko naučili (Krout, 2010).

Vzpodbudno je, da se starejša generacija zaveda in priznava potrebo po pridobitvi novih znanj s sodelovanjem in z izkušnjami mlajše generacije in nasprotno. Izbira udeležencev starejše in izkušenejše diplomirane medicinske sestre v primeru bolezni je pričakovana in razumljiva.

Družbena vrednost mladih in njihovega pridobljenega svežega znanja je na samem vrhu, kar daje največjo težo oziroma vrednost tej raziskavi, saj potrjuje zaupanje in sodelovanje med generacijami. Ne daje zaupanja samo znanju ali dolgoletni praksi diplomirane medicinske sestre, temveč je oboje v sožitju. V raziskavi smo udeležence spraševali, kateri diplomirani medicinski sestri bolj zaupajo pri promociji zdravja, pri čemer jih je največ odgovorilo, da tistim z delovno dobo 10 let. Malenkost manj navedb je bilo za 20 let delovne dobe. Udeleženci, mlajši od 35 let, najbolj zaupajo diplomirani medicinski sestri z 10 let delovne dobe, starejši od 35 let pa diplomirani medicinski sestri z 20 let delovne dobe. Udeležence smo spraševali, katera diplomirana medicinska sestra je najbolj zaželena. Rezultati v tabeli 7 prikazujejo, da si bolj želijo starejšo diplomirano medicinsko sestro.

Leta 2009 je bila izvedena raziskava, kjer so ugotavljali, kako so zdravniki, medicinske sestre in oskrbovalci v Sloveniji usposobljeni za potrebe starih ljudi. Rezultati so bili dobri, kar kaže na zaupanje strokovnjakov navedenih profilov za delo s starostniki (Skela Savič, Zirc in Hvalič Touzery, 2010).

V tem diplomskem delu so bile opazovane tri skupine (dve iz šole za starše in ena iz šole zdravega hujšanja). Gre za različne zdravstveno vzgojne programe glede na ciljno skupino (nosečnice s partnerji ter srednja in starejša generacija, ki hujša) in glede na razlog obiskovanja zdravstveno vzgojnega programa. Obstajajo določeni zadržki primerjave rezultatov. Zato se v proučevanju nismo osredotočali na razlog obiska ampak na starost diplomirane medicinske sestre in udeležencev v zdravstveno vzgojnih

programih ter učinkovitost različnih programov promocije zdravja z vidika medgeneracijskega sodelovanja in zaupanja med udeleženci in diplomirano medicinsko sestro.

Poudariti je potrebno, da je medicinska sestra pomemben člen v sistemu zdravstvene obravnave. S svojim delom pospešuje zdravstvenovzgojno delo in s tem zagotavlja kakovostno, učinkovito in varno obravnavo pacienta.

Med izvajanjem programov promocije zdravja so bile opazovane tri skupine udeležencev v času 30 minut. Vsakih 5 minut se je podala oziroma označila ocena pri posameznih spremenljivkah o kakovosti delovanja skupine. Rezultati prikazujejo, da so bili ves čas v vseh treh programih prisotni pozitivna verbalna in neverbalna komunikacija ter da je diplomirana medicinska sestra upoštevala udeležence. Opazovali smo tudi kakovost izvajanja programa promocije zdravja glede na starostno razmerje med diplomirano medicinsko sestro in udeleženci. Rezultati, ki so se pojavili, so bili zanimivi glede na odgovore in mnenja udeležencev programov promocije zdravja. Najbolj kakovostno je delovala skupina, kjer so bili udeleženci starejši (od 50-65 let) od diplomirane medicinske sestre. To dokazuje željo po pridobivanju novega in svežega znanja udeležencev.

Pomanjkljivosti pri delovanju skupin so se pokazale z manjšim zaupanjem v začetnem delu programa, ko je bila prisotna zadržanost, nezaupanje in posledično šibko kontaktiranje udeležencev z diplomirano medicinsko sestro. To bi lahko pripisali medsebojnemu nepoznavanju in nevednosti udeležencev. Neizpodbitno nam ta raziskava dokazuje, da brez znanja in nekaj letne prakse medicinske sestre ni mogoče kvalitetno in uspešno promovirati zdravstveno vzgojno delo, skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja.

Na osnovi dobljenih rezultatov diplomskega dela zaključujemo, da bi bilo v prihodnosti potrebnih še več raziskav na področju zdravstveno vzgojnega dela pri programih promocije zdravja z vidika medgeneracijskega sodelovanja. Pomanjkljivost našega

empiričnega dela je, da v raziskavo niso bili vključeni najstniki. Prav tako je bilo premalo vključenih starostnikov nad 65 let, zaradi tega nismo mogli ugotoviti razlik v zadovoljstvu in razlik v učinkovitosti programov promocije zdravja. Smo pa ugotovili statistično pomembne razlike v učinkovitosti ($p = <0,001$) delovanja skupine, ki jo je vodila diplomirana medicinska sestra nižje starosti od starosti udeležencev (povprečna starost od 51-64 let).

Predlagamo več ločenih raziskav glede na vrsto zdravstveno vzgojnega programa (spolnost, alkohol, droge, Šola zdravega hujšanja, Šola za starše in podobno) in nato primerjavo rezultatov po starosti in učinkovitosti medgeneracijskega sodelovanja. Prav tako predlagamo večji vzorec, da bi bili rezultati lahko bolj reprezentativni za proučevano populacijo.

Glede na to, da število starostnikov narašča, je medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja kot kažejo rezultati naše raziskave zelo primerno. Večina udeležencev je mnenja, da mladi od starejših pridobijo dolgoletne izkušnje, starejši od mlajših pa nova znanja. Glede na dobljene rezultate naše empirične raziskave bi bilo smiselno uvesti medgeneracijsko sodelovanje v zdravstveno vzgojnih programih. Pomembno je, da vsaka diplomirana medicinska sestra, ki bo vključena v izvedbo teh programov, predhodno pridobi ustrezne izkušnje in znanje, saj bo le tako z udeleženci zdravstveno vzgojnih programov vzpostavila zaupljiv odnos.

4 ZAKLJUČEK

Podaljševanje življenjske dobe in nižja rodnost sta sodobna pojava v razvitih evropskih državah. Vse daljše trajanje življenja je sicer izjemen dosežek sodobne civilizacije, po drugi strani pa skupaj z maloštevilnimi mladimi generacijami prinaša številne spremembe in izzive, kakršnih verjetno v zgodovini človeštva še ni bilo. Proces povečevanja deleža starejših v družbi se je pričel že pred desetletji, a staranje prebivalstva bo po sedanjih napovedih doseglo svoj vrh šele čez 50 in več let (Program aktivnosti in prednostnih nalog v RS v okviru Evropskega leta aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti, 2012).

V prihodnosti bi bilo potrebno še večjo pozornost usmeriti v boljšo in kvalitetnejšo promocijo zdravja med generacijami. Ta naj bi ozaveščala tudi, kako zdravo živeti, kateri so dejavniki tveganja, ki vplivajo na zdravje in kako se le-tem dejavnikom izogniti.

Vsako leto 7. aprila, na obletnico ustanovitve Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), obeležujemo svetovni dan zdravja. 7. 5. 1948 je stopila v veljavo Ustanovna listina SZO, ki je ena od specializiranih agencij Organizacije združenih narodov. Na ta dan posvetijo pozornost enemu ključnih zdravstvenih izzivov, letos izzivom staranja. Ob tem opozarjajo, da je vse leto 2012 namenjeno aktivnemu staranju in solidarnosti med generacijami (Lubi, 2012).

V letu 2012 se veliko govori o medgeneracijskem sodelovanju na različnih področjih. Za nas je pomembno področje promocije zdravja. Poskrbeti moramo za najstarejšo generacijo in jim omogočiti kakovostno starost. Poudariti velja, da so medicinske sestre pomemben del v sistemu zdravstvene obravnave. Njihova naloga naj bi bila pospeševanje zdravstveno vzgojnega dela in drugih aktivnosti, ki zagotavljajo kakovostno, učinkovito in varno obravnavo pacienta oziroma varovanca.

Glede na to, da je staranje globalni problem, je potrebno pozornost posvetiti geriatrični zdravstveni negi in promociji zdravja pri starostnikih. Ne smemo pa zanemariti mlajših generacij, saj se kakovost njihovega življenja v mladosti odraža v starosti. In prav tukaj ima promocija zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja velik pomen. Prav je, da mladi in starejši delujejo v sožitju.

5 LITERATURA

Bongaarts J, Zimmer Z. Living Arrangements of Older Adults in the Developing World: An Analysis of Demographic and Health Survey Household Surveys. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002; 75B(Suppl 3): 145-57.

Cenčič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009.

Declaration of Alma-Ata. Europe: WHO; 1978. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf (24.3.2012).

De Souza EM, Grundy E. *Social Science & medicine*. *Soc Sci Med* 2007; 65(7): 1397-409.

Eklund K, Sjostrand J, Dahlin-Ivanoff S. A randomized controlled trial of a health-promotion programme and its effect on ADL dependence and self-reported health problems for the elderly visually impaired. *Scand J Occup Ther* 2008; 15(1): 68-74.

Eldenman CL, Mandle CL. *Health Promotion, Throughout the life span*, [sixth edition]. Missouri: Mosby; 2006.

Gabrijelčič Blenkuš M, Stanojević Jerković O, Đukič B, Prezelj M, Ješe M, Škornik Tovornik T, et al. *Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010.

Glanz K, Rimer K, Viswanath K. *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey – Bass A Wiley Imprint; 2008.

Goodman C, Davies SL, Dinan S, See Tai S, Iliffe S. Care of the older people. Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *British Journal of Community Nursing* 2011; 16(1): 12-17.

Green J, Tones K. Health promotion. Planning and strategies. London: Sage Publications Ltd.; 2004.

Hagestad GO, Uhlenberg P. The Social Separation of Old and Young: A Root of Ageism. *J Soc Issues* 2005; 61(2): 343-360.

Healthproeldery: Na dokazih utemeljene smernice za promocijo zdravja starostnikov. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

Holmes CL. An Intergenerational Program with Benefits. *Early Childhood Educ J* 2009; 37(2):113-119.

Horowitz BP, Wong SD, Dechello K. Gerontology & Geriatrics Education. *Gerontol Geriatr Educ* 2010; 31(1): 75-91.

Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.

Hvalič Touzery S. Tukaj smo! Opazite naše delo! Pomagajte nam! Raziskava o oskrbi starega človeka v družbi. *Kakovostna starost* 2007; 10(2): 4-27.

Kiger MA. Teaching for health. London: Elsevier; 2004.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005. Dostopno na: http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf (15.6.2012).

Krout JA, Bergman E, Bianconi P, Caldwell K, Dorsey J, Durnford S, et al. Gerontology & Geriatrics Education. Gerontol Geriatr Educ 2010; 31(1): 55-74.

Kump S, Jelenc Krašovec S. Prestari za učenje?: vzorci izobraževanja in učenja starejših. Ljubljana: Pedagoški inštitut: znanstvena založba Filozofske fakultete; 2010.

Lindstrom B, Eriksson M. Health Promotion International: Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public. Health Promot Int 2006; 21(3): 238-244.

Lubi T. Svetovni dan zdravja 2012. Utrip 2012; 20(5): 23-4.

Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986. Dostopno na: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (22.10.2011).

OZG OE Zdravstveni dom Kranj: Zdravstveno vzgojni center. Kranj: Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Kranj; 2011. Dostopno na: http://www.zd-kranj.si/zdr_vzg_center.html (30.11.2011).

Pečjak V. Psihologija staranja. Bled: Samozaložba; 2007.

Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Poklicne_aktivnosti_in_kompetence08.pdf (1.5.2012).

Program aktivnosti in prednosti nalog v RS v okviru Evropskega leta aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti 2012. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve; 2012. Dostopno na: http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CHEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mddsz.gov.si%2Ffileadmin%2Fmddsz.gov.si%2Fpageuploads%2Fdokumenti__pdf%2Fword%2Fel_2012_%2FProgram_aktivnosti_

el2012_140212.doc&ei=zfeuT_KeB-bY4QTCgomTCQ&usg=AFQjCNEKsX5jJeAMqXE4PJ6P-r6aqjo2Iw&sig2=FFJpC6pOK-RbYUAoh80kyw (10.5.2012).

Ramovš J. Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2003.

Skela Savič B. Staranje in zdravje – izzivi za zdravstveno nego. In: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika – strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo: zbornik prispevkov z recenzijo; 2010 Jun 21-22; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010a: 17-26.

Skela Savič B. Znanje v zdravstveni negi kot odziv na potrebe zdrave in bolne populacije – perspektive razvitega sveta. 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 2010b: p. 45–66.

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.

Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use (3rd ed). New York: Oxford University Press; 2003.

Šircelj M. Staranje prebivalstva v Sloveniji In: Hlebec V, ed. Starejši ljudje v družbi sprememb. Maribor: Aristej; 2009: 15-43.

Tanahill A. Health Promotion: The Tanahill model revisited. *Public Health* 2008; 122(12): 1387-91.

The Bangkok Charter for Health promotion in a Globalized World. Bangkok: WHO; 2005. Dostopno na: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf (23.4.2012).

Ule Nastran M. Temelji socialne psihologije 3. Ljubljana: Znanstveno publicistično središče; 2000.

Wills J. Vital notes for nurses: Promoting health. Oxford, Malden: Blackwell Pub; 2007.

Zaletel-Kragelj L. Eržen I., Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje; 2007.

Zurc J. Človekovo zdravje in razvoj. In: Skela Savič B, eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010a: 40-51.

Zurc J. Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja: predstavitev razvojnega projekta Ministrstva za zdravje RS in izdelkov študentov. In: Hvalič Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika – Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo: zbornik prispevkov z recenzijo; 2010 Jun, 21-22; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010b: 78-88.

Zurc J. Vloga in pomen metodike zdravstvene vzgoje v slovenskem zdravstvu. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Hvalič Touzery S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege – Zbornik predavanj z recenzijo: 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. 2010; Sept 16-17; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010c: 244–37.

Zurc J, Torkar T, Bahun M, Ramšak Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija. In: Skela Savič B, et al., eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 52-62.

Žnidarec Žagar L. Vzgojnoizobraževalna vloga medicinske sestre. Ljubljana: Andragoška spoznanja 2000; 6(2): 85-92.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 vprašalnik

Spoštovani!

Moje ime je Vesna Kondić in sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Za potrebe svojega diplomskega dela (v letu 2011/2012) raziskujem učinkovitost zdravstveno vzgojnih programov z vidika medgeneracijskega sodelovanja pod mentorstvom doc. dr. Brigitte Skele Savič in somentorstvom doc. dr. Joce Zurc. Za izvedbo raziskave vljudno prosim za vaše sodelovanje in odgovore na vprašanja, ki sem jih pripravila v ta namen. Pridobljeni podatki služijo zgolj v raziskovalne namene.

Anketa je anonimna.

Za sodelovanje se vam lepo zahvaljujem!

Obkrožite / dopišite!

Spol:

0. Ženska

1. Moški

Starost:

1. 21 let in manj

2. od 22 - 35 let

3. od 36 - 50 let

4. od 51 - 64 let

5. nad 65 let

Izobrazba:

1. osnovnošolska izobrazba

2. srednješolska izobrazba

3. visokošolska/univerzitetna izobrazba

4. podiplomska izobrazba (specializacija, magisterij, doktorat)

Ali ste že slišali za izraz promocija zdravja?

1. da 2. ne

Ali ste že slišali za izraz medgeneracijsko sodelovanje?

1. da 2. ne

Kaj po vašem mnenju pomeni izraz medgeneracijsko sodelovanje?

1. sodelovanje mladih s starejšimi
2. sodelovanje starejših z mladimi
3. sodelovanje med generacijami

Kaj menite, da lahko mlajša generacija pridobi z medgeneracijskim sodelovanjem?

1. zaupanje
2. najnovejša znanja
3. dolgoletne izkušnje

Kaj menite, da lahko mlajša generacija pridobi z medgeneracijskim sodelovanjem?

1. zaupanje
2. najnovejša znanja
3. dolgoletne izkušnje

Kaj vam pomeni medgeneracijsko učenje?

1. pridobivanje znanja in izkušenj od starejših
2. pridobivanje znanja in izkušenj od mlajših
3. pridobivanje znanja in izkušenj od enako starih

Kateri diplomirani medicinski sestri bolj zaupate pri promociji zdravja?

1. študentki
2. pripravnici
3. s 5 let delovne dobe
4. z 10 let delovne dobe
5. z 20 let delovne dobe
6. s 30 let delovne dobe

Če bi imeli resne težave z zdravjem in bi morali obiskati zdravnika, katero diplomirano medicinsko sestro bi imeli rajši takrat na razpolago?

1. starejšo (dolgoletne izkušnje)
2. mlajšo (nova znanja)

Opredelite vaše stališče do medgeneracijskega sodelovanja v promociji zdravja. Označite z znakom X pri vsaki trditvi glede na vaše strinjanje oz. nestrinjanje.

(1 - popolnoma se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - se delno strinjam, 4 - se strinjam, 5 - se zelo strinjam)

	1	2	3	4	5
Medgeneracijsko sodelovanje je danes nujno potrebno.					
Starostniki so pomembni za našo družbo.					
Všeč mi je, če me o zdravju poučuje mlajša diplomirana medicinska sestra.					
Mladi so pomembni za našo družbo.					
Všeč mi je, če me o zdravju poučuje starejša diplomirana medicinska sestra.					
Za promocijo zdravja so bolj primerni tradicionalni pristopi in ne medgeneracijsko sodelovanje.					
Všeč mi je, če me o zdravju poučuje enako stara diplomirana medicinska sestra.					
Za program spolnosti je promocija zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja zelo primerna.					
Medgeneracijsko sodelovanje je novost v promociji zdravja.					
Za program šola za starše je promocija zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja zelo primerna.					
Za program šola zdravega hujšanja je promocija zdravja skozi vidik medgeneracijskega sodelovanja zelo primerna.					

6.1.2 Ček lista

ČEK LISTA za celotno skupino

št.	SPREMENLJIVKE/ČAS	5 min	10 min	15 min	20 min	25 min	30 min
1	zadovoljstvo udeležencev						
2	udeleženec izkazuje interes						
3	DMS upošteva udeleženca						
4	udeleženec se pogovarja z DMS						
5	udeleženec izkazuje zaupanje do DMS						
6	udeleženec sodeluje						
7	udeleženec izraža svoje mnenje						
8	udeleženec postavlja vprašanja						
9	udeleženec je motiviran						
10	udeleženec komentira mnenje drugega udeleženec						
11	udeleženec je pozitivno naravnani do izobraževanja						
12	udeleženec vneto piše						
13	prisotna je pozitivna verbalna komunikacija						
14	prisotna je pozitivna neverbalna komunikacija						

LEGENDA:

U = udeleženec promocijskega programa

DMS = diplomirana medicinska sestra.