



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
Visokošolski strokovni študijski program prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

SOOČENJE Z IZGUBAMI V STAROSTI

COPING WITH LOSS IN OLD AGE

Mentorica: dr. Radojka Kobentar, viš. pred.

Kandidatka: Urška Stare

Jesenice, junij, 2013

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici za vse napotke in spodbudne besede, ki so bile vedno izrečene ob pravem času in so mi pomagale stopiti korak naprej proti cilju.

Svoji družini za moralno in finančno podporo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Ob današnjem trendu naraščanja starostnikov bo vedno več starejših, ki se bodo spopadali z različnimi vrstami izgube. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci poznajo te izgube in načine, ki jih starostniki uporabljajo za njihovo premagovanje. Zanimalo nas je, kako se starostniki razlikujejo med seboj po vrstah izgub in načinih soočenja z njimi.

Cilj: Cilj raziskovalnega dela je spoznati značilnosti najpogostejših izgub v starosti ter opredeliti najpogostejše načine spoprijemanja z njimi ob koriščenju razpoložljivih virov (npr. pomoč pri prilagajanju na izgubo, nasveti, kje najti pomoč).

Metoda: Uporabili smo kvalitativno analizo delno strukturiranega intervjuja. Vnaprej smo imeli pripravljena vprašanja odprtega tipa, ki smo jih zastavili starostnikom, če pa so se preveč odmaknili od teme, smo jih s podvprašanji usmerjali. Intervjuvali smo 8 starostnikov, ki so bili starejši od 65 let. Razdelili smo jih v dve skupini, in sicer na starejše od 75 let in mlajše, ter na starostnike, ki bivajo v domski oskrbi in v domačem okolju. Intervjuje smo posneli s snemalno napravo, kasneje pa smo izvedli transkripcijo. Naslednji korak je bilo kodiranje po besednih zvezah, ki so po našem mnenju vsebinsko podale odgovore na zastavljena vprašanja.

Rezultati: V naši raziskavi smo ugotovili, da se starostniki najpogosteje srečujejo z izgubo zdravja, izgubo službe/upokojitvijo, slabšim ekonomskim statusom, manjšo socialno mrežo, odhodom otrok od doma in s smrtjo bližnjega/prijateljev. Pri teh izgubah tisti, ki izhajajo iz domske oskrbe, koristijo več formalne pomoči, tisti iz domačega okolja pa koristijo v večji meri neformalno pomoč. Starostniki, ki so socialno bolje integrirani, imajo na voljo več možnosti, da si poiščejo pomoč. Mlajši starostniki se v primerjavi s starejšimi znajdejo v svetu nove tehnologije. Starejši starostniki pa so spremenili način življenja, medtem ko ga mlajši starostniki niso. Način razmišljanja pri vseh ostaja enak.

Razprava: Kako se bodo starostniki soočali s svojimi izgubami, je odvisno od vsakega posameznika posebej. Tisti, ki imajo boljšo socialno mrežo, imajo na voljo več razpoložljivih virov za iskanje pomoči. Starostniki se po načinu soočanja z izgubami glede na življenjsko obdobje med seboj razlikujejo v dveh točkah. Starejši od 75 so

zaradi izgube zdravja primorani spremeniti način življenja. Mlajši starostnik do 75 let pa se zaradi računalniške pismenosti lažje znajdejo v situacijah, saj si hitreje poiščejo potrebne informacije. Starostniki, ki živijo v domačem okolju, imajo običajno boljšo socialno mrežo kot starostniki v domski oskrbi. Boljša socialna mreža jim omogoča širši spekter pri iskanju pomoči, čeprav pa to ne pomeni, da bodo imeli nekoga, ki se mu bodo lahko zaupali. Starostniki v domačem okolju večkrat zaprosijo za pomoč svoje bližnje in sosede, medtem ko tisti, ki prihajajo iz doma, v večji meri izkoristijo pomoč, ki jim jo nudijo v domu.

Ključne besede: starostnik, izgube, načini soočenja.

SUMMARY

Theoretical basis: With the rapid growth of elderly population the number of older people experiencing different types of loss is increasing. Therefore it is very important for the medical staff to be able to identify these types of loss and to know the methods of coping with them. We investigated different ways of coping with losses experienced by elderly people.

Goal: The goal of our research was to identify the characteristics of the most common losses in old age and the ways of coping with them.

Method: We used the qualitative analysis of structured interview. We used questions prepared in advance. We helped the interviewed person with additional questions if he or she would go off-topic. We had a group of 8 elderly persons - all of them older than 65 years. We divided them into two age groups: the first group - younger than 75, the second group - older than 75 years. They were divided also according to the environment they lived in - domestic environment or retirement home. The interviews were recorded and transcribed afterwards. The next step was to classify phrases giving answers to our research topics.

Results: Our research shows that elderly people most commonly experience health loss, job loss, spouse or friend loss, children moving away, and have a lower socioeconomic status. Elderly people in retirement homes are offered formal assistance/support, whereas elderly in domestic environment get or use the non formal help or assistance. Elderly people, that are socially integrated, have a greater chance of finding proper support, the younger ones can also use modern technology to find help. Some of them change the way of life, but their way of thinking is the same.

Discussion: Each old person will find his/her own way or method to cope with loss. People with large social networks have better chances of finding different sources of help and support. Finally, we can categorize elderly people according to two facts: people older than 75 are pressed to change their way of life because of health loss, people younger than 75 have a chance to use computers as a source of useful information that help them in different situations. Elderly in domestic environment usually have a better social network than people in retirement homes. Better social network helps them to find the assistance, nevertheless, it doesn't guarantee that they

would find a trustworthy person. Elderly in domestic environment often ask their relatives or neighbours for help/assistance, whereas elderly in retirement homes use the organized institutional assistance.

Key words: elderly, loss, coping strategies

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 STARANJE KOT PROCES	3
2.2 TEORIJA SELEKTIVNE OPTIMIZACIJE S KOMPENZACIJO	4
2.3 PSIHOSOCIALNA TEORIJA RAZVOJA	6
2.4 OPIS IZGUB IN NAČINI SOOČANJA	6
2.4.1 Izguba zdravja.....	7
2.4.2 Izguba življenjskega standarda	8
2.4.3 Izguba službe/upokojitev.....	10
2.4.4 Smrt bližnjega prijatelja/partnerja kot izguba	11
2.4.5 Izguba socialnega okolja in mreže.....	12
2.4.6 Izguba avtonomnosti in kompetentnosti	14
2.5 REAKCIJE NA IZGUBE, POVEZANE S SMRTJO	15
2.6 NAČINI SPOPRIJEMANJA	16
2.7 RAZUMEVANJE IZGUB V STAROSTI	18
2.8 ZDRAVSTVENO-VZGOJNO DELO MEDICINSKIH SESTER - UČINKOVITO IN ZADOVOLJNO STARANJE.....	19
3 EMPIRIČNI DEL	21
3.1 NAMEN 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 merskega inštrumenta	22
3.3.3 Opis vzorca.....	22
3.3.4 Opis poteka in obdelave podatkov.....	23
3.4 REZULTATI.....	24
3.5 RAZPRAVA	32
4 ZAKLJUČEK	37
5 LITERATURA	39
6 PRILOGE	47

6.1	VPRAŠALNIK	47
-----	------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki.....	23
Tabela 2: Izguba zdravja	25
Tabela 3: Izguba službe/upokojitev	26
Tabela 4: Ekonomski status.....	27
Tabela 5: Izguba socialne mreže.....	28
Tabela 6: Oseba, ki jim je stala ob strani	29
Tabela 7: Odhod otrok od doma	29
Tabela 8: Soočenje z smrtjo bližnjega/prijatelja.....	30
Tabela 9: Najboljša pomoč/način, ki jim je pomagal pri soočanju.....	31
Tabela 10: Spremenjen način življenja/razmišljanja	32

1 UVOD

Strokovnjaki s številnih področij vedno bolj poudarjajo, da odraslost v današnjem času nenehnih sprememb ni obdobje predvidljivih dogodkov, temveč se posameznik vsakodnevno srečuje s spremembami, ki nepričakovano posegajo v njegov običajni tok življenja (Horvat, 2003). Vsaka sprememba v življenju pravzaprav pomeni neko izgubo, saj zahteva od nas, da opustimo določene odnose, vloge, načrte in možnosti. Vse izgube zahtevajo tudi soočenje, ki je proces, pri katerem se zavedno posloavimo in preoblikujemo izkušnjo izgube in jo integriramo v življenje na tak način, da vzamemo s sabo v prihodnost to, kar je bistveno, in gremo s tem naprej. To pa je mogoče, če se uspemo soočiti z bolečimi čutenji, ki spremljajo izgubo, ter jih v procesu žalovanja predelati (Walsh, McGoldrick, 1991 povz. po Simonič, 2006).

Starost prinaša številne spremembe, ki so lahko vir različnim stiskam, še zlasti kadar se te pojavijo naenkrat. Če sodimo po vsebinah, ki se pojavljajo v različnih oblikah psihoterapevtskih metod dela, so najpogostejši vir stisk starostnikov različne izgube in odvisnost od tuje pomoči. V starosti je marsikdo še dovolj zdrav za kakovostno, tudi še ustvarjalno in samostojno življenje. Po drugi strani pa ni zanemarljiv delež tistih, ki so že povsem odvisni od pomoči bližnjih zaradi posledic različnih bolezni. Kot so različne ohranjene zmožnosti starostnikov, so tudi različne njihove potrebe (Kogoj, 2004).

Med izgubami, s katerimi se starejši pogosteje soočajo kot ostali, so: izguba socialne mreže, izguba funkcionalnih sposobnosti, izguba ekonomskega statusa, izguba doma, smrt partnerja, prijatelja, vrstnika, odhod otrok od doma, izguba samozaupanja in samospoštovanja. Kdor zna sprejeti izgube kot nekaj, kar sodi k življenju, bo lažje vzdržal tudi ob pomembnih življenjskih mejnikih (Kogoj, 2004). Izguba v človekovem življenju pomeni odvzem, zmanjšanje ali odsotnost osebnih kompetenc, sposobnosti ali socialnih stikov, ki se pojavljajo začasno ali trajno in jih človek na različne načine kompenzira.

Potrebno je vedeti, da se bo vsak posameznik na izgubo odzval drugače in da ni napisanega pravila, kaj je prav in kaj narobe. Starostnika lahko pripravimo na izgube ali

pa izgube preprečimo z izvajanjem različnih preventivnih programov. Programi promocije zdravja starejših morajo temeljiti na znanstvenih dognanjih in morajo biti jasno razumljivi javnosti, ki so ji namenjeni. Predvsem morajo izhajati iz potreb starejših in potreb tistih, ki se pri svojem vsakodnevnem delu srečujejo s starejšimi (Gabrijelčič Blenkuš et al., 2010).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 STARANJE KOT PROCES

Staranje lahko opišemo kot proces, ki prinaša spremembe na področjih zdravja in bolezni, avtonomije in odvisnosti, kompetenc in deficitov, svobodne volje, zapuščenosti in modrosti. Prav tako opazamo pojave bojzani pred izgubo varnosti, pomisleke glede umiranja, smrti, pravic in dolžnosti (Baltes, 1999 povz. po Kobentar, 2008). Je proces, ki traja celo življenje, od rojstva do smrti. V različnih življenjskih obdobjih je zaznavanje izgub različno prepoznavno: pri odraščajočem otroku je praktično nevidno, pri osemdesetletniku pa zelo očitno. Nihče se ne more izogniti izgubam ali jim uiti, lahko pa s svojim načinom življenja na svoje staranje pomembno vpliva. Staranje je proces ali dogajanje, ki je lasten vsem živim bitjem, in njegovemu vplivu se je nemogoče izogniti. Starost je življenjsko obdobje, ki je opredeljeno s kronološkega, funkcionalnega (biološkega) in doživljajskega (psihološkega) vidika. Ti vidiki so med seboj povezani, lahko pa se oddaljijo drug od drugega; tako se staranje po enem vidiku ne prekriva s staranjem po drugem vidiku. Poznamo tri vrste starosti (Mertik, 2011).

Kronološka starost je določena z letnico rojstva in predstavlja dejansko število let nekega človeka. Dejstvo, da je človek pogosto po videzu drugačen, kot bi sodili po njegovih letih, priča o tem, da je kronološka starost nezanesljiv podatek. Ugotovljeno je bilo, da lahko razlika med videzom in dejansko starostjo znaša celo 10 ali 15 let. Povezana je z določenimi življenjskimi dogodki, kot so na primer vstop v šolo, v poklicno življenje, upokojitev (Mertik, 2011).

Funkcionalna starost ali biološka starost (zdravniška oznaka) se kaže v tem, koliko človek zmore samostojno opravljati temeljna življenjska opravila in koliko je zdrav, zato zdravniki to starost navadno imenujejo biološka (Ramovš, 2004). Označuje stanje organizma in pove, koliko je staro telo glede na pravilno delovanje osnovnih telesnih funkcij in celičnih procesov. Je težko dokazljiva, saj današnja medicina ne razpolaga z biološkimi testi, ki bi dovolj zanesljivo določali dejansko starost telesa (Mertik, 2011).

Doživljajska starost se kaže v tem, kako človek sprejema in doživlja svojo trenutno starost in vse, kar je povezano z njo. Naziv doživljajska starost je širši in globlji kakor psihična, saj psihična starost zajema le človekovo duševno dožemanje svoje starosti, doživljajska pa celoten osebni odnos do nje. Kronološko staranje poteka pri vseh ljudeh in v vsakem obdobju življenja enako hitro; nanj nima človek nikakršnega vpliva. Funkcionalno se različni ljudje starajo različno hitro; na funkcionalno staranje človek zelo vpliva z načinom svojega življenja. Največje razlike med ljudmi pa so pri doživljajskem staranju, ki je povsem odvisno od človeka samega (Ramovš, 2004).

Tretje življenjsko obdobje lahko razdelimo v:

- **zgodnje starostno obdobje** od 66. do 75. leta, ko se človek privaja na upokojsko svobodno življenje, običajno je dokaj zdrav in trden ter živi zelo dejavno;
- **srednje starostno obdobje** od 76. do 85. leta, v katerem se v svojih dejavnostih prilagaja ter doživljajsko privaja na upadanje svojih moči in zdravja, naglo izgublja vrstnike, večini pa že umre sozakonec;
- **pozno starostno obdobje** po 86. letu starosti, ko postaja kot prejemnik pomoči za mlajši dve generaciji nemi učitelj najglobljih temeljev človeškega dostojanstva, sam pa opravlja zadnje naloge v življenju (Ramovš, 2004).

Staranje povezujemo s pešanjem življenjskih funkcij organizma. Pomembne so predvsem psihične in fizične spremembe. Upadanje telesnih zmogljivosti in psihičnih sposobnosti človeka nastopi pri posameznikih v različnih starostnih obdobjih (Milavec Kapun, 2011). V starosti se pogosto zmanjšajo biološke funkcije ter sposobnosti organizma. Posameznik v tem obdobju izgublja svoje delovno, reprodukcijsko in kreativno funkcijo. Staranje je stalni proces, ki vodi do izgube zmožnosti prilagajanja organizma, upada intenzivnosti življenjskih funkcij ter bolj ali manj postopne, vendar neizogibne izgube funkcionalne sposobnosti (Cijan, 2003 povz. po Horvat, 2011).

2.2 TEORIJA SELEKTIVNE OPTIMIZACIJE S KOMPENZACIJO

Baltes (1990) imenuje ta model prilagajanja na starostne spremembe selektivna

optimizacija - postopno opuščanje zahtevnejših opravil in preusmerjanje preostalih zmožnosti na tiste dejavnosti, ki so pomembnejše za individualno življenje in manj zahtevne za človekove zmožnosti. Spodbude iz okolja naj bi pomagale staremu človeku ohranjati tiste dejavnosti, za katere nima več energije. Ta model najpogosteje srečujemo pri tistih posameznikih, ki živijo sami v svojem domu (Resman, 2005).

Baltes in Baltes (1990) govorita o modelu selektivne optimizacije s kompenzacijo, ki je povezana s fizičnimi in družbenimi spremembami starostnika. Optimizacija se nanaša na vedenjski vzorec, ki je maksimalno usmerjen samo na izbrane aktivnosti, in opustitev drugih. Kompenzacijo pa predstavljajo različni tehnični pripomočki, ki kompenzirajo izgubo fizičnih in senzoričnih sposobnosti, ter različni zunanji načini za izboljšanje spominske strategije (odlaganje stvari na stalno mesto) (Pečjak, 1998 povz. po Resman, 2005).

Svetina in Župančič sta v svojem prispevku z naslovom Strategije upravljanja z življenjem v odraslosti: prečna študija v Sloveniji predstavila model strategij upravljanja z življenjem (SUŽ), ki ga je razvil Baltes. SUŽ so načini vedenja, ki jih posamezniki uporabljajo pri spoprijemanju z izzivi in težavami v vsakdanjem življenju. Selekcija se nanaša na izbiro določenega cilja, optimizacija na vlaganje sredstev za doseg cilja (model SUŽ loči prostovoljno in prisilno obliko selekcije), kompenzacija pa na iskanje alternativnih virov, kadar je doseganje cilja otežkočeno. Cilj so v prispevku opredelili kot stanja, ki jih hoče posameznik doseči, jih ohraniti ali pa se jim izogniti. Ta stanja lahko pomenijo določeno materialno dobrino, uslugo, socialno dobrino, biološko stanje, lahko pa imajo psihološko varnost ali simbolno vsebino. Za doseganje ciljev in načina njihovega zadovoljevanja je v veliki meri pogojeno s kulturo, v kateri posameznik živi. Kljub temu, da se ljudje razlikujemo v svojem izbiranju in doseganju ciljev, Baltes (1997) navaja, da so temeljni mehanizmi, ki vodijo izbiro in doseganje ciljev, pri ljudeh enaki ne glede na njihovo starost, spol in kulturo. Baltes je prepoznal in opredelil tri temeljne prilagoditvene strategije: selekcijo, optimizacijo in kompenzacijo (Svetina, Župančič, 2007).

2.3 PSIHOSOCIALNA TEORIJA RAZVOJA

Psihološke, socialne, okoljske in druge dejavnike ter potrebo po socialnih odnosih bi težko razumeli brez poznavanja psihosocialne teorije razvoja (Erikson, 2000 povz. po Kobentar, 2008), ki v obdobju odraslosti opredeljuje razmerja med fazo generativnosti in stagnacije, z razvojno nalogo vzgoje naslednje generacije ter kreativnimi in produktivnimi aktivnostmi. Naslednja razvojna faza je določena z integracijo jaza nasproti dvomu. Podaljšanje generativnosti v visoko starost na popoklicno in poststarševsko življenjsko fazo prispeva k razvoju mišljenja in spoznanju modrosti. Generativnost in integracija sta dve uspešno razrešeni fazi psihosocialnega razvoja, ki združujeta in izražata pričakovanja z vključevanjem v socialne odnose in dejavnim sodelovanjem pri sooblikovanju življenja ter sposobnosti razumevanja sprememb in pomembnih izgub. Osrednji element je sposobnost prepoznavanja resnice, da s staranjem ne postajamo lepši in močnejši, temveč kot ljudje boljši in plemenitejši (Kobentar, 2008).

Erikson je preoblikoval Freudovo teorijo psihoseksualnega razvoja in pri tem v mnogo večji meri vključil socialne dejavnike, ki vplivajo na posameznikov razvoj. V svoji stopenjski teoriji psihosocialnega razvoja opisuje in razlaga kakovostne spremembe v delovanju posameznika od rojstva do smrti, ki se pojavljajo v invariantni sekvenci in so kulturno univerzalne. Napovedljivo zaporedje stopenj izvira iz zakonitosti biološke maturacije posameznika, ki omogoča razvoj posameznikovih potencialov za interakcije z drugimi ljudmi. Vse družbe, ki so se v svojem razvoju ohranile, so pred posameznika postavljale zahteve, skladne z njegovimi biološkimi dosežki. Te zahteve, navedene v kronološkem zaporedju razvoja posameznika, so dosledna skrb in nega, uravnavanje samostojnosti, uravnavanje nesprejemljivih želja, učenje družbeno smiselnih spretnosti, znanj, opredelitev identitete, intimnosti in reprodukcija, skrb za naslednje generacije ter soočanja s smrtjo (Marjanovič Umek, Župančič, 2009).

2.4 OPIS IZGUB IN NAČINI SOOČANJA

Stres je stalni spremljevalec spoprijemanja s spremembami v posameznikovem

življenju, spremembe pa so gradniki razvoja, zato velja, da je tudi stres pomemben del razvoja (Klemenčič, 2006). Poznamo različne pristope za spoprijemanje s spremembami. Avtorica Horvat (2003) opisuje pristop vseživljenjskega učenja, ki se vedno bolje uveljavlja. Paradigma vseživljenjskega razvoja poudarja, da je proces, ki se nadaljuje še naprej v odraslosti, starosti in se konča šele s smrtjo, to je v nasprotju z večino tradicionalnih teorij, ki pravijo, da se razvoj zaključi z vstopom v odraslost. V članku je opisanih nekaj teorij spopadanja s spremembami, kot so: teorija razvojnih nalog, proces spreminjanja razpoloženja oziroma občutka kompetentnosti - to so samo nekatere izmed teorij. Pomembno je, da poznamo več teorij, ter za soočenje z izgubami najdemo ustrezno razlago za odziv in spoprijemanje. Saj se posamezniki med seboj razlikujejo na kulturnem in zgodovinskem področju. Zato se je potrebno vprašati, katera izmed teorij bo najbolj učinkovita pri posamezniku (Horvat, 2003).

2.4.1 Izguba zdravja

Zdravje v sodobnem svetu civiliziranih teles predstavlja pomembno vrednoto. Kronična bolezen zato v človekovem življenju pomeni krizni življenjski dogodek in nenehno obvladovanje situacij, ki jih bolezen prinaša. Od posameznika zahteva velike prilagoditve v življenjskem stilu tako na individualni kot tudi na družbeni ravni (Kregelj, 2008). Kronične bolezni močno vplivajo na starejšo populacijo in so povezane z invalidnostjo in zmanjšano kakovostjo življenja ter večjimi stroški za dolgotrajno nego (Healthy aging, 2009). Ko se človek spopada s kronično boleznijo, se ne spopada samo z oslabilnim telesom in fizično bolečino, ampak tudi s psihičnimi in socialnimi posledicami bolezni; z mnogimi negotovostmi in strahovi, ki so povezani z boleznijo, sedanjostjo, prihodnostjo, s spremenjeno samopodobo oziroma odnosom do sebe, s spremenjenimi odnosi do sveta, do bližnjih, do dela itd. Te posledice so včasih še bolj obremenjujoče kot sama bolezen (Ule, 2009). Obravnava starostnika s kronično boleznijo zahteva izkušen zdravstveni tim, ki ga vodi zdravnik. Vanj je vključena medicinska sestra in ostali strokovnjaki različnih področij, kakor tudi svojci. Ob tem je potrebno poudariti, da je bolnik enakopravni član tima. Brez sodelovanja svojcev starostnika ali njemu bližnjih zdravstvena nega in rehabilitacija ne more uspeti v polni meri (Turk, 2004 povz. po Železnik, 2010). Bolezen na nas vpliva tako, da nam

povzroča negativni stres. Socialna in psihosocialna podpora pomembno vpliva na to, kako se bomo soočili z vlogo bolnika. Zadostna podpora pa pomembno vpliva na kakovost življenja bolnika (Gibson et al., 2011). Razmišljanje o potrebi po zdravstveni negi pomembno zadevajo starostnike, saj so specifične potrebe odvisne od stanja zdravja, ohranjenih sposobnosti, prisotnosti več kroničnih bolezni ter zdravstvene obravnave (Kobentar, 2010). Verjetnost za kronično obolenje se povečuje s starostjo. To pomeni, da se s staranjem prebivalstva pojavlja več kroničnih bolezni. Kronične bolezni bolj bremenijo revnejše kot premožnejše sloje, pa tudi zdravljenje teh bolezni je manj uspešno pri revnejših bolnikih kot pri premožnejših (Ule, 2009). Kronični bolniki morajo obvladati predvsem tri strategije v svojem življenju:

- najti smisel v svojem življenju kljub trajni oviranosti,
- rekonstruirati red v življenjskem svetu,
- rekonstruirati samopodobo (Charmaz, 2000 povz. po Ule, 2009).

Naloge medicinske sestre pri obravnavi starostnika s kronično boleznijo so:

- izvajanje in vodenje zdravstvene nege pri promociji zdravja, pri preprečevanju obolenja, pri zdravljenju, rehabilitaciji posameznikov, družin ali skupnosti,
- poučevanje starostnikov in zdravstvenega osebja,
- učinkovito sodelovanje v zdravstvenem timu (Železnik, 2010).

Posebno tveganje na področju zdravja pri starejših predstavlja tudi hkratno prekrivanje različnih vrst težav med drugimi tudi zdravstvenih. To v večji meri povečuje tveganja in negativno vpliva na kakovost življenja na splošno. Velikokrat starejši zaradi šibkega finančnega statusa živijo v neprimernih razmerah, ki povečujejo tveganje za zdravje (Kavčič, Filipovič Hrast, Hlebec, 2012).

2.4.2 Izguba življenjskega standarda

Družbene spremembe, ki smo jim bili priča v preteklih dveh desetletjih, aktualni gospodarski trendi, ki starejši generaciji ni omogočila kompenzacije cen z visokimi plačami in sistema rent, temveč le nizke pokojnine, pehajo čez rob veliko več ljudi, kot bi si želeli priznati. Zato je danes veliko starejših revnih in njihova človekova pravica

do enakovrednega življenjskega standarda ni spoštovana (Pezelj, 2008). V Sloveniji je stopnja tveganja revščine pri starejših od 65 let leta 2012 brez dohodka v naravi bila 20,9 %, z dohodkom v naravi pa 20,2 % (Iskanje in pregledovanje podatkov, 2012). V Evropi je stopnja revščine pri starejših od 65 let znašala 15,9 %, najvišja je bila v Španiji, 21,7 najnižja pa na Madžarskem - 4,1 %. (Poverty in Europe, 2012), medtem ko je v Združenih državah Amerike stopnja revščine pri starejših od 65 najnižja in je leta 2011 znašala 8,7 % (Information on poverty and income statistics, 2012).

Kakovost staranja je odvisna tudi od zaposlenosti, možnosti za delo po upokojitvi, dohodka in premoženja, saj je pomembno, da imajo ljudje na voljo dovolj materialnih sredstev za ohranitev ustreznega življenjskega standarda, ko se starajo in se upokojijo (Ramovš, 2011).

Prispevek avtorice Saražin Klemenčič (2011) prikazuje prve rezultate ekonomsko-socialnega dela raziskave Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji. V raziskavi je sodelovalo 1045 anketirancev. Na vprašanje o dohodkih za preživljanje je bilo možnih več odgovorov in ti kažejo, da se večina anketiranih starejših odraslih v Sloveniji (68 %) preživlja s pokojnino, 16 % se jih preživlja s plačo, ki jo zaslužijo z rednim ali pogodbenim delom, z drugimi viri pa 5 %. Finančne pomoči zakonca, otroka, sorodnika itd. je deležnih 4 % anketiranih, 3 % jih prejema socialno podporo (stalna, občasna, javna, s strani dobrodelnih organizacij itd.), dobra 2 % pa se jih preživlja s prodajo proizvodov lastnega dela ter slaba 2 % z dohodki iz premoženja (obresti, dividende, prihranki, najemnine itd.). Prehajamo v obdobje z vedno večjim deležem starejšega prebivalstva in naraščajoče revščine tudi v t. i. razvitem svetu. Številne raziskave kažejo, da so revščini izpostavljene predvsem starejše ženske. Leta 2008 je bilo na primer v evropski sedemindvajseterici v povprečju 22 % žensk, starih 65 let in več, ki jih je ogrožala revščina, pri nas v Sloveniji pa je bil ta delež še višji, 27 %. Pri iskanju vzrokov za relativno velik delež starejših žensk, izpostavljenih revščini v Sloveniji glede na povprečje evropske sedemindvajseterice, avtor navaja naslednje vzroke: daljša življenjska doba, višina dohodka (moški so običajno bolje plačani od žensk), stopnja izobrazbe (večina žensk, starejših od 50 let, ima nižjo izobrazbo kot moški) in dolžina delovne dobe (zaradi oskrbe družinskih članov delajo polovični

delovni čas, v primerjavi z moškimi so tudi manj časa na trgu dela). Še posebej so prizadete ženske, starejše od 65 let, ki so skupaj z nezaposlenimi ter podnajemnicami najbolj izpostavljene revščini (Saražin Klemenčič, 2012).

Pomembno je povedati, da tveganje za zdravje ni izolirano od finančnih, socialnih in od sistemskih tveganj. Močan vpliv na povečanje tveganja za poslabšanje zdravstvenega stanja ima finančno pomanjkanje, s čimer je povezana socialna izključenost, osamljenost (Kavčič, et al., 2012). Ena izmed težav, s katerimi se srečuje patronažna medicinska sestra, je tudi materialna revščina. Bolni in starejši si ne morejo privoščiti dietne hrane, težko doplačujejo različne nadstandardne materiale, ki jih potrebujejo za zdravljenje. Težko plačujejo tujo pomoč za nego in druge usluge, ki jih potrebujejo. Zmanjšane preventive na račun kurative v patronažnem varstvu je povzročilo, da medicinska sestra slabše pozna svoj teren in zato marsikateri problemi ostajajo neprepoznani, še posebej pri tisti skupini starostnikov, ki se ne znajdejo in ne zmorejo več poskrbeti zase (Zevnik, 2008).

2.4.3 Izguba službe/upokojitev

Upokojitev pomeni danes veliko več kot le opustitev dela in delovnih navad. Predstavlja sprejem nove družbene vloge, ki se kaže v spremembi vedenja, vsakodnevnega ritma življenja, v drugačnih odnosih med ljudmi, do ljudi in do družine, v premiku interesov od dela k prostočasnim dejavnostim, v spremembi ekonomskega statusa. Zato je priprava ljudi na starost v današnjem času izredno pomembna, saj omogoča starim ljudem najti smisel svojega nadaljnjega življenja (Mali, 2009). S staranjem se spreminja pogled na delo in kariero; čas, povezan z osebnim življenjem in delom, se zdaj ne vrednoti več v smislu, koliko ga je že preteklo, temveč, koliko ga je še ostalo. Pri tem gre za prepletanje treh življenjskih področij izobraževanja, dela in prostega časa (Smyer in Pitt-Catsouhes, 2007 povz. po Kump, Jelenc Krašovec, 2009). Po zaslugi dobrega zdravstva in daljše življenjske dobe je čas ki ga starejši preživijo v tem obdobju, daljši. Tekom časa se je pogled na upokojitev spremenil. Danes to ni več čas za počitek in dremanje in čakanje na konec. V tem življenjskem obdobju si poiščejo nove vloge. Veliko ljudi se odloči za potovanja, udejstvovanje v športu, izvajanje prostovoljnega

dela. V tem obdobju naj ne bi več razmišljali, kaj si morajo še ustvariti, pač pa svojo energijo namenijo za početje tistih stvari, v katerih uživajo (Jones, 2007). Šok ki ga nekaterim predstavlja upokojitev, je najmanjši za tistega, ki so mu poleg dela izpolnjevale čas tudi druge dejavnosti, ki so bile hkrati koristne in zanj prijetne ter spodbudne. Precej lažje se z upokojitvijo sprijaznijo ljudje, ki se tudi sicer lažje sprijaznijo s staranjem in tudi po upokojitvi ostanejo aktivni. Pred možno stisko ob in po upokojitvi je bolj zavarovan tudi tisti, ki je v polnih odnosih z ljudmi in dogajanjem v širšem okolju, ki ga je človek razvijal še v času, ko je bil redno zaposlen. Vse to človeku pomaga, da upokojitve ne doživi kot grožnje svoji samopodobi, temveč kot spremembo, ki mu celo odpira nove možnosti na marsikaterem področju življenja (Berger, 1998 povz. po Ferenc, 2006).

Upokojitev je življenjski dogodek, ki od posameznika zahteva prilagajanje na več področjih življenja in predstavlja novo obliko položaja v družbi. Prilagajanje na upokojitev je tesno povezano tudi z razvojno nalogo preoblikovanja identitete in socialnega položaja, saj posameznik z upokojitvijo izgubi eno izmed pomembnih socialnih vlog (Rice, 1998 povz. po Zupančič, Kavčič, Fekonja, 2004). Da bi upokojenec zapolnil praznino, ki je nastala z upokojitvijo in izgubo zaposlitvene vloge, uporablja različne strategije:

- razširitev vlog, ki jih imajo že od prej (npr. vloga pohodnika, glasbenika),
- prevzem novih vlog (npr. vloga babice ali dedka),
- ohranitev zaposlitvene vloge oz njenih določenih značilnosti (Pihlar, 2009).

2.4.4 Smrt bližnjega prijatelja/partnerja kot izguba

Ne moremo mimo dejstva, da je smrt starejšim bližja, na kar jih pogosto, vsakodnevno opozarjajo hude telesne bolezni. Na izgube, kot posledice smrti bližnjih, so vezani tudi strah pred smrtjo, strah pred umiranjem in upanje v posmrtno življenje. Nekateri starejši uspejo razrešiti osebne stiske ob smrti bližnjih, medtem ko se drugi težko sprijaznijo že s samim staranjem, še težje pa z dejansko bližajočo se smrtjo. Tesnobe, ki je posledica strahu pred smrtjo, morda ob tem niti ne prepoznajo (Kogoj, 2004). Smrt zakonca ali partnerja je eden najbolj stresnih dogodkov v življenju. Žalost, ki jo ob tem doživljamo,

je ogromna. Zapomniti si je potrebno, da prebolevanje izgube nima časovnega načrta. Za ozdravitev bolečin pa vsak posameznik potrebuje svoj mir in svoj čas (Widowhood and Widowerhood, 2012).

Kako se bo posameznik odzval na smrt v svoji bližini, je odvisno od posameznikovega prepričanja, odnosa do smrti, kulture in čustev, ki jih je gojil do preminulega. Wong (1994) s sodelavci opisuje tri modele sprejetja smrti:

- *nevtravno sprejetje*, pri katerem se posameznik sprijazni z neizogibno realnostjo,
- *pristop sprejemanja*, pri katerem posameznik dokončno sprejme posmrtno življenje in se tega veseli,
- *pobeg*, pri katerem smrt obravnava kot privlačnejšo od stalne bolečine in zemeljskega življenja (Wong, Reker, Gesser, 1994 povz. po Cicirelli, 2003).

2.4.5 Izguba socialnega okolja in mreže

Staranje vpliva na socialne mreže, na izbiro ljudi, s katerimi se družimo, in na način, kako to počnemo (Dragoš, 2000). Potreba po osebnem odnosu se v starosti izostri, lahko bi celo rekli, da je to prva ali glavna potreba v tretjem življenjskem obdobju, a je žal pogosto nezadovoljena. Star človek potrebuje osebni stik z nekom, ki ga ima za svojega. Tudi, če je tesno ob starem človeku na desetine ljudi, vendar če ni nikogar, ki ga ne doživlja kot svojega, je tak starostnik osamljen. To se staremu človeku dogaja pri zdravljenju v bolnišnici in bivanju v domu za stare ljudi. Za temeljni osebni odnos star človek potrebuje nekoga, ki mu zaupa in je z njim povezan (Ramovš, 2003). Socialno mrežo sestavljajo vsi tisti ljudje, s katerimi imamo kakršne koli odnose, in preko katerih so posamezniki povezani v skupine in celotno družbo. V vsaki mreži obstaja skupina ljudi, h katerim se obrnemo po pomoč, nasvet ali podporo (Dolšak, 2003). Socialno mrežo starostnika predstavljajo partnerji, otroci, vnuki, bratje in sestre, prijatelji in sosedje (Pihlar, 2010). V starosti število prijateljev, sorodnikov upada, vendar starostniki v življenje vključujejo nove osebe, kot so vnuki. Tisti starostniki, ki so brez otrok in ki živijo v domovih, imajo običajno slabšo socialno mrežo (Marjanovič Umek, Župančič, 2009). Raziskave Berliner Alterstudie, Alterssurvey, CIG-Studie, Deutschsprachige Schweiz, ki jih je izvedel Höpflinger (2008 povz. po Pihlar, 2010) so

pokazale, da je za starejše pomembnejša njihova kvaliteta kot kvantiteta medosebnih odnosov, prav tako je odločilnega pomena, da imajo osebe v pozni starosti vsaj eno zaupno osebo. Dobri socialni odnosi so nadalje zelo pomemben vir za socialno oporo, še zlasti pri starejših, ki potrebujejo nego in pomoč (Pihlar, 2010). Pomanjkanje socialne mreže v starosti lahko pomembno vpliva na zdravstveno stanje posameznika tako na telesnem kot na mentalnem področju (depresija, nagnjenost k samopoškodovanju ipd.) (Golden et al., 2009). Najpomembnejši vir socialne opore starejšim posameznikom so njihovi družinski člani (partner, otroci – običajno hči, in drugi). Poznamo pa še en pomemben vir socialne opore, in sicer sosedske vezi. Slednje so izrazito pomembne za posameznike, ki ostanejo samostojni, to pomeni, da niso institucionalizirani ter tudi ne živijo s katerim od družinskih članov. Že občasna sosedska pomoč je lahko izrazito pomemben dejavnik, da se zmanjša potreba po formalnih oblikah pomoči in omogoči dolgotrajnejše samostojno bivanje v skupnosti (Filipovič, Kogovšek, Hlebec, 2005).

Domovi za starejše so namenjeni starejšim osebam, ki ne morejo ali ne želijo več živeti v svojem domačem okolju. Življenje v taki instituciji je oblika kolektivnega bivanja, v katerem stari ljudje živijo življenje, ki ga določajo predpisane norme in pravila. Namen doma za starejše ljudi je maksimalno zadovoljiti osnovne življenjske potrebe. Za večino starostnikov predstavlja domsko varstvo doživljenjsko obliko bivanja. Posamezniku je v taki instituciji odvzeta vsakršna skrb za samega sebe, saj za vse poskrbijo drugi oz. zaposleni v domovih (Pogačar, 2009). Odhod v dom pomeni globoko in dolgoročno spremembo, lahko celo »usodno življenjsko odločitev«. Po eni strani lahko občutno prizadene in močno zaznamuje posameznika pa tudi njegove bližnje. Zato se zanj ne moremo odločiti v naglici, nervozi, pod pritiskom, marveč si je pred odhodom v dom nujno vzeti čas in v miru premisliti razloge za tak korak. Okolje namreč zaznamuje človeka bolj, kot si lahko predstavljamo. Nekateri šele v domu polno zaživijo in se razcvetijo med svojimi somišljeniki in vrstniki, drugi pa se le stežka vživijo v nove razmere in se s svojo novo bivalno lokacijo nikoli ne poistovetijo. To je odvisno od posameznika, kako se je sposoben učinkovito prilagajati drugačnemu okolju (Mazi, 2004b). Selitev je sama po sebi ne glede na starost visoko na lestvici stresorjev. Strokovnjaki poudarjajo, da mnoge starejše po selitvi spravlja v zadrego, boli in

bremeni že dejstvo, da se morajo navaditi na nove trgovine, da niso le pet minut oddaljeni od najljubše branjevke in še marsikaj drugega. Ne nazadnje jih skrbi in vznemirja tudi dejstvo, da so spremenili naslov in telefonsko številko, pri čemer pojasnjujejo svoje vznemirjanje in opravičujejo z možnostjo, da jih nihče ne bo več našel (obiskal ali poklical). Nagel, prisilni odhod v dom gotovo ni v prid in veselje starostniku in tako prej ali slej zadene tudi njegove domače in sorodnike. Starostniku je treba dati čas, da stvari dobro razmisli, in mu omogočati, da se na odhod iz domačega okolja pripravi in postopoma navadi, se seznanj in sprijazni z novimi razmerami (Mazi, 2004a). Je ustanova, ki skrbi za vse potrebe starostnika pogosto do njegove smrti. Ugotavljanje njegovih potreb po celostni obravnavi, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje programov za ustvarjanje boljših pogojev za medčloveško sožitje s strokovnega vidika zelo zahtevno (Železnik, 2010).

2.4.6 Izguba avtonomnosti in kompetentnosti

Avtonomija se enači z dostojanstvom, integriteto, individualnostjo, neodvisnostjo, odgovornostjo in samospoznanjem. Identificira se kot kakovost samozagovornosti, kritičnega razmišljanja, kot svoboda do obveznosti, odsotnost zunanjih vplivov in poznavanje lastnih interesov. Povezana je z akcijo, vero, razlogi za ukrepanje, odločanjem, osebno voljo, mišljenjem in načeli (Košir, 2004). Ločimo dve vrsti izgube avtonomije; prva je izguba avtonomije zaradi napačnega življenja in se nanaša na ljudi, ki kljub svoji sposobnosti, da vodijo svoje življenje, tega ne storijo, druga pa je, ko starostnik ni več sposoben odločati o sebi in svojem načinu življenja. Ne glede na to, kakšen je razlog, pa je potrebno takšno osebo spoštovati in se odločati etično, v prid konkretni osebi (Barilan, 2011).

V starosti se kopičijo kronične bolezni, ki poslabšujejo funkcionalno stanje organizma in neredko puščajo trajne posledice. Z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti se povečuje odvisnost od okolice, s tem pa se zmanjšuje kakovost življenja. Pri zdravstveni obravnavi starostnikov pa ne sme biti naš cilj zgolj podaljševanje življenja, temveč kakovostno staranje (Pravdič, 2007). Razvoj, utrjevanje in spoštovanje avtonomije so pod vplivom medsebojnega delovanja notranjih in zunanjih dejavnikov.

Notranji dejavniki, kot je staranje, ko se slabšata vid in sluh ter psihofizične sposobnosti, prispevajo k zmanjševanju avtonomije. Zunanji dejavniki (npr. predviden, ustaljen čas obrokov) imajo neposreden vpliv na izvrševanje avtonomije (Košir, 2004).

Vsakdanja kompetentnost je posameznikova sposobnost samostojnega in razmeroma učinkovitega izvajanja vsakdanjih dejavnosti in sestoji iz dveh sestavin, temeljne kompetentnosti in razširjene kompetentnosti. Temeljna kompetentnost je ključna sestavina vsakdanje kompetentnosti in sposobnosti opravljanja najbolj temeljnih in enostavnih vsakdanjih dejavnosti. Razširjena kompetentnost je prav tako sestavina vsakdanje kompetentnosti, vključuje sposobnosti opravljanja razmeroma celovitih vsakdanjih dejavnosti. Ohranjanje razširjene kompetentnosti omogoča starostniku odgovorno in zadovoljno življenje (Marjanovič Umek, Župančič, 2009).

2.5 REAKCIJE NA IZGUBE, POVEZANE S SMRTJO

Ljudje se bojijo razmišljanja o smrti, saj ob tem doživljajo strah, s katerim se največkrat soočijo z zanikanjem (Barr, Cacciatore, 2008). Razmišljanje o smrti, umrljivosti, zlasti pa prisotnosti strahu ob soočanju s smrtjo, je med ljudmi od nekdanj prisotno. Spoznanje končnosti je imelo močan vpliv in povzročalo veliko skrbi že od samih začetkov človeške zgodovine. Ta človekova sposobnost dojeti prihodnost in smrt kot del te prihodnosti je ena izmed človekovih sposobnosti, ki ga najbolje ločuje od drugih vrst živih bitij (Feifel, 1991 povz. po Simonič, 2006). Ko se soočamo s smrtjo nekoga, ki nam je blizu, ne moremo mimo bolečih čutenj. Globoko v nas se ob boleči žalosti prebudi še strah, da je s to smrtjo nekaj umrlo tudi v nas, saj ta del nas samih nikoli več ne bo živel na tak način, kot je v odnosu s tem človekom, saj je vsak odnos nekaj posebnega (Simonič, 2006). Smrt povzroči negotovost v prihodnost. Iz negotovosti pa se rodi strah. Trstenjak (1992) pravi, da smo zaradi strahu pred smrtjo spremenili odnos do bolnišnic, pokopališč, pogreba in razumevanja do žalujočih. Ljudje pogosteje umirajo v bolnišnicah, vedno redkeje doma v družinskem krogu. Tako so umirajoči skriti v stavbah in imamo dodatni razlog, da si zatisnemo oči. Bojimo se zdravnikov, ker nam mogoče lahko povedo, da imamo smrtno nevarno bolezen. Človek poskuša na različne načine izriniti misel na smrt, s tem pa izgublja tudi pravi odnos do smrti

bližnjega (Umek, 2004). Strah pred smrtjo preveva vse ljudi. Razlikovati moramo strah pred umiranjem in strah pred izgubo eksistence. Strah pred umiranjem je razumljiv, kajti umiranje je pogosto povezano s trpljenjem in bolečino (Pečjak, Pečjak, 2007).

Teorija kontinuitete je splošna teorija, ki poskuša pojasniti, zakaj je kontinuiteta idej in življenjskega sloga v središču razvoja odraslega v srednjih in poznejših letih in zakaj je kontinuiteta tako običajna strategija obvladovanja sprememb v srednjih letih in pozneje. Preprosto povedano: jedro teorije je splošno znana resnica, da stari ljudje nimajo radi korenitih sprememb življenjskega sloga in da se spremembam prilagajajo tako, da poskušajo kolikor mogoče vzpostaviti prejšnje stanje (Mesec, 2000).

Pomemben vidik dela medicinskih sester je, da se odzivajo na paciente in družine, ki so v krizi, da so prisotne, da z njimi posedijo, jim prisluhnejo, prispevajo k spravi, da so udeležene v usodnih trenutkih in so jim zaupane skrivnosti, da prisostvujejo mističnim izkušnjam, ko prihaja smrt. Delo medicinskih sester vključuje nadziranje bolečine in simptomov, poučevanje, pomoč in usmerjanje pacientov in družin, ko se pripravljajo na smrt in na to, da opustijo vezi z življenjem, kakršno je bilo (Pahor, Rasmussen, 2009).

2.6 NAČINI SPOPRIJEMANJA

Ne glede na intenzivnost ali vrsto bolezni, grede starejši, pa če se zavedajo ali ne, skozi proces žalovanja, ki je posledica izgube dela telesa ali funkcije.

Obdobja sprejemanja izgube:

- *zanikanje* – bolnik zanika resnost zdravstvenega stanja, je prepričan, da takšna operacija, zdravljenje ni potrebno,
- *jeza* – bolniki lahko razvijejo jezo ali povračilno vedenje do bližnjih, zdravstvenih delavcev, boga,
- *pogajanje* – z življenjem ali usodo, vse zato, da bi lahko ubežali nastali situaciji.
- *depresija* – obdobje, povezano s tesnobo, dezorganizacijo in obupavanjem ob zavedanju trajnosti izgube,
- *sprejemanje spremembe* – reorganizacija občutij, izražanj in obnova smisla življenja z vključitvijo izgube.

Bolnik potrebuje čas, da preide skozi ta obdobja. Posamezna obdobja so lahko izražena v različni meri, nekatera so lahko tudi odsotna (Dorič, 2007).

Večina ljudi nima lastnega stila obvladovanega ravnanja, pač pa stile prilagajajo trenutnim razmeram v okolju. Sposobnost posameznika za uspešno obvladovanje takšnih situacij je odvisna tudi od področja, ki je prizadeto. Ljudje se običajno opirajo na tri vire:

- socialni viri: tako na formalne vire na primer zdravstvene ali socialne institucije, kot tudi na neformalne socialne mreže, ki predstavljajo posamezniku oporo v kriznih situacijah na primer prijatelji, družina sosedje idr.,
- psihološki viri: to so osebne psihološke lastnosti, na katere se opirajo posamezniki v kriznih situacijah. Tukaj so mišljene lastnosti, kot so samospoštovanje, odsotnost samopodcenjevanja, občutek, da lahko upravljamo s svojim življenjem, da nismo žrtev usode itd.,
- individualni načini premagovanja težav: specifični načini vedenja, mišljenja in zaznavanja, ki jih posamezniki uporabljajo, kadar so postavljeni pred življenjske probleme (Ule, 2003).

Vsak posameznik razvije svoj lasten splošni duševni sistem prilagajanja, ki mu omogoča, da se odzove na vsako situacijo z določenimi odgovori. Ta sistem ponuja repertoar možnih odgovorov osebe, ko pride do obremenitve iz okolja. Poleg splošnih sistemov odgovorov na situacije obstajajo še situacijsko specifični odgovori. To so načini ravnanja posameznika, ki jih izzove trenutna situacija sama. Najbolj splošni načini ravnanja, ki sta jih v raziskavah ugotovila Lehr in Thomae (1992) (Ule, 2003):

- *storilnostno vedenje* predstavlja tiste reakcije, ki so povezane s trdom, naporom, uporabo delovne energije. Povečanje naporov, zato da bi rešili problem,
- *iskanje institucionalne pomoči* posameznik uporabi v tistih situacijah, ki niso odvisne od njegove volje. S starostjo se celo povečuje odvisnost od institucij (zdravstvene, socialne, terapevtske, vzgojne), posameznik se jim ne more odpovedati, ker to pomeni preveliko tveganje za zdravje, preživetje in kvaliteto življenja,

- *uporaba socialnih mrež pomoči* je eden izmed najbolj običajnih odgovorov posameznika na življenjski dogodek. Odsotnost socialnih stikov že sama po sebi pomeni življenjski dogodek, ker so socialne mreže vir izmenjave pomembnih informacij, nadomestnih izkušenj, emocionalne in socialne pomoči,
- *sprejemanje situacije* je posebna oblika psihološke predelave obremenilnega dogodka, saj je značilna za situacije, ki se jim ne da izogniti in terjajo veliko mero samoodpovedi. Raziskave kažejo, da se starejši lažje prilagodijo tovrstnim neugodnim situacijam,
- *pozitivno mišljenje in razlaga situacije* je obrambni mehanizem, ki deluje na posameznika razbremenilno, ker poudarja pozitivne oblike obremenilnega dogodka oziroma dajanje manjše pozornosti negativnim vidikom (Ule, 2003).

2.7 RAZUMEVANJE IZGUB V STAROSTI

Razumevanje izgub lahko vodi tudi k osebnostni rasti. Lahko prinese spoznanje, da je čas omejen in dragocen, zato je treba narediti to, za kar je lahko kmalu prepozno: imamo čas, da rešimo konflikte, poglobimo odnose, intimo, empatijo (Walsh, McGoldrick, 1991 povz. po Simonič, 2006). S tem ko imamo identiteto, se zavedamo, da imamo bistvo sebe, stabilnost in trajnost. Srečanje s smrtjo pa nas opomni, da smo minljivi in se bo naše življenje enkrat končalo. Ko se soočimo s čustvenim spoznanjem smrtnosti, gledamo na življenje drugače, to pa nam lahko služi kot odskočna deska za življenje (Frommer, 2005).

Življenjsko zadovoljstvo pri starejših ljudeh je povezano z različnimi dejavniki, ki so med seboj v interakciji. Ti dejavniki so: stopnja samooskrbe, socialna mreža, ekonomsko stanje, fizične in mentalne sposobnosti. Poznavanje dejavnikov, povezanih z nizkim zadovoljstvom v življenju med starejšimi, ki imajo slabšo samooskrbo, je pomembno za področje zdravstvene nege, saj s tem lahko prilagodimo nego posameznikovim potrebam, ki je bolj kvalitetna, ter izboljšamo zadovoljstvo posameznika. V raziskavi, ki je potekala na Švedskem, so ugotovili, da so s svojimi življenjem bolj zadovoljni mlajši starostniki, ker so manj osamljeni, imajo višjo stopnjo samooskrbe in boljši ekonomski položaj (Borg, Hallberg, Blomqvist, 2006). Medtem pa

so starejši starostniki v primerjavi z mlajšimi kolegi hitreje zadovoljni. Razlog je v tem, da so starejši hitreje zadovoljni z majhnim, ker so v življenju več izkusili in vedo, da zna biti še slabše (De Ree, Alessie, 2010).

2.8 ZDRAVSTVENO-VZGOJNO DELO MEDICINSKIH SESTER - UČINKOVITO IN ZADOVOLJNO STARANJE

V življenju vstopamo v interakcije z različnimi posamezniki in z njimi ustvarjamo raznovrstne odnose. Odnosi so bodisi kratkotrajni in bolj ali manj intenzivni, lahko pa trajajo skozi vse življenje ter nas močno zaznamujejo v razvoju, doživljanju, izkušnjah. Interakcijam vselej daje okvir posebna socialna enota, ki ji pravimo skupina. Izkušnje v skupinah so temeljni del mozaika, ki prispevajo k socialni identiteti, in so pogoj socialnega učenja. Pripadnost skupini pa ne izgubi pomena niti v starosti, saj pomaga ohranjati socialno pripadnost (Kobolt, 2009).

Spremenjene starostne strukture prebivalstva predstavljajo za sodobno družbo izziv, ki zahteva nove rešitve za vzdrževanje prihodnjega družbenega ravnovesja tudi na področju izobraževanja starejših prebivalcev. Izobraževanje starejših ljudi prispeva k obvladovanju tveganj, ki jih prinaša življenje v sodobni družbi. Tveganje v večji meri obremenjuje starejšo populacijo, zato so starejši ena izmed bolj ranljivih skupin, ki so izpostavljeni različnim tveganjem (Kump, Jelenc Krašovec, 2009), ki smo jih opisali že zgoraj. Promocija zdravja je vsestranski socialni in politični proces, ki ne obsega zgolj aktivnosti, usmerjenih v krepitev veščin in sposobnosti ljudi, temveč tudi aktivnosti, usmerjene v spreminjanje socialnih, okoljskih in ekonomskih okoliščin, da bi ublažili njihov vpliv na zdravje tako posameznika kot skupnosti. Promocija zdravja je izrazito multidisciplinaren in multisektorski pristop, v katerega so vpleteni strokovnjaki številnih strok. Promocija zdravega staranja opisuje tri ključne dejavnike, ki jih je potrebno upoštevati v promociji zdravega staranja, to so: prilagajanje, sprejemanje življenjskih sprememb in samostojnost starostnika. Zlasti slednje starejšemu omogoča samouresničitev in razvoj. Samostojnost je mogoče spodbujati z odpravo omejitev in ovir, ki nastajajo bodisi zaradi ožjega in širšega okolja (družina, družba) ali zaradi omejitev in ovir pri starejših samih. Programi ne morejo biti uspešni, če starejših ne

pritegnejo k sodelovanju ali če se o starejših odloča brez upoštevanja njihovega mnenja (Gabrijelčič Blenkuš et al., 2010).

Pomembno vlogo pri zagotavljanju preventivne dejavnosti ima tudi patronažno varstvo, ki s svojim preventivnim programom skrbi za zdravje celotne populacije v času zdravja in bolezni. Ena izmed specifičnih nalog patronažnega varstva je patronažni obisk pri varovancih, starejših nad 65 let, ki so osameli in socialno ogroženi. To pomeni, da medicinska sestra obišče starostnika dvakrat letno z namenom ohranitve zdravja in nudenja pomoči varovancu in njegovi družini za čim kakovostnejše življenje v domačem okolju (Geč, 2006). Cilj patronažne zdravstvene nege je doseči čim večjo samostojnost starostnika in največkrat tudi možnost, da bi do konca življenja ostal v domačem okolju. Za doseg tega cilja je nujno sodelovanje patronažne medicinske sestre z izbranim zdravnikom, ostalimi zdravstvenimi delavci, pa tudi povezovanje z nezdravstvenimi ustanovami, kot so centri za socialno delo, domovi starejših, ter s prostovoljnimi in humanitarnimi organizacijami (Lipar, 2011).

Zdravstveno varstvo starejših oseb vključuje ohranjati posameznikove prilagodljivo obnašanje, spodbujanje dobrega počutja, ki ga zagotavlja oskrba v akutni in dolgoročni bolezni. Ključni koncept zdravstvene nege je zadovoljevanje zdravstvenih potreb starostnika. Program zdravstvene nege ne vključuje samo obravnave osnovne bolezni, ampak upošteva starostnika kot celoto z vsemi spremljajočimi bolezenskimi spremembami (Železnik, 2010).

Smernice, ki jih upošteva gerontološka zdravstvena nega, so predvsem odkrivanje vzrokov za določene življenjske vzorce, ki jih imajo starostniki, ter vzpodbujanje posameznega starostnika, da naredi največ, kar zmore in zna. S takšnim načinom obravnave se zagotavlja kakovostna, kontinuirana zdravstvena nega. Od medicinske sestre se pričakuje, da bo poleg strokovnega znanja imela tudi pozitivne značajske lastnosti. Bo znala poslušati starostnika in ga profesionalno usmerjala in dosegla, da ji bo zaupal. Pomembno je da, starostniku ponudi toliko pomoči, kot jo dejansko potrebuje, saj na ta način ohranja njegovo samooskrbo, s tem pa zmanjšuje občutek njegove odvisnosti (Železnik, 2010).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je poglobljeno spoznavanje različnih izgub v obdobju starosti ter možnosti načinov individualnega spoprijemanja z njimi s koriščenjem formalne in neformalne mreže pomočnikov ter drugih osebnih virov pomoči. Cilj raziskovalnega dela je spoznati značilnosti najpogostejših izgub v starosti ter opredeliti najpogostejše načine spoprijemanja z njimi ob koriščenju razpoložljivih virov (npr. pomoč pri prilagajanju na izgubo, nasveti, kje najti pomoč).

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Katere vrste izgub se pojavljajo v starosti in kako se z njimi spoprimejo starostniki v domski oskrbi in v domačem okolju?
- Ali starostniki, ki so socialno bolj integrirani oziroma imajo boljšo socialno mrežo, uspešno premagujejo izgube (krajši čas žalovanja, realno dojetje, spremenjen način življenja)?
- Katere podporne vire pomoči koristijo oziroma imajo na razpolago (formalni, neformalni, laični pomočniki) v domačem in domskem okolju?
- Kako se razlikujejo izgube in načini spoprijemanja glede na življenjsko obdobje (mlajši, starejši starostnik)?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V prvem delu je uporabljena deskriptivna metoda pregleda literature s področja različnih vrst izgub in načinov spoprijemanja z njimi v starosti. To literaturo smo pridobili v splošnih knjižnicah, kjer smo našli nekaj člankov v strokovnih revijah in zbornikih, s pomočjo podatkovnih baz CINHALL, EBSCOhost in drugih pa smo pridobili internetne vire. Za iskanje strokovnih člankov smo uporabili tudi Virtualno

knjižnico Slovenije. Pri iskanju smo uporabili ključne besede, kot so starostnik, izgube, načini spoprijemanja, načini reševanja, angleške ključne besede: elderly, old people, losses of life, strategy of coping. Uporabljena je bila tuja in domača literatura v obliki člankov, objavljenih v strokovnih revijah in zbornikih. V empiričnem delu pa je uporabljena kvalitativna analiza delno strukturiranega intervjuja.

3.3.2 Opis merskega inštrumenta

Polstrukturirani intervju je na polovici, med dvema ekstremoma (to je standardni in nestandardizirani intervju). Pri omenjenem intervjuju si raziskovalec poleg splošne sestave intervjuja, v kateri postavi cilje, ki naj bi jih z intervjujem dosegel, vnaprej pripravi tudi nekaj bistvenih vprašanj, navadno odprtega tipa, ki jih postavi vsakemu vpraševancu, preostala vprašanja pa oblikuje sproti med potekom intervjuja. Raziskovalec z intervjujem ugotavlja, kaj ljudje mislijo o proučeni temi, in spoznava njihova čustva, namere, pomene, ki jih pripisujejo posameznim dogodkom in stvarim (Vogrinc, 2008). Intervju je bil razdeljen na osem glavnih vprašanj. Eno izmed vprašanj je vsebovalo demografske podatke, ostala pa so bila zastavljena tako, da smo pridobili odgovore na raziskovalna vprašanja. Med intervjujem smo starostnike po potrebi usmerjali s podvprašanji.

3.3.3 Opis vzorca

Intervjuvali smo starostnike, starejše od 65 let. Starostnike smo razdelili v dve starostni skupini - od 65 do 74 let ter starejše od 75 let. Intervjuvali smo 8 starostnikov. Polovica jih je bila iz Centra starejših Medvode, po dva iz vsake starostne skupine, druga polovica pa iz domačega okolja. Starostnike smo izbrali naključno glede na možnost sodelovanja v intervjuju, imeli so ohranjene komunikacijske sposobnosti, sluh in bili so kognitivno ohranjeni. Po predhodnem zaprosilu in povabilu k sodelovanju so dali svoj pristanek v ustni in pisni obliki. Vloge za sodelovanje smo oddali etični komisiji Centra starejših Medvode. Starostniki iz domačega okolja so bili izbrani v okolju, kjer živim, prav tako s povabilom k sodelovanju in ustnem ter pisnem pristanku. Povabilo je bilo poslano osmim starostnikom in vsi so se odzvali. Vsi identifikacijski podatki osebne

narave bodo zakriti in nerazpoznavni za javnost. Vsak starostnik je bil pred intervjujem še enkrat seznanjen z vsebino in možnostjo, da odkloni odgovor na katero izmed vprašanj.

Tabela 1: Demografski podatki

Oseba	Starost	Spol	Kje in s kom živi
D1	72	moški	Z ženo v hiši.
D2	68	ženska	Z možem v hiši.
D3	78	moški	Z ženo v hiši na podeželju.
D4	87	ženska	Sama živim v hiši.
DSO1	85	ženska	Živim v domu že 9 let. V enoposteljni sobi.
DSO2	76	moški	V varovanem stanovanju skupaj z ženo.
DSO3	69	ženska	V domu že 7 let. V dvoposteljni sobi.
DSO4	67	moški	V domu že 8 let. V dvoposteljni sobi.

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov

Tabela 1 prikazuje osnovne demografske podatke o osebah, ki so sodelovale v raziskavi. V intervjuju je sodelovalo 8 oseb, od tega je bilo 50 % moških udeležencev ter 50 % žensk. Iz domačega okolja je izhajalo 50 % oseb, iz domskega pa prav tako 50 %. Starostnike smo razdelili v dve starostni skupini - na starejše od 75 let, teh je bilo 50 %, in na mlajše od 75 let, teh pa je bilo 50 %. Samo ena oseba je živela sama v svoji hiši in ena oseba v domu je imela enoposteljno sobo.

3.3.4 Opis poteka in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v mesecu decembru 2012 ter mesecu januarju 2013. Za izvedbo raziskave smo uporabili polstrukturirani intervju, ki smo ga po predhodnem dovoljenju intervjuvanca posneli na diktafon. Vsi pogovori so bili izvedeni v prostorih, kjer je bila zagotovljena intimnost intervjuvancev. Najdaljši intervju je trajal 20 minut, najkrajši pa 10 minut. Sledila je transkripcija intervjujev. Kasneje smo intervjuje razdelili na posamezne odlomke, ki se nanašajo na različne teme. Ker so se teme prepletale, smo odlomke med tekstom označili s črkami na koncu odlomkov. Naslednji korak je bilo kodiranje po besednih zvezah, ki smo si jih določili tako, da so po našem mnenju vsebinsko podala odgovore na zastavljena vprašanja. Kodiranje je pripisovanje bolj abstraktnih pojmov ob posameznih besedah, besednih sklopih, povedih. Te pojme smo nato definirali oziroma komentirali s pomočjo razpredelnic. Kategorije, ki smo jih

uporabili, so bile:

- demografski podatki,
- izguba zdravja,
- izguba službe/upokojitev,
- ekonomski status,
- socialna mreža,
- oseba, ki jim je stala ob strani,
- odhod otrok od doma,
- soočenje z smrtjo bližnjega/prijatelja,
- najboljša pomoč/način ki jim je pomagal pri soočanju,
- spremenjen način življenja/razmišljanja.

Pojme, ki smo jih pridobili s pomočjo kategorij, smo razvrstili v tabele, kjer smo jim po analitični presoji pripisali načine soočanja z izgubami.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju smo naredili transkripcijo zvočnih zapisov, s pomočjo razpredelnic naredili analizo podatkov, ki smo jih pridobili s polstrukturiranim intervjujem.

Tabela 2: Izguba zdravja

Oseba	Izguba zdravja/citati	Načini soočanja in pomoči/citati	Način soočanja
D1	»So me zjagali k zdravniku in ugotovili, da imam previsok pritisk.« »Oba sva imela težave s koleni in sklepi.«	»S tem se jaz sploh ne obremenjujem več.« »Pa sva rekla, greva tja, če pa sva na poti ugotovila, da imava prej dosti, sva se ustavila in se vrnila.«	racionalizacija konfrontacija
D2	»... to, da bom mogla res na operacijo kolena in da ta ne bi bila uspešna ...«	»Grozno težko mi je, ker sem rada hodila v hribe, rada sem smučala, kakor pač sem.« »Razmišljam o tem, da če bodo rekli, da moram na operacijo, da bi šla še kam vprašat, če je kaka druga možnost.« »... kompenziram, da sedaj več berem kakor sem prej ...«	resignacija optimizacija kompenzacija
D3	»... ne slišim dobro, ne vidim dobro ...« »... delati tako ne morem več, ker me vse boli, sapo imam, noge me malo bolijo, take zadeve.«	»... za v dom, sem se prijavil v čakalno vrsto, da če se stanje slučajno kaj poslabša ...« »... sem dobil aparat za sluh ...«	realizacija
D4	»... manj vidim brati, ne morem več toliko, manj slišim ...« »... če nebi imela zlomljenih reber ...«	»... si pomagala tako, kot sem mislila, da je najboljše ...«	optimizacija
DSO1	»... ker mam hudo osteoporozo ...«	»... po zajtrku vzamem protibolečinsko tableto ...« »... ne bom šla na delovno terapijo, ker se preveč slabo počutim ...«	realizacija kompenzacija
DSO 2	»... vsa rebra, kolikor jih je, so bila ne samo po enkrat, ampak tudi po dvakrat ali trikrat polomljena in hrbet je bil dvakrat zlomljen ter vratna vretenca ...« »... ni izgledov, da bi še kdaj hodil, ni izgledov, da boš še kdaj možki, ni izgledov, da boš lahko šel kdaj sam na stranišče, ne na vodo ne na blato, ni nič in nič in nič ...«	»... začneš dojemati to, sej ne moreš dojeti to so tokšne spremembe ...« »... se počas privajaš, sam da bi pa rekel, da se pa privadiš na to ...« »... stalno jemate te tablete protibolečinske ...« »... ampak to je vse navidezno, ne to, človek nekako prenaša, skriva se nekako obnašaš tok, da ni toliko opazno, sam potem ko pa si sam, pa vidiš, kej si ...«	sprejemanje situacije konfrontacija realizacija stimulacija
DSO3	»... da mi odpovedujejo mišice v nogah ...« »... da sem težko hodila, hodila sem samo še z berglami ...«	»... bojiš se, kaj bo, kako naprej ...« »... še vedno prebolevam ...«	depresija depresija
DSO 4	/	/	/

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov

Tabela 2 prikazuje, s katerimi izgubami zdravja se starostniki najpogosteje srečujejo in kako se z njimi soočajo ter kakšno pomoč so si poiskali. Eden od intervjuvancev se pod

to izgubo ni opredelil. Večina starostnikov, ki izhajajo iz domačega okolja, omenja kot najpogostejše težave z zdravjem slabši vid, sluh, težave s sklepi in kostmi ter slabšanje fizične pripravljenosti. Starostniki, ki bivajo v domu starejših občanov, opišejo samo izgube, ki bolj drastično vplivajo na način življenja. Dva od teh sta hujšo izgubo zdravja navedla kot ključno pri odločitvi za odhod v dom. Načini soočanja in pomoči se med posamezniki zelo razlikujejo. Nekateri svoje probleme odmislijo, drugi uporabijo racionalizacijo ter zdrav razum in poskušajo stvari kompenzirati.

Tabela 3: Izguba službe/upokojitev

Oseba	Izguba službe/citati	Načini soočanja in pomoči/citati	Način soočanja
D1	»... sem mislil, ko bom nehal delat, bom pa začel uživati ...« »... čas, ko sem bil doma na čakanju, je bil meni fejest zajeban ...« »... pri ženi sem bil zavarovan in ona me je živela ...«	»... takrat je bil to čas ...« »... ugotoviš, da moraš s takšno vsoto denarja živeti ...« »... prehod pa ni bil tak, kakor sem mislil. Vendar se zaradi tega ne jezim ...«	depresija racionalizacija racionalizacija
D2	»... da ne, bi nič počela zraven, potem bi se nama življenje zelo spremenilo ...« »... ničesar ne pogrešam, tudi poslovnih stikov nisem zgubila, ker sem pa tja še vedno kako stvar naredim ...«	»... sedaj se bom mogla odreči marsikateri stvari ...« »... včasih se mi prav prileže, ko ne rabim nič misliti ...«	realizacija optimizacija
D3	/	/	/
D4	/	/	/
DSO1	/	/	/
DSO2	/	/	/
DSO3	/	/	/
DSO4	/	/	/

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov.

Tabela 3 prikazuje, koliko starostnikov se je soočilo z izgubo službe in upokojitvijo ter kako so se soočili s tem problemom. Samo dva starostnika sta izgubo službe uvrstila med izgube, ki sta jih doživela. Oba živita v domačem okolju, mlajša sta od 75 let in sta se pred kratkim upokojila. Starostnika sta se s to izgubo soočila predvsem z načinom racionalizacije in realizacije, pri starostniku D1 pa je bila nekaj časa prisotna tudi depresija.

Tabela 4: Ekonomski status

Oseba	Ekonomski status/citati	Način pomoči/soočanja - citati	Način soočanja/pomoči
D1	»... sem bil potem hvaležen, da je imela žena službo in plačo ...«	»... za nazaj so vedno vsi generali, pametni, zmeraj bi v kaki situaciji kaj drugače naredil ...«	racionalizacija
D2	»... manj stvari bo, da bi jih kupil, ki jih ne rabiš, in to stoprocentno bova mogla paziti za naprej ...«	»... mogla odreči marsikateri stvari, tako kot se bova mogla od sedaj naprej, ko jaz ne bom več nič počela ...«	konfrontacija kompenzacija
D3	»... ne, nič se ni spremenilo, ne predstavlja nama za enkrat težave ...« »... sva doma, ne rabiva plačevati doma in stanovanja, zaenkrat ga je ravno dovolj ...«	/	/ optimizacija
D4	»... veliko več porabim, kakor sem včasih ...« »... včasih sva bila dva. moje je šlo za hrano, mož je pa za ostale stvari dal ...«	»... je še ostalo, sva pa dala na stran ...«	realizacija
DSO1	»... vlada zmanjšala pokojnino« »... nimam zdej dovolj pokojnine, da plačam ...«	»... zdej se borim za svojo pravico ...« »... pritožbe, sem in tja, ravno včeraj sem dobila zavrnjeno ...«	formalna pomoč konfrontacija
DSO2	"... kar smo skupaj spravili, smo... upam samo, da bo zadosti, da ne bo treba hčerkam plačevati za naju ..."	»... edina želja, da ne bom rabil obremenjevati otrok ... to mi je želja, da se bo tako izšlo če bo, pa ne vem, prihodnost pa je slaba ...«	realizacija depresija
DSO3	»... prodala sva hišo in prišla sva sem ...« »... odločil kupiti tukaj tole stanovanje v Zbiljah ...«	»... kar je bila napaka, da sva šla v to, ker je bilo problemov še pa še ...«	selekcija depresija
DSO4	"... ko sem se upokojil, sem imel majhno pokojnino ..."	»... sem poj mal pomagal pri kmetu, da sem zaslužil za drva in imel svoj vrt, kjer sem pridelal nekaj stvari ...«	realizacija

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov

Tabela 4 prikazuje, kakšen ekonomski status imajo starostniki, kako so z njim zadovoljni ter kako se soočijo s problemi ob slabšem ekonomskem statusu. Eden izmed starostnikov navaja, da se mu ekonomski status ni spremenil. Ostalih sedem pa navaja, da imajo slabše dohodke kot takrat, ko so hodili v službo. Pomagajo si na različne načine. Nekateri so privarčevali, ko so imeli večje dohodke, in sedaj koristijo prihranke. Oseba D2 se zaveda, da ima po upokojitvi slabši dohodek, zato se sedaj stvarem, ki jih ne potrebuje nujno, odpove.

Tabela 5: Izguba socialne mreže

Oseba	Izguba socialne mreže	Osebe, s katerimi ima stike	Ocena socialne mreže
D1	»Ja, sigurno, čeprav a veš, kako je to danes, ko so telefoni in internet je to čisto drugače.« »...tukaj več sosedov prijateljev kakor sem jih tam v bloku ...«	otroci, sosedje in nekaj prijateljev, vnuki	dobra
D2	»... stike jih imamo še tudi vedno, samo da ne več toliko kot prej ...« ... obiskujemo se ravno ne, se pa slišimo ...	otroci, prijateljice, sosedje, vnuki	dobra
D3	»... več sem doma, manj grem okrog, manj jih vidim, se ne morem več tako družiti in hoditi k prijateljem ...«	otroci, vnuki, sosedje, bratje	dobra
D4	»... veliko manj, to pa veliko manj kot prej.« »... nič ne pogrešam ...«	hči, občasno vnuka	povprečna
DSO1	»... toliko letih, ko si odsoten od doma, ne moreš imeti tud ne več kak takšnih prijateljev ...«	nekajkrat letno sostanovalci iz bloka	slaba
DSO2	»... to je tisto, ko pravijo, v nesreči spoznaš prijatelja ...«	žena, otroci	dobra
DSO3	/	občasno sodelavke	slaba
DSO4	»... za praznike pridejo, pa malo poklepetamo, pa kaj prinesejo ...«	brata in sestra	slaba

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov.

Tabela prikazuje izjave starostnikov, s katerimi opredeljujejo svojo socialno mrežo, ter oceno socialne mreže, za katero smo si postavili naslednje kriterije: z dobro socialno mrežo smo ocenili starostnike, ki imajo stike z več kot 4 osebami vsakodnevno, s povprečno socialno mrežo smo ocenili osebe, ki imajo stike z manj kot 4 osebami, vendar vsakodnevno, s slabo socialno mrežo smo ocenili tiste starostnike, ki imajo stike s svojimi sorodniki in prijatelji le nekajkrat, tedensko, mesečno, letno. Vsi starostniki so si enotni, da imajo slabšo socialno mrežo kot v preteklosti. Vendar tega ne dojemajo kot izgubo. To, da imajo manj prijateljev in da se manj družijo, je zanje normalno, to prinese starost. Opazili smo, da imajo starostniki, ki so v domačem okolju, običajno boljšo socialno mrežo. Trije od štirih starostnikov v institucionalnem varstvu imajo slabo socialno mrežo. Opazili smo, da starostniki, mlajši od 75 let, pri vzdrževanju socialne mreže uporabljajo sodobno tehnologijo, medtem ko starejši te možnosti niso opisali.

Tabela 6: Oseba, ki jim je stala ob strani

Oseba	Oseba, ki jim je stala ob strani	Ocena socialne mreže
D1	/	dobra
D2	»... s snaho se veliko pogovarjam ...«	dobra
D3	»... domači in žena, hčerka, bratje ki jih še imam ...«	dobra
D4	»... nihče, prav nihče ...«	povprečna
DSO1	»... imam še sostanovalce iz bloka ... to je vse ...«	slaba
DSO2	»... u glavnem žena ...«	dobra
DSO3	»...mož, videla sem, kam zadeva pelje, in sem mogla to sprejeti ...«	slaba
DSO4	»... ne, nisem imel osebe ...«	slaba

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov

Tabela 6 prikazuje, katere osebe so stale ob strani intervjuvancem, ter ali je to, da niso imeli ob sebi nobene osebe, povezano s socialno mrežo. Štirje intervjuvanci niso imeli osebe, na katero bi se lahko obrnili, ko so bili v težavah. Eden izmed teh ima dobro socialno mrežo, kljub temu pa ni imel nikogar, na katerega bi se lahko obrnil. Trije intervjuvanci so imeli eno osebo, ki jim je stala ob strani. Eden pa je imel več oseb, ki so mu stali ob strani. Trije od štirih starostnikov v institucionalnem varstvu imajo slabo socialno mrežo.

Tabela 7: Odhod otrok od doma

Oseba	Odhod otrok od doma/citati	Način soočenja/citati	Načini soočenja
D1	»... s tem nisem imel jaz nobenih problemov ...«	»... nisem bil jaz nič prizadet ...« »... vesel sem bil...«	racionalizacija
D2	»... a pa ravno sedaj, a nista mogla še malo počakati ...« »... tisti trenutek pa me je zbolelo tukaj notri. Pa potem čisto nič več ...«	»... veselilo, da si bosta življenje ustvarila, da bodo vnuki in tako naprej ...«	konfortacija in optimizacija
D3	»... po eni strani bi še rajši videl, da bi šla takrat od doma in se popolnoma osamosvojila ...« »... vendar sedaj na stara leta rajši vidim, da je doma, nama veliko pomaga ...«	»... sem vesel, da je doma, morebiti pa ne bova rabila iti nikoli v dom ...«	kompensacija
D4	»... veš, kako je to žalostno«	»... sprejela sem s solzami v očeh ...« »... težko, ko gre od doma (ko gre z obiska), vsakič podoživim to situacijo ...«	depresija depresija
DSO1	»... nimam otrok ...«	/	/
DSO2	»... ena hčerka je ostala v hiši, ena v stanovanju ...«; »... jaz ne rabim ničesar ...«	»... da ne bom rabil obremenjevati otrok ...«	optimizacija
DSO3	»... nimam otrok ...«	/	/
DSO4	»... nimam otrok ...«	/	/

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov.

Tabela 7 prikazuje ključne izjave starostnikov ob odhodu njihovih otrok od doma ter načine soočenja s tovrstno izgubo. Trije starostniki, ki bivajo v domu, otrok nimajo. Starostniki so kot način pomoči uporabili racionalizacijo, konfrontacijo, optimizacijo. Ena izmed intervjuvank pa je ob tej izgubi postala depresivna.

Tabela 8: Soočenje z smrtjo bližnjega/prijatelja

Oseba	Soočenj s smrtjo/citati	Način soočenja in pomoč /citati	Način soočenja in pomoč
D1	»... mame, zdaj bo 2-3 leta ...«	»... težko, to pa težko ...« »... ko umre, ko je ni, ti je žal, da nisi ravnal drugače ...«	depresija
D2	»... v zadnjem času ne, smo pa imeli teh stvari, kar veliko ...«	»... se potem kar malo utrdiš, smrt sprejmeš, da pride, kakor pride ...« »... ni tako tragična, da je ne bi mogel preboleti, nekako premostiti ...«	konfrontacija racionalizacija
D3	»... je bil, kako sorodstvo ...«	»... malo žalosti, potem pa to preide ...« »... na to gledam tako, narava zahteva to, enkrat eden, drugič drug, to je naravno ...«	depresija racionalizacija
D4	"...z možem ..."	»... se moraš sprijazniti, nimaš druge ...« »... ne, da sem se rada, vendar sem se mogla zaradi sebe. Občutila sem žalost, vendar premine, hudo mi je bilo ...«	racionalizacija realizacija depresija
DSO1	»... mož je umrl ...«	»... takrat mi je bilo pa najhujše ...« »... jest sem takrat sebi želela samo smrt ...« »... izogibala vprašanju, ponovno doživeti in podoživljati tega ...«	depresija depresija resignacija
DSO2	/	/	/
DSO3	Gospa je pred intervjujem prosila, da zaradi nedavne smrti moža o tej temi ne govoriva.	/	zanikanje
DSO4	/	/	/

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov

Tabela prikazuje, kako so se intervjuvanci soočili s smrtjo bližnjih ali prijateljev. Dva izmed intervjuvancev se s smrtjo še nista srečala. Intervjuvanka DSO3 se o svoji izkušnji s smrtjo ni želela pogovarjati, zato sklepamo, da to izgubo zanika. Ostali starostniki so ob tovrstni izgubi občutili žalost in si razumsko smrt razlagajo kot nekaj normalnega, čeprav je tisti trenutek zelo težko.

Tabela 9: Najboljša pomoč/način, ki jim je pomagal pri soočanju

Oseba	Najboljši način/ pomoč- citati	Način soočanja
D1	»... sem zelo realističen človek ...«	racionalizacija
D2	»... spremenila sem način življenja ...«	rekonstrukcija
D3	»... zmeraj sem si ga mogel sam ustvarjat, življenje, da je lepo teklo ...«	realizacija
D4	»... morebiti hčerka, ter vnuki so bili še majhni in fletni ...« »... hitro sem se mogla navaditi drugega načina življenja in zaživeti sama ...«	rekonstrukcija
DSO1	»... sem začela štrikat, vedno sem imela veselje do ročnega dela, delat gobeline ...«	realizacija
DSO2	»... da krivca niso našli in sem vesel, da nimam koga sovražiti ...« »... stvar je ve tem, da žaluješ za nečem, kar nimaš, samo moraš se sprijazniti, ne morem vsak dan posebej razmišljati, kako bom, pač takole je in to sem nekako vzel v zakup ...«	pasivnost in vdanost v usodo
DSO3	»... videla sem, da sem postavljena pred dejstvo, da moram ...« »... še največje olajšanje, ker sem bila tako blizu do doma ...«	konfrontacija optimizacija
DSO4	»... na socialno, če imajo tukaj kako rešitev ...«	formalni način

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov

Tabela 9 prikazuje citate, s katerimi so starostniki povedali, kaj jim je najbolje pomagalo ob soočanju s problemi. Večino intervjuvancev je kot najboljši način navedlo realizacijo in rekonstrukcijo življenja. Nekateri so spremenili način življenja, drugi so si poiskali dejavnosti, ki so jim zapolnile čas, videli prihodnost in veselje v svojih vnukih. Eden izmed starostnikov pa je ob svojem problemu ostal depresiven in nastale situacije ne more sprejeti.

Tabela 10: Spremenjen način življenja/razmišljanja

Oseba	Spremenjen način življenja oz. razmišljanja - citati	Ali je starostnik spremenil način življenja?	Ali je starostnik spremenil način razmišljanja?
D1	» ... ja, vsak dogodek ti lahko spremeni način razmišljanja, samo ne vem, koliko pa to name ni vplivalo ...«	ne	ne
D2	»... vplivalo je na stil življenja, na razmišljanje pa ne ...«	da	ne
D3	»... ne, ker nisem imel nobenih takih hudih problemov ...«	ne	ne
D4	»... ne, nič ne vpliva, razmišljam enako kot prej ...« »... seveda da, življenje se je veliko spremenilo ...«	da	ne
DSO1	»... ja, o me še vedno spremlja. Skoz me še spremlja, glejte, to bo ostalo ...«	da	da
DSO2	»... hm ne, ne veliko, edino kar je, ko razmišljam za nazaj, mi je žal ...« »... življenje obrnilo na glavo, ne sto, ampak tristo procentno ...«	da	ne
DSO3	»... ja, razmišljam zagotovo drugače, dokler je človek mlad, razmišlja čisto nekaj drugega, ko pa si takole bolan, privezan na posteljo ...«	ne	da
DSO4	»... ne, to ne ...«	ne	ne

D = starostnik v domačem okolju, DSO = starostnik iz doma starejših občanov

Tabela 10 prikazuje, ali so starostniki ob soočanju z izgubami spremenili svoje razmišljanje in način življenja. Polovica starostnikov je spremenila način življenja, medtem ko sta način razmišljanja spremenila samo dva starostnika. Trije starostniki, ki so spremenili način razmišljanja, so starejši od 75 let.

3.5 RAZPRAVA

Starejši se v svojem življenju srečujejo z različnimi izgubami. V naši raziskavi smo ugotovili, da se najpogosteje srečujejo z izgubo zdravja, izgubo službe/upokojitvijo, slabšim ekonomskim statusom, manjšo socialno mrežo, odhodom otrok od doma in s smrtjo bližnjega/prijateljev. Vse te izgube opisujeta tudi Kogoj (2004) in Simonič (2006). Slabše zdravstveno stanje in slabše funkcionalne zmožnosti so navedli vsi starostniki razen enega. Iz tega sklepamo, da se s tovrstnimi izgubami starejši srečujejo pogosto. Ugotavljamo tudi, da so starostniki, ki so v domu, doživeli težje izgube zdravja kakor tisti v domačem okolju. V dveh primerih je bil to tudi razlog za namestitev v domu. Glede na to, da so tisti, ki bivajo v domu, doživeli hujšo izgubo zdravja, je

drugačen tudi način soočanja in je v njem prisoten tudi strah, kako naprej in ali se bo ter za koliko stanje še poslabšalo. Vsem starostnikom pa je skupno, da so navedli tudi slabši vid, sluh, kardiovaskularne težave ter omejeno gibanje. Te fizične izgube so ugotovili tudi v raziskavi avtorjev Kavčič, et al., (2012).

Ugotavljamo, da starostnikom, ki so v domačem okolju in od njihove upokojitve ni minilo daljše časovno obdobje od upokojitev ali izgube službe predstavlja eno izmed izgub s katerimi so se soočili. Izgubo službe oziroma soočenje z upokojitvijo sta opisala samo dva, oba pa sta mlajša od 75 let. Ostali te izgube niso navedli, predvidevamo, da zato, ker je od izgube - od upokojitve - minilo že kar nekaj časa. Dlje so upokojeni, manj imajo še stikov s svojim bivšim delovnim okoljem in manj so trdne poslovne vezi. Upokojitev pa predstavlja za posameznika spremenjene življenjske vloge, tesno pa je povezana tudi s spremembo ekonomskega položaja starostnika.

Slabši ekonomski status je navedlo 7 starostnikov od 8 intervjuvanih. Eden je s sedanjim ekonomskim statusom zadovoljen in s tem nima težav. Ostali pa so po upokojitvi in po sprejetju Zakona za uravnoteženje javnih financ in z njim spremenjeno višino socialno varstvenih prejemkov ter ukrepov na področju pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki so bili sprejeti na državnem zboru 11. 5. 2012 (Zakon za uravnoteženje javnih financ, 2012) v slabšem finančnem stanju. Slabši ekonomski položaj starostnikov navaja tudi avtorica Saražin Klemenčič (2011). Nekaterim, sedaj ko imajo manjše dohodke, preživetje iz meseca v mesec predstavlja velik problem, drugi pa se bodo morali odpovedati kakovostnejšimi storitvam, ki so si jih privoščili prej. Intervjuvanci s slabšo socialno mrežo in tisti brez potomcev ob slabšem ekonomskem stanju doživljajo strah, saj se zavedajo, da ni nikogar, ki bi jim lahko finančno ali kako drugače pomagal. Vsem pa je skupno, da se bojijo, kaj bo v prihodnosti, in se počutijo finančno ogroženi.

Ugotavljamo, da imajo starostniki, ki bivajo v domu starejših občanov in so brez otrok, precej slabšo socialno mrežo, kot tisti, ki živijo v domačem okolju, kar pa v svojem članku ugotavljata tudi avtorici Marjanovič Umek in Župančič (2009). Dobra socialna mreža pa še ne pomeni nujno tudi tega, da imajo osebo, kateri lahko zaupajo in jim ob

problemih stoji ob strani ter jih podpira. To, da se starostniki z boljšo socialno mrežo lažje in bolje soočajo s problemi, ni pravilo. Res je, da se starostniki z dobro socialno mrežo lažje zaupajo komu ali pa lažje poiščejo pomoč in imajo večjo podporo. Vendar smo ugotovili, da tudi, če imaš dobro socialno mrežo, ni nujno, da imaš ob sebi nekoga, ki bi mu lahko zaupal ali prosil za pomoč. Ramovš (2003) pravi, da je pomembna pristnost odnosov, ne pa število oseb, ki se pojavljajo v življenju starostnika. Starostniki, ki so mlajši od 75 let, svojo socialno mrežo lažje vzdržujejo tudi s pomočjo sodobne tehnologije. To je ena izmed razlik pri načinih soočanja glede na življenjsko obdobje, ki smo jo opazili. V raziskavi, ki so jo izvedli po naročilu Evropskega parlamenta, so ugotovili, da omejen dostop do interneta ali nedostopnost pri starejših prispeva k osamljenosti, odrezanosti od sveta, depresiji in stresu. Starejši si želijo, da bi jim bil omogočen brezplačen ali subvencioniran dostop do interneta in računalniških tečajev (Revščina in izključenost starejših državljanov EU, 2011).

Z odhodom otrok od doma se je soočilo 5 starostnikov, ostali svojih otrok nimajo. Vsi starostniki, ki svojih otrok nimajo, živijo v domu starejših občanov. Intervjuvanec, ki ima otroke in živi v domu, pa si želi, da svojih otrok nikoli ne bi obremenjeval s tem, da bi morali kakor koli skrbeti zanj. Iz tega sklepamo, da je bilo tovrstno razmišljanje tudi eden izmed razlogov za odhod v dom. V domačem okolju pa so se starostniki v tej situaciji odzvali zelo različno. Prisoten je bil strah, veselje, da bodo imeli vnuke. Veselili so se tudi novih socialnih vlog, ki jih dobijo ob prihodu vnukov. Ena intervjuvanka pa odhoda svoje hčerke ne more preboleti in ob tem doživlja depresijo in ob vsakem odhodu svoje hčerke podoživlja to stresno situacijo. Starostniki, pri katerih otroci nikoli ne odidejo od doma in skupaj živijo, vidijo v tem prednost, saj so deležni pomoči pri delih, ki jih ne zmorejo opraviti sami. Ob podpori in pomoči svojih otrok ter dobri socialni mreži starostniki lahko dlje časa živijo samostojno v svojem domačem okolju.

S smrtjo se srečujejo vedno pogosteje, šest starostnikov se je s smrtjo bližnjih ali prijateljev že srečalo, dva pa se s to izgubo še nista srečala. Razlogi za to so različni, pri enem od intervjuvancev je razlog najbrž slabša socialna mreža. Ostali, ki so to doživeli, pa so doživljali različno. Cicirelli (2003) pravi, da kako se bo posameznik odzval ob tej

izgubi, je odvisno od prepričanj, odnosa do smrti, kulture in čustev, ki jih je gojil do pokojnega. Pri izgubi bližnjega se lahko starostnik sooči tudi z depresijo, anksioznostjo in posttravmatsko stresno motnjo (Bonnan, Kaltman, 1999 povz. po O' Connor, 2009). Ob tovrstnih dogodkih so intervjuvanci najpogosteje občutili žalost in so postali depresivni, vendar je večini skupna izkušnja, da po določenem času sprejmeš, da nekoga ni in živiš dalje. Smrt so si poskušali razložiti kot nekaj naravnega, kar je v starosti normalno. Ena izmed intervjuvank je tudi navedla, da se tega navadiš, ko ti umre več ljudi v tvoji bližini, in tega ne jemlješ več tako tragično. Starost zaznamuje spoznanje, da je smrt neizogibna. De Raedt in Van Der Speeten (2008) navajata, da ko starostniki ugotovijo, da je življenjski čas omejen, pričnejo živeti iz dneva v dan, kar pa lahko ogrozi njihovo kakovost življenja v prihodnosti. Soočenje z bližajočo se smrtjo je stresen dogodek, ob katerem človek doživi tudi večkratne izgube.

Kot najboljši način pomoči pri soočanju s težavami so starostniki navedli različne načine. Največkrat pa so uporabili racionalizacijo, realizacijo in konfrontacijo problemov in situacij, v katerih se znajdejo. Opaziti je tudi, da nekateri starostniki nekaterih izgub niso mogli preboleti in so zapadli v depresivno stanje. Kot vire pomoči pa starostniki uporabljajo tako formalne in neformalne oblike pomoči. Tisti iz domačega okolja se razlikujejo od domskih po tem, da za pomoč zaprosijo svoje otroke in bližnje (neformalna pomoč), medtem ko starejši iz doma upokojencev ne želijo biti nikomur v breme in za neformalno pomoč le s težavo zaprosijo, koristijo pa v večji meri pomoč, ki jo dobijo v domu (formalna pomoč). Wagner (1999) s sodelavci pravi, da je starostnik v domu deležen veliko manj neformalne pomoči v primerjavi s tistimi, ki živijo doma (Zupančič, 2003).

Ob soočanju z izgubami v starosti starejši večkrat spremenijo način življenja, medtem ko način razmišljanja ostaja enak. To povezujemo s tem, da so starostniki primorani spremeniti način življenja predvsem zaradi izgub zdravja in izgubo kompetenc in avtonomije, ki pa jih je pri starejših starostnikih več, kar navaja tudi Pravdič (2007). Pri tovrstnih izgubah so spremembe življenjskega sloga neizogibne. Ob nespremenjenem razmišljanju in ob izgubah, ki jih starostniki doživljajo, je nevarno, da zapadejo v depresijo, negativno razmišljanje. Velikokrat jim nespremenjen način razmišljanja ne

dovoljuje, da bi izgubo dokončno preboleli, in si trpljenje ob izgubi še podaljšujejo. To, da se starostnik uspešno sooči z izgubo, pomeni, da bo tudi bolj zadovoljen s svojim življenjem. Zato je pomembno, da izbere sebi primerne načine soočanja, tistim posameznikom, ki pa izberejo manj učinkovit način soočanja, pa pomagamo z usmeritvijo in napotki, kje lahko najdejo pomoč.

4 ZAKLJUČEK

Staranje prebivalstva pomeni vedno večje število oseb, starejših od 65 let. To pomeni, da se bo vedno več oseb soočalo z raznovrstnimi izgubami, ki jih prinaša tretje življenjsko obdobje. Načini soočenja so zelo pestri in se individualno razlikujejo, saj posamezniki zelo različno zaznavajo izgube in se nanj zelo specifično odzivajo, uberejo vsak svoj način. Vedno obstaja nevarnost, da starostnik izbere neprimeren način soočanja, ki je zato neučinkovit.

V raziskavi smo ugotovili, da se starostniki najpogosteje soočajo z izgubo zdravja, izgubo službe/upokojitvijo, slabšim ekonomskim statusom, manjšo socialno mrežo, odhodom otrok od doma in s smrtjo bližnjega/prijateljev. Starostniki, ki so v domačem okolju, v večji meri koristijo neformalne vire pomoči, medtem ko starostniki v institucionalnem varstvu v večji meri koristijo formalno obliko pomoči, ki jim je ponujena.

Vse izgube se med seboj povezujejo, tako lahko ena nerešena izguba povzroči drugo in se starostniki znajdejo v začaranem krogu, iz katerega je težko najti izhod. Slab ekonomski status tako pomeni, da si starostnik ne more privoščiti bolj zdravega načina življenja, kar pomeni več zdravstvenih težav. Slabši ekonomski status pomeni tudi, da so starostniki tudi socialno izločeni, ker se njihova udeležba v dejavnostih bistveno zmanjša. Prav tako jim mnoge zdravstvene težave predstavljajo ovire pri vzdrževanju socialne mreže. Tako imajo starostniki s slabšo socialno mrežo manj možnosti, da najdejo pravo pomoč. Zato je pomembno, da se starostniki vključujejo v preventivne programe, da socialno izolirane in zdravstveno ogrožene patronažna medicinska sestra dovolj zgodaj prepozna.

Starejši, ki imajo dobro socialno mrežo, imajo več možnosti, da se k nekemu obrnejo po pomoč. Vendar je v starosti bolj pomembna kakovost odnosov kot številčnost stikov. Spoznali smo tudi, da imajo starostniki, ki bivajo v domovih, in tisti brez otrok pogosto slabšo socialno mrežo. Načini spoprijemanja s težavami se glede na življenjsko obdobje razlikujejo po tem, da mlajši starostniki - mlajši od 75 let - običajno znajo uporabljati

sodobno tehnologijo. S tem si lažje poiščejo podatke, ki jih potrebujejo- med drugimi tudi o svojem zdravstvenem stanju, ali kakšno drugo pomoč. S pomočjo tehnologije pa lažje vzdržujejo tudi socialno mrežo.

Starostniki pri soočenju z izgubami velikokrat spremenijo način življenja - predvsem starejši od 75 let. To smo pripisali dejstvu, da se srečujejo s težjimi in številčnejšimi izgubami zdravja, zaradi česar izgubijo kompetentnost in avtonomnost in so v spremembo prisiljeni. V večini primerov pa ne spremenijo načina razmišljanja. Pomembno je, da se zavedamo, da je vsaka izguba individualna in jo ima vsak posameznik pravico drugače doživljati. Posamezniki se ob izgubi različno odzovejo glede na vzgojo, kulturo, prepričanja. Ne moremo določiti, katera teorija je pravilna oziroma katera napačna. Moramo pa pravočasno prepoznati tiste, ki se z izgubo soočajo manj uspešno, in jim dati napotke, kako se bolje spopadati s težavami in kam se lahko obrnejo po pomoč. Pomembno vlogo pri nefunkcionalnem soočanju imajo zdravstveni delavci, vendar zaradi današnjega tempa dela pogosto nimajo dovolj časa, da bi se posvetili posamezniku in prepoznali tovrstne težave.

Težava, ki smo jo zaznali pri izvedbi intervjujev, je bila ta, da so se starostniki, ki so bivali v domovih za starejše, osredotočili samo na eno izgubo. Ta izguba je drastično vplivala na njihov način življenja, zato smo morali postavljati veliko število podvprašanj in smo zato posredno vplivali nanje. Tudi starostnikom v domačem okolju smo morali postaviti kar nekaj podvprašanj, saj so ob osnovnih vprašanjih velikokrat prosili za dodatno obrazložitev. Kvalitativno raziskavo smo izvedli na majhnem vzorcu ljudi, zato ugotovitev naše raziskave ne gre posploševati. V bodočnosti bi bilo potrebno izvesti večjo in obširnejšo raziskavo, ki bi podala širši vpogled v celotno populacijo.

5 LITERATURA

Barilan YM. Respect for Personal Autonomy, Human Dignity, and the Problems of Self-Directedness and Botched Autonomy. *J Med Philos.* 2011;36:496-515.

Barr P, Cacciatore J. Personal fear of death and grief in bereaved mothers. *Death Stud.* 2008;32:445-60.

Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *J Clin Nurs.* 2006; 15:607-18.

Cicirelli VG. Older adults' fear and acceptance of death: a transition model. *Ageing Int.* 2003; 28(1):66-81.

De Raedt R, Van Der Speeten N. Discrepancies between direct and indirect measures of death anxiety disaooeare in old age. *Depress Anxiety.* 2008; 25:11-17.

De Ree J, Alessie R. Life satisfaction and age: Dealing with under-identification in age-period-cohort models. Discussion paper NESTPAR. 2010;10:056. Dostopno na: <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=112902> (13.5.2013).

Dolšak J. Starostnik in stanovanje: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2003.

Dorič M. Bolnik z urostomo. In: Babič M, Colarič D, Eder K, Elbli T, Kompolšek T, Murko A, et al. eds. Izzivi družinske medicine: Učno gradivo- zbornik seminarjev študentov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru 4. Letnik 2007/2008. Maribor: Zavod za razvoj družinske medicine; 2007.

Dragoš S. Socialne mreže in starost. *Socialno delo.* 2000; 39(4-5):293-314.

Ferenc T. Čustva in starostniki: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2006.

Filipovič M, Kogovšek T, Hlebec V. Starostniki in njihov vpetost v sosedstva omrežja. Družboslovne razprave. 2005;49/50:205-21.

Frommer MS. Living in the Liminal Spaces of Mortality. Psychoanal Dialogues. 2005;15(4):479-98.

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. In: Gabrijelčič Blenkuš M, Stanojević Jerković O. eds. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010.

Geč T. Preventivna dejavnost v patronažnem varstvu. In: Kavčič BM, Geč T, Krajnc A, eds. Skupaj delamo za zdravje: seminar za medicinske sestre in zdravstvene tehnike ob mednarodnem dnevu zdravja- zbornik predavanj, Maribor, 5. april 2006. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Dejavnost zdravstvene nege, Služba za promocijo zdravja in izobraževanje, Kolaborativni center Svetovne organizacije za primarno zdravstveno nego; 2006.

Gibson K, Rueda S, Rourke SB, Bekele T, Gardner S, Fenta H, et al. Mastery and Coping Moderate the Negative Effect of Acute and Chronic Stressors on Mental Health-Related Quality of Life in HIV. AIDS Patient Care and STDs. 2011;25(6):371-81.

Golden JM, Conroy R, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby MA, et al. Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2009;24:694–700.

Healthy aging- Improving and extending quality of life among older Americans. National center for chronic disease prevention and health promotion- improving health

and quality of life for all people. Atlanta: Department of health & human services USA; 2009. Dostopno na:
http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/pdf/healthy_aging.pdf (12.5.2013).

Horvat AS. Telesna aktivnost starostnikov. Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Slovenj Gradec. B.k: B.z; 2011. Dostopno na:
http://www.dmsbztsg.si/2011/images/stories/A.Horvat_Telesna_aktivnost_starostnikov.pdf (21.10.2012).

Horvat Z. Paradigma vseživljenjskega razvoja in spoprijemanje s spremembami. Socialna pedagogika. 2003;7(3):275-314.

Information on poverty and income statistics: a summary of 2012 current population survey data. ASPE Issue Brief 2012. Dostopno na: <http://aspe.hhs.gov/hsp/12/povertyandincomeest/ib.pdf> (9.3.2013).

Iskanje in pregledovanje podatkov. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; B.l. Dostopno na: <http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/Saveshow.asp> (9.3.2013).

Jones R. How to Retire Abroad : Your Complete Guide to a Fresh Start in the Sun. United Kingdom: How To Books; 2007.

Klemenčič MM. Koncept spreminjanja skozi paradigmo vseživljenjskega razvoja. Socialna pedagogika. 2006;10(4):467-88.

Kobentar R, Gerontološka zdravstvena nega – kaj starejši pacienti najbolj pogrešajo v zdravstveni negi. In: Hvalič Touzery S, Kavčič BM, Kocijančič M, Rustja N eds. Priložnost za izboljšanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 21.-22. junij 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 47-54.

Kavčič M, Filipovič Hrast M, Hlebec V. Starejši ljudje in njihove strategije shajanja s tveganji za zdravje. *Zdrav Var.* 2012;51: 163-72.

Kobentar R. Socialni odnosi v starosti. *Socialna pedagogika.* 2008;12(2):145-60.

Kobolt A. Skupina kot prostor socialnega učenja. *Socialna pedagogika.* 2009;13(4):359-82.

Kogoj A. Psihološke potrebe v starosti. *Zdrav Vestn.* 2004;73:749-51.

Košir A. Spoštovanje etičnega načela avtonomije- temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 2004;38:297-303.

Kregelj L. Vloga kroničnega bolnika in strategije soočanja s kronično boleznijo: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, 2008.

Kump S, Jelenc Kraševac S. Vseživljenjsko učenje- izobraževanje starejših odraslih. Pedagoški inštitut. Ljubljana; 2009. Dostopno na: http://www.pei.si/UserFilesUpload/file/zalozba/ZnanstvenaPorocila/04_09_vsezivljenjskoucenje,izobrazevanjestarejsihodraslih.pdf (22.10.2012).

Lipar T. Geriatrija in zdravstvena gerontologija v Slovenskem prostoru, problemska konferenca. *Kakovostna starost.* 2011; 14(3). Dostopno na: <http://www.instantonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1133> (10.3.2013).

Mali J. upokojitev in starost- pomen priprav na te spremembe. In: Pavliha M, eds. 8 festival za tretje življenjsko obdobje. Ljubljana: Zbornik zveze društev upokojencev Slovenije; 2009.

Marjanovič Umek L, Zupančič M. Razvojna psihologija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2009.

Mazi N. V dom – prostovoljno in z veseljem. Vzajemnost. 2004a; 7-8:40-42.

Mazi N. V dom-načrtno in premišljeno. Vzajemnost. 2004b; 9:43-44.

Mertik M. Starostnik v sodobni družbi. Družinska medicina. 2011; 9(6):251-57.

Mesec B. Teorija Roberta Atchlya o kontinuiteti v starosti. Socialno delo. 2000; 39(4-5):355-64.

Milavec Kapun M. Starost in staranje. Ljubljana: Zavod IRC; 2011.

O'Connor M. PTSD in the older bereaved people. Aging & Mental Health. 2009; 14(3): 310-18.

Pahor M, Rasmussen B. Kaj delajo medicinske sestre pri bolnikih v zadnjih dneh življenja?. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kavčič BM, Železnik D, Klemenc D eds. 7. Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije »Medicinske sestre in babice- znanje je naša moč« Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.

Pečjak V, Pečjak M. Psihologija Staranja. Bled: Samozaložba; 2007.

Pezelj J. Revščina, ki bridko zarezhe. In: Krevl I, eds. 8. Festival za tretje življenjsko obdobje. Ljubljana: Inštitut Hevrekal!; 2008.

Pihlar T. Raziskava o parih v času prehoda v upokojitev. Kakovostna starost. 2009; 12(4).

Pihlar T. Socialni odnosi v starosti. Kakovostna starost. 2010; 13(3):58-61.

Pogačar P. Varstvo starejših v Sloveniji: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo; 2009

Poverty in Europe: the current situation. Inequality watch 2012. B.k. B.z. Dostopno na: <http://www.inequalitywatch.eu/spip.php?article99> (9.3.2013).

Pravdič U. Obravnava starostnikov v ambulantni družinske medicine. In: Babič M, Colarič D, Eder K, Elbli T, Kompolšek T, Murko A, Špilak M, eds. Izzivi družinske medicine: Učno gradivo- zbornik seminarjev študentov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru 4. Letnik 2007/2008. Maribor: Zavod za razvoj družinske medicine; 2007.

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

Ramovš J. Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji. Kakovostna starost. 2011; 14(2):3-21.

Ramovš J. Specifika potreb in oskrbe starih ljudi s stališča socialnega dela. Zdrav Vestn. 2004; 73:721-30.

Resman S. Zagotavljanje samostojnosti in povezanosti starostnikov v bivalnem okolju: [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2005.

Revščina in izključenost starejših državljanov EU – zbirno poročilo januar 2011. Kvalitativni Eurobarometer. TNS Qual+; Bruselj Dostopno na: http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2011/2011_04_01/consensus_conference_poverty_report_sl.pdf (9.3.2013).

Saražin Klemenčič K. Izpostavljenost revščini med starejšimi ženskami v Sloveniji. Kakovostna starost. 2012; 15(2):28-34.

Saražin Klemenčič K. Socialno-ekonomski položaj starejših ljudi v Sloveniji. Kakovostna starost. 2011; 14(4):3-12.

Simonič B. Prva resnica je rojstvo, zadnja je smrt. ANTHROPOS. 2006; 1-2:173-181.

Svetina M, Zupančič M. Strategije upravljanja z življenjem v odraslosti: prečna študija v Sloveniji. Psihološka obzorja. 2007; 16(4):43-63.

Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003.

Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2009.

Umek L. Vloga strokovne pomoči žalujočim z vidika detabuizacije smrti. Kakovostna starost. 2004; 7(1):35-43.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta; 2008.

Widowhood and Widowerhood. Developed by RelayHealth; CRS - Adult Health Advisor; Jun 2012.

Zakon za uravnoteženje javnih financ (ZUJF). Uradni list Republike Slovenije št. 003-02-4/2012-2. Dostopno na: http://www.uradni-list.si/_pdf/2012/Ur/u2012040.pdf (9.3.2013).

Zevnik H. Revščina in različne težave, s katerimi se srečujejo starejši in bolni skozi oči patronažnega varstva. In: Krevl I, eds. 8. Festival za tretje življenjsko obdobje: Inštitut Hevreka!; 2008.

Zupančič M, Kavčič T, Fekonja U. Razvojne naloge v odraslosti. In: Marjanovič Umek L, Zupančič M eds. Razvojna psihologija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2004.

Zupančič M. Socialni razvoj v pozni odraslosti. In: Marjanovič Umek L, Zupančič M eds. Razvojna psihologija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2004.

Železnik D. Vloga medicinske sestre pri starostnikih s kroničnimi obolenji. In: Kavaš E. ed. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: strokovni seminar, Murska Sobota, 19.4.2010. Murska Sobota: Strokovno društvo sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja; 2010: 6-14.

6 PRILOGE

6.1 VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Z vsebino pogovora sem vas okvirno seznanila in pridobila soglasje. Sedaj vam bom zastavila nekaj vprašanj na katera lahko prosto odgovarjate, jaz vas bom usmerjala če se boste oddaljili od teme. Pogovor bo trajal okvirno 20 minut in bo posnet na diktafon. Vsi podatki bodo skrbno varovani, anonimni in uporabljeni le v raziskovalne namene. Vaša identiteta bo zakrita in je ne bo moč prepoznati.

Vprašanja za intervju:

1. Spol, starost, kje in s kom živite?
2. Ali mi lahko opišete situacije, ki so zaznamovale vaše življenje v smislu težav, problemov, od 65 leta naprej.
3. Kako ste se počutili in si pomagali ob tem dogodku, ter kje ste našli pomoč? Kdo vam je stal ob strani? (otroci, sosedje, negovalke,...)
4. Kaj je za vas ta izguba pomenila, koliko časa ste žalovali, kaj se je v vašem življenju s to izgubo spremenilo, kako je to vplivalo na vas?
5. Katere vire pomoči ste izkoristili? Za katere ste vedeli da so na voljo pa jih niste izkoristili, kaj so bili razlogi da pomoči niste poiskali drugje?
6. Kaj vam je najbolj pomagalo pri soočanju z spremembo? (čas, oseba, spremenjen način življenja)
7. Kateri način spoprijemanja ste vi uporabili? Kako ste se ob tem počutili?
 - umik
 - jeza
 - kompenzacija
 - racionalizacija
 - žalovanje
 - obtoževanje
 - iskanje krivca
 - projekcija

8 Kako zdaj vidite pretekle dogodke in situacije, so kaj vplivali na vaše razmišljanje, življenje?

Zahvaljujem se vam za sodelovanje in vam želim veliko življenjskega optimizma in zadovoljnih dni.