



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**REHABILITACIJA STAROSTNIKOV Z
DUŠEVNIMI MOTNJAMI**

**REHABILITATION OF OLDER ADULTS WITH
MENTAL DISORDERS**

Mentor: dr. Radojka Kobentar, viš. pred.

Kandidat: Tilen Zupanc

Jesenice, oktober, 2013

ZAHVALA

Za korektno in strokovno pomoč in vzpodbudo se iskreno zahvaljujem moji mentorici dr. Radojki Kobentar, višji predavateljici.

Zahvaljujem se recenzentoma diplomskega dela, izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in prim. Andreju Žmitku, dr. med, višjemu predavatelju, za skrben in strokovno natančen pregled.

Jezikovni pregled je opravila Mendi Kokot, univ. dipl. nov.

Za opravljen prevod dela naloge iz slovenskega v angleški jezik se posebno zahvaljujem Alji Štendler, profesorici angleškega jezika s književnostjo.

Osebno se zahvaljujem strokovnemu osebju doma dr. Janka Benedika Radovljica, posebej direktorici mag. Sonji Resman in Marjetki Anderle, diplomirani medicinski sestri, vodji zdravstvene nege in oskrbe, za nudenje strokovne pomoči, podpore in usmerjanje k pravilni izvedbi raziskave diplomskega dela. Prav tako se toplo zahvaljujem sodelujočim stanovalcem v raziskavi. Sodelavcem se zahvaljujem za njihovo potrpežljivost, nudenje podpore in vzpodbude.

Za pomoč pri izbiri in izposoji strokovne literature se zahvaljujem dr. Dragici Resman iz Psihiatrične bolnišnice Begunje.

Najlepša hvala tudi staršem za podporo in vzpodbudo, njuno potrpežljivost in pomoč v času celotnega študija in pisanja diplomske naloge.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Duševne motenje vplivajo na kakovost staranja in se izražajo v povečanju odvisnosti od okolja. Cilj rehabilitacije starostnikov z duševnimi motnjami ni povezan s podaljševanjem staranja, ampak je usmerjen k izboljšanju psihofizičnega stanja starostnika, zagotovitvi kakovostnega staranja in prizadevanju za čim večjo samostojnost.

Cilj: Namen diplomskega dela je bil ugotoviti, kakšne možnosti imajo starostniki v procesu rehabilitacije, prikazati pozitivne in negativne dejavnike ter ugotoviti vključenost družine.

Metoda: Uporabili smo metodo kvalitativnega raziskovanja v obliki polstrukturiranega intervjuja z namenskim vzorcem, v katerem je sodelovalo 9 starostnikov, starih 65 let in več z diagnozo duševnih motenj. Raziskava je temeljila na metodi skupinskega intervjuja, kjer smo intervjuvali 3 starostnike z depresivnimi motnjami, 3 starostnike s kognitivnimi motnjami in 3 starostnike z motnjami odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Potekala je v domu dr. Janka Benedika v Radovljici. Uporabili smo avdio posnetek, ki je bil kasneje podan v pisni obliki. Pridobljene podatke smo obdelali v programu Microsoft Office Excel 2007.

Rezultati: Rezultati raziskave so pokazali sodelovanje starostnika v procesu rehabilitacije. Iz transkripiranih intervjujev smo v procesu kvalitativnega raziskovanja dobili podkode, kode in kategorije, ki so zaznamovale raziskovalna vprašanja. Dobili smo 48 kod in oblikovali 8 kategorij.

Razprava: Iz dobljenih rezultatov lahko sklepamo, da imajo starostniki na razpolago širok multidisciplinarni tim, njihovo sodelovanje je odvisno od zdravstvenega in psihofizičnega stanja posameznika, pomembna je tudi vključenost družine kot pozitivnega dejavnika. Raziskava je tudi pokazala, da so vsi starostniki pripravljeni in motivirani in radi sodelujejo v procesu rehabilitacije.

Ključne besede: starostnik, duševne motnje, zdravljenje, rehabilitacija, metode dela.

SUMMARY

Theoretical basis: Mental disorders affect the quality of ageing and are expressed in the increase of the dependence on the environment. The objective of the rehabilitation of the elderly with mental disorders is not connected with the extension of ageing but is rather oriented towards the improvement of the elderly's psychophysical condition, the assurance of quality ageing and the effort for the biggest independence possible.

Objective: The aim of this diploma work was to establish the possibilities of the elderly in the process of rehabilitation, to show the positive and negative factors and to establish the participation of the family.

Method: We used the method of qualitative research in the form of a half structured interview with a purposive pattern in which 9 elderly persons over 65 years of age with a diagnosis of mental disorders took part. The research was based on the method of a group interview. We interviewed 3 elderly persons with depressive disorders, 3 elderly persons with cognitive disorders and 3 elderly persons with psychoactive substance addiction disorders. It was carried out in the retirement home of dr. Janko Benedik in Radovljica. We used the audio recording which was later delivered in a written form. The obtained data were processed in the Microsoft Office Excel 2007 programme.

Results: The results of the research showed the cooperation of the elderly in the process of rehabilitation. From the transcribed interviews we obtained, through the process of qualitative research, subcodes, codes and categories which denoted the research questions. All in all we obtained 48 codes and formed 8 categories.

Discussion: On the basis of the obtained results one can conclude that the elderly have an extensive multidisciplinary team at their disposal whose cooperation depends on the health and psychophysical condition of the individual. As a positive factor the inclusion of the family is important, too. The research showed that the elderly are willing and motivated and like to participate in the process of rehabilitation.

Key words: elderly, mental disorders, therapy, rehabilitation, working methods.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	OPREDELITEV POJMA IN VZROKI DUŠEVNIH MOTENJ	3
2.2	NAJPOGOSTEJŠE DUŠEVNE MOTNJE V STAROSTI	5
2.2.1	Depresija	5
2.2.2	Blaga kognitivna motnja	7
2.2.3	Odvisnost od psihoaktivnih snovi	8
2.3	ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI	10
2.3.1	Samostojnost	10
2.3.2	Aktivnost	11
2.3.3	Motivacija za spremembe	11
2.3.4	Teorija selektivne optimizacije s kompenzacijo	12
2.4	REHABILITACIJA PACIENTOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI	13
2.4.1	Razlika med zdravljenjem in rehabilitacijo	13
2.4.2	Psihosocialna rehabilitacija	14
2.4.2.1	Vloga družine v psihosocialni rehabilitaciji	14
2.4.3	Psihična rehabilitacija	15
2.4.4	Fizična rehabilitacija	16
2.4.5	Socialna rehabilitacija	16
2.5	METODE DELA Z OBOLELIMI V PROCESU REHABILITACIJE	18
2.5.1	Kognitivno-vedenjska terapija	18
2.5.2	Zdravstvena vzgoja	19
2.5.3	Trening socialnih spretnosti	19
2.5.4	Delovna terapija	21
2.5.5	Fizioterapija	22
3	EMPIRIČNI DEL	24
3.1	NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	24
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	24
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	25
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	25
3.3.2	Opis merskega instrumenta	26

3.3.3 Opis vzorca.....	26
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	27
3.4 REZULTATI	28
3.5 RAZPRAVA	42
4 ZAKLJUČEK.....	46
5 LITERATURA	47
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENTI	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Kakšne so možnosti rehabilitacije v starosti glede na zdravstveno stanje?.... 28

Tabela 2: Kateri so pozitivni in negativni dejavniki, ki vplivajo na rehabilitacijo?..... 33

Tabela 3: Koliko je starostnik motiviran za sodelovanje v procesu rehabilitacije? 37

1 UVOD

Pomembni prispevek družbi dajejo v neformalni obliki, s svojimi izkušnjami in znanjem starejši od 65 let. Demografski trend naraščanja števila starostnikov vpliva na pojav pogostosti duševnih motenj. Dejavniki tveganja, kot so slabše telesno zdravje in kronične bolezni, tvegano in škodljivo pitje alkohola in raba drugih psihoaktivnih snovi, zlorabe starejših, socialna izključenost in osamljenost, družinska oskrba bolnega človeka, nizka izobrazba, revščina, spremenjen način življenja ob upokojitvi, kažejo na potrebo po promociji, preventivi in ustreznih oblikah pomoči (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011).

16,5 % prebivalcev v Sloveniji predstavljajo starejši, stari najmanj 65 let (Vertot, 2010).

Pričakujemo, da se bo zaradi podaljšane življenjske dobe povečal tudi delež starih (76-90 let) in zelo starih (več kot 90 let) starostnikov. Za obdobje staranja je zlasti značilno zmanjševanje duševnih in telesnih sposobnosti, kar je posledica normalnega fiziološkega upada življenjskih funkcij, kroničnih bolezni in stanj. Po pogostosti obolenja zaradi težav v duševnem zdravju pri starostnikih izstopata demenca in depresija (Tomšič et al., 2009).

Duševno zdravje je stanje posameznika, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja (Zakon o duševnem zdravju, 2008, čl. 2).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) duševno zdravje definira kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost« (Jeriček Klanšček et al., 2009, str. 1).

Ukvarjanje z duševnim zdravjem kot sestavnim delom javnega zdravja je pomembno tudi za duševno zdravje celotne populacije in ne le za duševno zdravje posameznika. Duševno zdravje se v družbi tako oblikuje v družinah, šolah, na javnih krajih in delovnih mestih in je rezultat tega, kako mi obravnavamo druge in same sebe in kako

nas obravnavajo drugi (Jeriček Klanšček et al., 2009; Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011).

Vplivi duševnega zdravja so različni in posegajo v življenjski slog, fizično zdravje, zaposlovanje, storilnost, medsebojne odnose, socialne kohezije in kakovost življenja (Jeriček Klanšček et al., 2010).

Starostniki so najbolj heterogena populacijska skupina. Marsikdo je dovolj zdrav za kakovostno in samostojno življenje, po drugi strani pa ni zanemarljiv delež tistih, ki so odvisni od pomoči bližnjih. V starosti so pogoste duševne motnje, ki so bodisi nadaljevanje iz mlajših življenjskih obdobj (shizofrenija, psihoze, bipolarna afektivna motnja, depresije, nevrotske in somatomorfne motnje) ali novonastalih (depresija, demenca, delirij). Skupna značilnost duševnih motenj v starosti je, da ne prizadenejo le pacienta, temveč tudi družino (Kogoj, 2004).

V povprečju je delež depresivnih starostnikov 15%, delež starostnikov z drugimi zdravstvenimi težavami (pacienti po možganski kapi, pacienti z rakom in srčno-žilnim obolenjem) pa je še višji. Na pojav depresije vpliva osamljenost, dolgčas, strah pred umiranjem in smrtjo; simptomi in znaki se izražajo na drugačen način kot pri mlajših osebah (Tomšič et al., 2009; Kogoj, 2011).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV POJMA IN VZROKI DUŠENIH MOTENJ

Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo (Zakon o duševnem zdravju, 2008, čl. 2).

Svetovna zdravstvena organizacija v Mednarodni klasifikaciji bolezni - 10. reviziji (MKB – 10) navaja, da izraz duševna motnja pomeni »prisotnost klinično prepoznavne skupine simptomov, kot so značilne spremembe v mišljenju, razpoloženju ali vedenju ali v kombinaciji, kar je v večini primerov združeno s stresom in vplivom na osebno funkcioniranje« (Kores Plesničar, 2011 povz. po Bobnar, 2011, str. 12).

Duševno motnjo najpogosteje razumemo v povezavi s prevladujočimi družbenimi stališči v družbi. Ne glede na obdobja in na vrsto družbe ima duševna motnja vedno skupni imenovalac - stigmo (označenost, ožigosanost, pečat) (Marušič, Temnik, 2009).

Duševna bolezen ni ista kategorija kot duševna motnja. Z duševnimi motnjami se srečujemo vsi (stiske, stresni odgovori, motnje razpoloženja, telesne težave z duševnimi vzroki, občasna brezvoljnost) (Sedlar, 2002).

Duševna motnja preide v duševno bolezensko težavo ali bolezen v tistem trenutku, ko prične posegati v vse več segmentov posameznikovega življenja in delovanja in takšen posameznik prične spreminjati svoje vedenje, življenjske navade, odzivanje in se sčasoma začne tudi spreminjati (Švab in sod., 1996 povz. po Sedlar, 2002, str. 144).

Svetovna federacija za duševno zdravje opredeli duševno motnjo in bolezen na sledeči način: za duševno motnjo so značilne spremembe mišljenja, volje, vedenja ali njihova kombinacija v povezavi s stisko in/ali nesutreznim funkcioniranjem. Duševna bolezen se skupaj nanaša na vse težave z duševnim zdravjem, ki jih je mogoče diagnosticirati in

klinično obravnavati, se pravi, kjer sta prisotna strokovna intervencija ali zdravljenje (WFMH, 2001 povz. po Sedlar, 2002, str. 144).

Danes uporabljamo izraz motnja in se izraz duševna bolezen opušča za področje duševnosti, kajti človek lahko duševno motnjo dobi, jo ima, jo lahko izgubi ali pa se motnja pozdravi ali zazdravi (Mrevlje, 2009, str. 71). V diplomski nalogi bosta enakovredno vključena izraza duševna motnja in duševna bolezen.

Vzrok za nastanek duševnih motenj ni povsem jasen. Lahko je posledica vpliva kombinacije bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov, kot so stresni dogodki v življenju, težke družinske razmere, možganske bolezni, dednost ali geni in zdravstvene težave (World Health Organization, 2006).

Pravih vzrokov za nastanek večine duševnih motenj ne poznamo, zato ne moremo vplivati na njihove povzročitelje. Vzroke za nastanek duševnih motenj različne teorije razlagajo zelo različno. Del teorij išče vzroke v dednosti, del v reakcijah osebe na neugodno okolje, del v osebostnem razvoju človeka in kemijskih spremembah v delovanju možganov. Pravih vzrokov za nastanek duševnih motenj ne poznamo, zato ne moremo vplivati na »povzročitelja«. Izjema so nekatere duševne motnje, katerih vzrok je organska bolezen, poškodba, novotvorba, in duševne motnje, ki so posledica telesnih bolezni oziroma življenjskih sprememb in nezdravih navad, ki vodijo v odvisnost (Kogovšek, Škerbinek, 2002).

Mrevlje (2009) izpostavlja, da moramo pri obravnavi in razumevanju duševnih motenj upoštevati diagnozo duševne motnje (bolezni), ki ne sme biti nikoli opredeljena in postavljena le na podlagi enega znaka ali simptoma. Trdi pa tudi, da ljudi, ki jih diagnosticiramo in zdravimo zaradi duševne motnje, ne poimenujemo po diagnozi ali pa jih z njo enačimo. Ti ljudje so osebe, ki imajo motnje in zato niso postali narkomani, alkoholiki, nevrotiki, shizofreniki. Z odvzemanjem slabšalnega pomena jih destigmatiziramo, kajti ljudje, ki še imajo duševno motnjo, so le drugačni, ne pa manj vredni.

2.2 NAJPOGOSTEJŠE DUŠEVNE MOTNJE V STAROSTI

2.2.1 Depresija

Depresija je najpogostejša duševna motnja v starosti (Grad et al., 2001 povz. po Kogoj, Dragar, 2003, str. 145).

Tudi Shah in Adelman (2009) trdita, da sta najpogostejši duševni motnji v starosti depresija in demenca.

Pogostost pojavljanja depresivne simptomatike je večja pri ženskah. Večjo prevalenco depresije opazimo v negovalnih ustanovah s populacijo, ki ima višjo stopnjo duševne in telesne obolevnosti. Med psihosocialnimi dejavniki tveganja za razvoj depresije prevladuje pomembnost izgube socialnih stikov, osamljenost, smrt zakonskih partnerjev, pomembne življenjske situacije, kot so finančne težave, težka bolezen, prisilna odselitev od doma. Najpogostejši dejavniki tveganja za razvoj depresije v starosti so nevrološke spremembe, psihosocialne okoliščine in telesna obolevnost (Pišljarič, 2007).

Kobal Straus in Kalan (2008) razlagata, da na strese v starosti najpogosteje vplivajo smrt bližnjih, spremenjen videz, upad telesnih in razumskih funkcij, socialna izolacija in bolezni, na katere se starostniki težko odzivajo. Avtorici definirata depresijo kot dolgotrajno ali ponavljajoče se negativno emocionalno stanje, ki ovira aktivnosti starostnika.

Simptomi depresije vključujejo somatske simptome (upočasnjeno gibanje, motnje spanja, slaba osebna higiena, izguba teže), brezup, nemoč, anksioznost, spominske težave s stvarnimi znaki kognitivne motnje (težave pri upoštevanju navodil) ali brez njih, misli o smrti, izgubo prijetnih občutkov, razdražljivost, pomanjkanje zanimanja za osebno skrb (Sherrod et al., 2010).

Zdravstvena nega na prvem mestu vključuje terapevtsko komunikacijo kot sredstvo za vzpostavitev odnosa, ki ga vodimo in usmerjamo pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti. Pomembno je, da starostnika na podlagi kvalitetnih informacij o bolezni v terapevtskem odnosu razbremenimo občutkov krivde, zato ga je potrebno aktivno vključevati v individualne in skupnostne aktivnosti in ga pri tem pohvaliti. Načrtovanje dnevnih nalog je sestavni del zdravstvene nege. Pacientu se posveča večja pozornost, se ga potrpežljivo spremlja pri njegovi lastni skrbi za življenje, se ga pozorno posluša in pripravi za samoobvladovanje depresije (Kobentar, 2009).

Starostniki pogosto niso deleženi ustreznega zdravljenja, saj dostikrat ne vedo, da so njihove težave znak bolezni. Zdravljenje v starosti zahteva posebno pozornost zaradi fizioloških starostnih sprememb in večje občutljivosti na stranske učinke. Prvi korak so pri blagi in zmerni depresiji nefarmakološki ukrepi (izvajanje dnevnih družbenih aktivnosti, psihoedukacija, pomoč pri reševanju problemov), pri hudi depresiji pa so nujni farmakološki ukrepi. V rednih časovnih intervalih je nujno potrebno preverjanje izbora ustreznosti zdravil, (zaradi sočasnega jemanja večjega števila zdravil), odmerka in trajanja zdravljenja (Oražem, 2007).

Psihoterapija se nanaša na zdravljenje čustvenih težav s pomočjo psiholoških sredstev, in sicer z namenom, da bi odstranili ali modificirali obstoječe simptome, spremenili obstoječe oblike vedenja in vzpodbujali pozitivno osebnostno rast in razvoj (ibid., str. 19).

Kot uspešna oblika psihoterapije se za zdravljenje depresije uporablja kognitivno-vedenjski pristop, ki vsebuje elemente kognitivne in vedenjske terapije. Gre za spreminjanje negativnih misli in prepričanj ter učenje uspešnega vedenja (ibid.).

Poudariti je potrebno, da je samomorilnost med starostniki zaradi depresije pogostejša, z izstopajočimi znaki pred samomorom starostnika, ki se kažejo v nespečnosti, izgubi telesne teže, občutkih krivde in v nezadovoljstvu zaradi telesnih težav (Kogoj, 2010).

Med starostniki je največja stopnja samomora v vseh starostnih skupinah, med katerimi so najbolj izpostavljeni starejši moški (McQuenn, 2012).

2.2.2 Blaga kognitivna motnja

Blaga kognitivna motnja je vmesna stopnja med kognitivnimi spremembami normalnega staranja in demenco (Geda, 2012; Huckans et al., 2013).

Za blago kognitivno motnjo je značilna motnja spoznavnih sposobnosti, kot so spominske sposobnosti, težave pri učenju, motnje zbranosti pri določeni nalogi za več kot le kratka obdobja, močan občutek duševne utrujenosti pri reševanju umskih nalog, učenje novega pa se subjektivno občuti kot težko, čeprav je objektivno uspešno in ne vpliva na dnevne aktivnosti. Prevalenca je 12 do 15 % med starejšimi od 65 let. Vsako leto 10 do 12 % oseb z blago kognitivno motnjo preide v demenco, pri 5 % letno pa težave izzvenijo (Kogoj, 2011, str. 15).

Glede na prevladujoče motnje spoznavnih sposobnosti razlikujemo:

- amnestično obliko, ki pogosto napreduje v Alzheimerjevo bolezen;
- amnestično obliko s pridruženimi motnjami drugih spoznavnih sposobnosti, ki pogosto napreduje v Alzheimerjevo bolezen ali vaskularno demenco;
- neamnestično obliko s pridruženimi motnjami drugih spoznavnih sposobnosti, ki pogosto napreduje v demenco z Lewyjevimimi telesci ali vaskularno demenco;
- neamnestično obliko z motnjo samo ene izmed spoznavnih sposobnosti, ki pogosto napreduje v frontotemporalno demenco (ibid., str. 16).

Pri starostnikih z blago kognitivno motnjo se osnovne življenjske aktivnosti, kot so umivanje, prehranjevanje, oblačenje, ohranijo, medtem ko zapletene življenjske aktivnosti, kot so organizacija dela, upravljanje financ ali uporaba javnega transporta, pešajo, če se pojavi prizadetost kognitivnih funkcij (Perneczky et al., 2006; Huckans et al., 2013).

Izvajanje kognitivnih vaj privede do omejitve blage kognitivne motnje in izboljšanja vsakodnevne aktivnosti in odločanja. Kognitivne vaje se osredotočajo na urjenje

nekaterih sposobnosti za obvladovanje vsakodnevnih aktivnosti, socialnih spretnosti in funkcioniranja v okolju. Vaje vključujejo kognitivno stimulacijo, spominsko rehabilitacijo, stvarnostno orientacijo in nevropsihološko rehabilitacijo (Yu et al., 2009).

Rehabilitacija blage kognitivne motnje vključuje ukrepanja za spreminjanje življenjskega sloga. Posameznike izobražujejo in osvečajo o prednostih zdravega in nezdravega življenjskega sloga. Strategije vključujejo redno fizično aktivnost, zdravo prehrano, redno udeležbo pri spoznavno stimuliranih aktivnostih in zmanjševanje spremenljivih faktorjev tveganja, kot so kajenje in pitje alkohola (Huckans et al., 2013).

Za blago kognitivno motnjo ni specifičnega zdravljenja. Večina zdravil, ki se uporablja za zdravljenje Alzheimerjeve bolezni, je holinomimetikov (reverzibilni zaviralci acetilholinesteraze). Prvo holinomimetično zdravilo je bil tarcin (Cognex), ki se v današnjem času redko uporablja zaradi hepatotoksičnih stranskih učinkov. Trenutno obstajajo trije holinomimetiki: donepenzil (Aricept), rivastigmin (Exelon) in galantamin (Razadyne) (Geda, 2012).

2.2.3 Odvisnost od psihoaktivnih snovi

Pri odvisnosti od psihoaktivnih snovi gre za skupino vedenjskih, kognitivnih in fizioloških fenomenov, ki se razvijejo po ponavljajočem se uživanju snovi in je zanje značilno, da vključujejo močno željo po zaužitju droge, težave pri obvladovanju droge, vztrajanje pri uživanju droge kljub škodljivim posledicam, večje posvečanje uživanju droge kot drugim aktivnostim in obveznostim, povečano toleranco in včasih telesne motnje zaradi odtegnitve snovi. Sindrom odvisnosti se lahko pojavi pri kakšni specifični psihoaktivni snovi (npr. tobak, alkohol ali diazepam) ali v širšem okviru farmakološko različnih psihoaktivnih snovi (Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, 2005, str. 321).

Za problem javnega zdravja, ki ga povzročajo različne psihoaktivne snovi, med katerimi je tudi uživanje alkohola med starejšimi, narašča zanimanje strokovnjakov, ki ocenjujejo, da je odvisnih od alkohola 50% z duševnimi motnjami, 30% hospitaliziranih in 10% obravnavanih starostnikov (Stanojević Jerković, Kolšek, Rotar Pavlič, 2011).

Ločimo dve skupini starostnikov, ki tvegano uživajo alkohol. Prvo skupino oblikujejo starostniki, ki pijejo alkohol v večji meri kot v srednjih življenjskih letih, kar je lahko posledica spremembe kraja bivanja, pogostejših zastrupitev z alkoholom, depresije in anksioznosti, opustitve zdravljenja. Drugo skupino pa oblikujejo starostniki, ki so pitje alkohola razvili šele v starosti kot posledico spoprijemanja z problemi. kot so izgube, osamljenost, bolečine, neugodje, upokojitev ali izbuba, nezadostna socialna opora (Stanojević Jerković, Kolšek, Rotar Pavlič, 2011).

Starejši so pogosti uporabniki zdravil na recept in zdravil v prosti prodaji. Psihoaktivna zdravila se pogosteje predpisujejo starejšim ženskam, ki pa jih tudi pogosteje zlorabijo kot moški. Zaradi zlorabe psihoaktivnih snovi v starosti nastopijo socialne, psihološke in fizične težave. Socialne težave nastopijo zaradi izgube ljubljene osebe, družbene izloacije, pomanjkanja družbene podpore in finančnih težav. Psihološke težave se kažejo z depresijo, osamljenostjo, anksioznostjo, pojavljajo se težave s spominom, pešanje kognitivnih funkcij, demenca. Posledično lahko prej omenjeno pripelje do fizičnih omejitev, kot so pomanjkanje mobilnosti, padci ter posledično zmanjšanje sposobnosti skrbeti zase (Gossop, 2008).

Strokovnjaki, ki se ukvarjajo z zdravljenjem zlorabe psihoaktivnih snovi pogosto zagotovijo večstopenjsko nego za paciente. Te stopnje vključujejo: nego zunanjih pacientov, ko le-tem zagotovijo 1-3 ur posamične ali skupinske obravnave tedensko, rezidenčno nego, kjer paciente 24 ur dnevno nadzoruje strokovno osebje in jim je na voljo tudi psihiatrična medicinska oskrba, ter nega s pomočjo zdravil, kjer so zdravila na voljo v ustreznem okolju, na primer v psihiatrični bolnišnici (Benshoff, Harrawood, 2003).

Krajša ukrepanja so del spektra strategij za obravnavo pacientov, ki imajo težave z alkoholom in psihoaktivnimi zdravili. Strategije vključujejo zagotavljanje preventivnih sporočil osebam z nizkim tveganjem kot tudi formalna specializirana posredovanja za odvisnike. V zadnjih 25-ih letih so se preventivne akcije preko različnih medicinskih in socialnih ustanov izkazale za učinkovite pri zmanjšanju zlorabe alkohola med

mlajšimi in starejšimi starostniki. Učinkovite krajše akcije uporabljajo model FRAMES (Blow, Barry, 2012).

V tem modelu:

- je posamezniku dana povratna informacija o tveganju;
- odgovornost za spremembo je na posamezniku, ki sprejema tako akcijo;
- nasvet za spremembo vedenja prihaja od kliničnega zdravnika;
- ponujen je nabor alternativnih opcij za spremembo;
- posredovalec uporablja empatičen in motivacijski stil;
- poudarja se samoučinkovitost in opolnomočenje (ibid., str. 317).

Prepoznavanje problemov odvisnosti pri starejših lahko poteka v različnih okoljih, povezanih z zdravstvenimi ustanovami, vključno z ambulantami, domovi za ostarele, nego na domu. Metode za delo s starejšimi, ki zlorablajo alkohol in psihoaktivne snovi, so odvisne od stopnje tveganja pri posamezniku. Posredovanja, oblikovana glede na stopnjo zlorabe in tveganja, vključujejo preventivna sporočila, minimalne nasvete, strukturiran intervencijski protokol in formalno zdravljenje starejših oseb, ki zlorablajo alkohol (ibid.).

2.3 ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

2.3.1 Samostojnost

V času hospitalizacije pacienta medicinska sestra kot nosilka zdravstvene nege oblikuje rehabilitacijski načrt, ki zajema tudi skrb za pacienta po odpustu in je ciljno usmerjena k doseganju čim večje samostojnosti ter samooskrbe ob upoštevanju pacientovih zmožnosti in sposobnosti. Glavni namen obiska na domu je ugotavljanje in spremljanje stopnje pacientove samostojnosti in neodvisnosti pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti: skupno načrtovanje oblike pomoči in podpore, ko jo potrebuje, aplikacija depo terapije, spremljanje psihofizičnega stanja, izražanje aktualnih in potencialnih negovalnih problemov, intervereniranje, vzgajanje in učenje zdravega življenjskega sloga. Prav tako se pacientu nudi pomoč pri vključevanju v socialno mrežo, vzpostavljanju

stikov s sosesko in sodelovanju z drugimi terenskimi službami (Gruden, 2010; Kobentar, Smolič, 2011).

Težave z funkcionalnimi sposobnostmi in spretnostmi, kot so upravljanje z denarjem, skrb za dom, uporaba javnega prevoza, so za starostnike z duševno motnjo pogoste in izčrpavajoče, kar se kaže v povečani odvisnosti od institucionalne nege in uporabi služb za mentalno zdravje. Glavni namen je omogočiti starostniku neodvisno življenje (Pratt, Bartels, Mueser, 2008).

2.3.2 Aktivnost

Organizirana zdravstvena nega v domačem okolju pripomore k zmanjšanju števila hospitalizacij, izboljša klinični izid bolezni, socialno funkcioniranje in preprečuje dolgotrajne odvisnosti od institucije. Pomembno je, da pri pacientu krepimo njegove sposobnosti in točke, ki omogočajo okrevanje. Vzpodbujamo ga, da pridobljene veščine iz bolnišnice utrjuje v domačem okolju. Pacient mora redno jemati zdravila po naročilu zdravnika in mora opraviti redne kontrolne preglede pri psihiatru, pri tem pa vključimo svojce ali prijatelje, saj se zgodi, da po odpustu iz bolnišnice pogosto pride do prenehanja jemanja zdravil in kontrol pri psihiatru. Pacient mora sprejeti bolezen (Zai, 2011; Kobentar, Smolič, 2011).

Eklund (2009) trdi, da sta aktivnost in dobro počutje povezana pojava, saj ljudje z duševno motnjo še posebej cenijo delo kot eno od ključnih neizpoljenih potreb. Z vidika družbenega pomena je služba zelo cenjena, saj omogoča prihodke, predstavlja posameznikov družbeni položaj in krepi njegovo identiteto. Številne tuje študije so pokazale, da so ljudje z duševno motnjo, ki imajo službo, bolj zadovoljni s kvaliteto življenja kot tisti, ki službe nimajo. Zadovoljiti ni potrebno samo kvalitete dela, temveč celotno strukturirano dnevno dejavnost. Iz tega avtorica izhaja, ko pravi, da je vsaka smiselna aktivnost povezana z višjo kvaliteto življenja.

2.3.3 Motivacija za spremembe

Tehnike motivacije za spremembe se ni tako težko naučiti, najtežje je spremeniti svoj lasten odnos do določenih problemov pacientov. Kot učinkovita metoda za lažjo

motivacijo za spremembe se uporablja motivacijski intervju, ki je v osnovi zgrajen na integraciji konceptov psihologije motivacije, socialne psihologije ter teorije in prakse psihoterapije (Rus Makovec, 2011).

V osnovi upošteva štiri osnovne principe:

1. izražanje empatije: poskusimo razumeti in sprejeti pacientov pogled brez sodbe ali sovražnosti;
2. razvijanje diskrepance: voditi pacienta, da bo razumel razliko med vedenjem in globlje zakritimi vrednotami, na katere je morda sam že pozabil;
3. z odpori pacienta se ne spopadamo, ampak jih skušamo prepoznati in razumeti; izogibati se je treba konfliktnosti, raje namesto tega ponudimo podporo in razumevanje;
4. spodbujanje učinkovitosti: ne igrjamo vloge eksperta, saj vsaka odločitev o spremembi pripada samo pacientu (ibid., str. 124).

Uporabljamo ga za področje odvisnosti, vključujemo ga tudi v oblike vedenja, kjer se kaže odpor do sodelovanja ali sprememb (ibid.).

2.3.4 Teorija selektivne optimizacije s kompenzacijo

Baltes in Baltes govorita o modelu »selektivne optimizacije s kompenzacijo«, ki je povezan s fizičnimi, mentalnimi 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 istih stavri na stalno mesto) (Resman, 2005, str. 23).

Kobentar (2008) razlaga, da teorija selektivne optimizacije s kompenzacijo temelji na spoznanjih, da pomembno mesto v življenju starostnika zavzemajo vloge, vrednote in socialni odnosi, ki dobijo svojo vrednost v starosti. Za starostnike ni nujno potrebno razširjanje mreže socialnih stikov, saj se ti kompenzirajo s kakovostjo obstoječih odnosov, ki starejšim dopušča zadovoljitev potreb po individualnosti in optimizaciji njihovih sposobnosti, s katerimi nadaljujejo in izboljšujejo kompetentnost, ki pomaga uravnavati doživete izgube. Na staranje vpliva življenjsko okolje, kjer so v ospredju

socialni odnosi. Če so ti omejeni, jih starostnik nadomešča z gibanjem in dejavnostim, ki so povezane v vrednotenem okolju. Povezava posameznika in njegovega okolja v socialnem, kulturnem in fizičnem vidiku sta nenadomestljiva procesa kompenzacije in sprejemanja danih možnosti s selekcijo.

Vloga in uporaba Baltesovega teoretičnega modela »Selektivne optimizacije z kompenzacijo« temelji na prevzemanju večje vloge pri optimizaciji promocije zdravja in samoaktualizacije v skupnosti, kjer živijo starejši. Centri nudijo starostnikom, ki želijo ostati aktivni, možnost učenja promocije njihovega zdravja (Grove, Loeb, Penrod, 2009).

2.4 REHABILITACIJA PACIENTOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

2.4.1 Razlika med zdravljenjem in rehabilitacijo

Sundeen (2009) definira rehabilitacijo kot proces pomoči osebi, da se vrne na najvišjo stopnjo funkcioniranja, in se izvaja v terciarni preventivi.

Cilj rehabilitacije po Svetovni zdravstveni organizaciji je povečanje stopnje funkcioniranja in zmanjševanje omejevanja dejavnosti in sodelovanja, ki sta posledica okvare ali bolezni (Bachmann et al., 2010).

Kobentar in Smolič (2011) poudarjata, da je glavni cilj v procesu rehabilitacije doseči najvišjo stopnjo samostojnosti in neodvisnosti z avtonomnim odločanjem in v zadovoljevanju potreb obolelih. V procesu rehabilitacije so jim namenjeni psihoeduktivni programi v povezavi z boleznijo in obvladovanjem motečih simptomov, učenje vedenjsko-kognitivnih tehnik v povezavi s sodelovanjem pri zdravljenju, učenje preventivnih tehnik ponovitve bolezni, trening socialnih veščin s socialno podporo in tehnik spoprijemanja s persistirajočimi simptomi. Kakovostna obravnava je povezana s multidisciplinarnim pristopom, v katerem poleg medicinske sestre (koordinatorke obravnave) sodelujejo še socialni delavec, zdravnik, psiholog in delovni terapevt.

Rehabilitacija in psihiatrično zdravljenje se dopolnjujeta in se na določenih področjih prekrivata. Idealno je, če zdravljenje in rehabilitacija potekata vzporedno. Rehabilitacija se ne ukvarja s psihiatrično diagnozo, temveč s spretnostmi in delovanjem pacienta zato, da bi definirali cilje okrevanja, izboljšali podporo okolja in njegove oziroma njene spretnosti. Usmerjena je na pacientove prednosti in sposobnosti, da se vključi v skupnost. Psihiatrično zdravljenje je usmerjeno v zmanjševanje simptomov in z njimi povezanega trpljenja. Namen rehabilitacije je izboljšanje delovanja in zadovoljstva, diagnostični okvir je usmerjen v oceno obstoječih in potrebnih spretnosti in podpore v določenem okolju; terapevtske tehnike, ki jih uporabljajo, so učenje spretnosti, koordinacija, izobraževanje, samopomoč, zagovorništvo. Namen zdravljenja je zmanjšati simptome, terapevtski uvid, diagnostični okvir je usmerjen v oceno simptomov in morebitnih vzrokov, terapevtske tehnike, ki jih uporabljajo, so psihofarmakoterapija, psihoterapija, učenje obvladovanja (Švab, 2004, str. 19).

2.4.2 Psihosocialna rehabilitacija

Psihosocialna rehabilitacija je terapevtski pristop, ki spodbuja ljudi s kronično duševno motnjo, da dosežejo najboljšo možno raven delovanja v skupnosti s pomočjo učenja in izboljšanja svojih sposobnosti ter ob podpori svojcev in pomembnih drugih (Švab, 2004 povz. po Gruden, 2010, str. 108).

2.4.2.1 Vloga družine v psihosocialni rehabilitaciji

Družina izpolnjuje pomembne sociološke, biološke in psihološke funkcije, ki negujejo, oskrbujejo, vzgajajo in varujejo družinske člane, ter jim daje psihosocialno oporo. Ob pojavu duševne motnje družinskega člana se njegovo ravnovesje hitro poruši, prihaja do stisk, tako pri njem kot tudi pri družinskih članih. Zato so podpora družinskih članov in njihovo razumevanje ter vzpodbuda zelo pomembni. V celotnem procesu potrebuje družina poleg empatije tudi strokovno pomoč, da lahko normalno deluje. Raziskave kažejo, da je terapevtska obravnava uspešna, kadar se povezujejo zdravljenje pacienta z zdravili, psihoterapijo in vključitvijo njegovih svojcev. Vključevanje družine v obravnavo zmanjšuje število recidivov bolezni, zmanjšuje intenziteto simptomatike, potrebo po hospitalizaciji in povečuje pacientovo dejavnost v obdobjih remisij ter pomembno izboljša kakovost življenja (Pišl, 2009).

Družina je opora, podpora in gonilna sila obolelemu članu v programih vzpostavitve ponovnega ravnovesja in pri izboljšanju zdravja s pomočjo hospitalizacije, medikamentozne terapije, psihoterapije, procesa rehabilitacije in z drugimi podpornimi programi (delovna terapija, muzikoterapija, kinezioterapija in treningi socialnih spretnosti). Proces rehabilitacije temelji na osnovah psihoedukacije, ki zmanjšuje strahove pri obolelem članu in ostalih, ki se morajo postopoma prilagoditi, prepoznati in sprejeti bolezen člana (ibid.).

Švab in Jerič (2009) trdita, da so dokazano uspešne rehabilitacijske metode učenje socialnih veščin, delo z družino, učenje o bolezni, zdravljenju in rehabilitaciji, kognitivno-vedenjski psihoterapevtski pristop in načrtovanje celotne obravnave. Osnova rehabilitacije je spoštljiv, konsistenten in varen terapevtski odnos, ki krepi pacientovo samospoštovanje in njegovo moč. Da lahko dosežemo pomembne in dolgoročne premike, pa je potrebno v proces enakopravno vključevati družine, strokovnjake in pacienta.

2.4.3 Psihična rehabilitacija

Preko učenja o bolezni, zdravljenju in obvladovanju simptomov si prizadevamo, da oseba sprejme bolezen brez občutkov krivde in da jo okrepimo z občutki, da jo obvladuje. Informacije o bolezni pomagajo k boljšemu razumevanju in reševanju konfliktov ter vodijo k zmanjšanju občutkov razdraženosti, krivde in strahu (Winkler, 2004).

Na voljo so rehabilitacijski pristopi, ko učenje socialnih veščin temelji na predpostavki, da sistematično učenje pomembnih življenjskih veščin lahko zmanjša oviranost v socialnem in funkcijskem delovanju. Poleg učenja veščin so za starostnike z duševnimi motnjami učinkovita še druga psihosocialna posredovanja, ki vključujejo posamezna vodenja in lokalno obravnavo, posredovanje družine in negovalcev, ter poklicna rehabilitacija (Pratt et al., 2008).

2.4.4 Fizična rehabilitacija

S starostjo je povezan upad funkcionalnih sposobnosti, ki omejujejo starostnika pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti. Telesna dejavnost je pomembna za neodvisno kvalitetno življenje (Donat Tuna et al., 2009).

Če starostniki zanemarijo gibalni sistem, lahko nastopijo težave, ki izzovejo proces biološkega pešanja in prezgodnjega staranja. Potrebna je redna telesna dejavnost, s katero starostnik ohranja in izboljšuje svoje gibalne in motorične sposobnosti, med katerimi so najpomembnejše moč, gibljivost, koordinacija in vzdržljivost. Za povečanje vitalnosti in preprečevanje staranja je pomembna mišična moč, ki jo je možno pridobiti z vadbenimi programi. Zelo pomembna gibalna sposobnost starostnikov je koordinacija, ki jo je potrebno ustvariti v mladosti ter krepiti z gibalnimi aktivnostmi. Koordinacija je odvisna od usklajenosti živčno-mišičnega sistema. Z leti se sposobnost koordinacije slabša, zato je potrebno že v obdobju zrelosti motoričnim sposobnostim posvetiti več pozornosti z izvajanjem in ponavljanjem gibalnih vaj (Radinović, 2010).

Za dobro in boljše telesno pripravljenost je pomembna tudi gibljivost, od katere je odvisno optimalno udejanjanje drugih motoričnih sposobnosti. Pomembna je pravilna drža telesa, ki jo starostnik doseže z pravilnim raztegovanjem posameznih skupin mišic. Vzdržljivost je pomembna za celovito ravnovesje starostnika in je večinoma odvisna od sposobnosti srca, ožilja in skeletnega mišičja. Prilagojena mora biti na zmerne napore intenzivnosti (ibid.).

2.4.5 Socialna rehabilitacija

Starost prinaša številne spremembe, ki so lahko vzrok različnih stisk, še posebej, če se stanje pojavi naenkrat. Najpogostejše stiske starostnikov se kažejo v izgubah in odvisnosti od tuje pomoči. Med najpogostejše izgube v starosti prištevamo smrt partnerja, vrstnika, prijatelja, odhod otrok od doma, telesne bolezni, zmanjšanje telesnih sposobnosti, slabljenje sluha in vida, slabšo gibljivost, spominske motnje, težave pri mišljenju, izgubo veljave v domačem okolju, izgubo samospoštovanja in samozaupanja, upokožitev, manjše dohodke, socialni umik, spremembe bivališča ali preselitev v dom starejših občanov. Izgubam se ni moč izogniti, lahko pa se nanje pripravimo s tem, da

jih sprejmemo kot nekaj, kar sodi k življenju. Odvisnost od tuje pomoči je posledica duševnih in telesnih motenj, med katerimi sta najpogostejši depresija in demenca. Pri odvisnosti in nesamostojnosti je najboljša pomoč ožje družine; ponavadi to skrb prevzamejo otroci (Kogoj, 2004).

Velika slabost se kaže pri starejših brez otrok ali družine, ker posledično ostanejo brez najpomembnejše oblike pomoči, ostanejo osamljeni. Na voljo so jim organizirane oblike pomoči v obliki patronažne službe, možnost prehrane na domu, dnevno varstvo in bivanje v zavodih. Pomembna je družbena vključenost starostnikov, predvsem do te mere, do katere starostniki uporabljajo svoje sposobnosti pomnjenja. Zato je priporočljivo vključevanje v različne izobraževalne programe, skupine za samopomoč, terapevtske skupine, prostovoljstvo. Kadar umrejo vrstniki, partner, sorodnik, postanejo starostniki vse bolj osamljeni. Ob vse večji osamljenosti se jim pridružijo občutek depresivnega razpoloženja, telesne bolezni ali onemoglost, ki ovira stik z okoljem. Ohranjanje socialnih stikov starostnika omogoča občutek varnosti in zadovoljno življenje, čeprav ostanejo sami (ibid.).

Zaradi primanjkljajev v komunikacijski spretnosti pri starejših z duševnimi motnjami mnogi ne morejo opisati zdravstvenih težav, ko obiščejo zdravnika. Komunikacija med samim zdravstvenim pregledom lahko predstavlja oviro zaradi pasivnega odnosa starejših do zdravstvenih delavcev. V primerjavi z mlajšimi pacienti starejši redkeje postavljajo vprašanja, dajejo manj informacij in so pri navezovanju stikov manj odločni, odločitve pa prepuščajo zdravnikom. Pasivnost starejših in zmanjšana zmožnost podajanja informacij v povezavi z boleznijo lahko vplivata na potek zdravljenja in rezultat le-tega. Starostniki, ki se aktivno vključujejo v pogovor pri zdravstvenih pregledih, pogosto sledijo predlogom izvajalcev in navodilom zdravljenja (Pratt et al., 2007).

2.5 METODE DELA Z OBOLELIMI V PROCESU REHABILITACIJE

2.5.1 Kognitivno-vedenjska terapija

Je največkrat uporabljena primarno zaradi njene učinkovitosti in široke uporabnosti pri številnih duševnih motnjah in zaradi kratkotrajnosti, sekundarno pa zaradi njene razumljivosti za paciente in usmerjenosti na aktualno problematiko. Njena osnova je stalno sledenje in spremljanje pacienta ter njegovih problemov. Terapevt poskuša ugotoviti pacientove težave v treh smereh: misli, vedenje, čustvovanje. Terapija temelji na odnosu terapevta do pacientove topline, empatije, skrbi, spoštovanja in zanimanja za pacienta. Poudarek je na stalnem podajanju povratnih informacij. Sodelovanje pacienta je aktivno, pri čemer se ga vzpodbuja k razumevanju terapije kot timskega dela, s terapevtom pa se skupaj odločata, kaj bo glavna tema seanse, kako pogosto bo potekala in katere zadolžitve bo pacient opravil (Smrdu, 2009).

Terapija je ciljno usmerjena na problem, kar pomeni, da pacient na začetku navede svoje probleme in si zastavi cilje, ki jih dosežeta skupaj s terapevtom. Usmerjena je v sedanost in je osredotočena na aktualne probleme in neugodne specifične situacije. Kognitivno-vedenjska terapija je kot eduktivna terapija usmerjena v cilj, da se pacient nauči, da bo sam svoj terapevt in da bo znal preprečiti ponovitev motnje. Pacient se nauči prepoznati in si razložiti odgovore na lastne disfunkcionalne misli in prepričanja. Uporablja se veliko različnih tehnik za spreminjanje vedenja, misli in razpoloženja. Poudarek v terapiji je odvisen od težav, ki so pri pacientu najbolj izrazite, pri tem pa je pozornost usmerjena na pacientovo doživljanje telesnih občutkov (dihanje, bitje srca, slabost, krči), čustev (žalost, jeza, strah, telesna napetost), misli (osramotil se bom, znorel bom, nič nisem naredil) in vedenje (umik, razbijanje stvari), ki ga izkazuje (ibid.).

Kognitivno-vedenjska terapija je v teoriji in praksi usklajena z načeli psihiatrične rehabilitacije sodelovanja, krepitve, gradnje veščin in okrevanja (Randall, Finkelstein, 2007).

2.5.2 Zdravstvena vzgoja

Definicija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) iz leta 1982 pravi, da je zdravstvena vzgoja kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, s katerimi dosežemo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo, kako postanejo in ostanejo zdravi, ter naredijo vse, kar je v njihovi moči, za varovanje zdravja ter poiščejo pomoč takoj, ko jo potrebujejo (Hoyer, 2003, str. 269).

Vsebina učenja psihiatričnega pacienta temelji na življenjskih aktivnostih (vzdrževanje osebne higiene, prehranjevanje, pitje, spanje, izražanje čustev, potreb), jemanju zdravil (točnost, natančnost, presledki), sodelovanju v diagnostično-terapevtskem programu, fizioterapiji, delovni terapiji (ibid.).

Zdravstveno vzgojno delo depresivnega pacienta je ključnega pomena, ker nima dovolj znanj, da bi pomagal sebi in družini. Poleg izboljšanja duševnega zdravja pomaga tudi svojcem, da ga razumejo in znajo pomagati (ibid.).

Ob odhodu iz bolnišnice so pomembne naslednje informacije in znanje:

- zdravila naj jemlje, kot jih je predpisal zdravnik, opozorimo ga tudi na stranske učinke in na to, kako naj jih omili;
- po lastnem preudarku ne sme jemati nobenih zdravil in naj ne upošteva nasvetov glede zdravil od nikogar, razen od svojega zdravnika;
- naj si ne postavlja prevelikih ciljev in odgovornosti;
- vzame naj si čas za jed;
- skrbi naj za svoje počutje in pripravljenost;
- skrbi naj za svojo zunanost in osebno higieno;
- pogovori naj se o svojih težavah, pa čeprav se počuti izčrpan in nezanimiv za druge (Horvat, 1999, povz. po Hoyer, 2003, str. 270).

2.5.3 Trening socialnih spretnosti

Naše vedenje določajo kognitivni procesi, ki omogočajo medsebojne vplive med zaznavanjem socialnega prostora, spretnostjo reševanje problemov in komunikacijo. Pri

pacientih z duševnimi motnjami nastopajo težave pri pozornosti in iniciativnosti, izvrševanju aktivnosti, odzivanju, imajo slabo samopodobo, težko se postavijo zase in težko rešujejo življenjske probleme. Opisane težave lahko vodijo do izkoriščanj in zlorab (Ravnik, 2005).

V fazi priprav na izvedbo treninga socialnih spretnosti ocenimo obstoječe spretnosti udeležencev, raziščemo njihove potrebe in določimo aktivnosti, ki so povezane s pričakovani posameznika ali skupine. Metode tehnike in čas izvedbe prilagodimo udeležencem. Pripravimo se na izvedbo začetnih, centralnih in zaključnih aktivnosti (Rapuš Pavel, 2009).

Pomembno je, da pri načrtovanju upoštevamo naslednje vidike:

- ali posameznik potrebuje tovrsten trening;
- katera so specifična področja in socialne spretnosti, ki jih posameznik že obvladuje, in katere spretnosti je potrebno razumeti;
- posameznika seznanimo z informacijami o treningu;
- ocenimo pripravljenost za sodelovanje;
- skupaj oblikujemo program treninga, ki vključuje cilje socialne vedenjske intervencije (ibid., str. 365).

Med izvajanjem treninga uporabljamo povezave vedenjskega in kognitivno-vedenjskega pristopa, socialnega učenja, doživljajske pedagogike, integriramo tehnike s področja treninga asertivnosti, komunikacije in treningov za krepitev samopodobe (ibid.).

Izobraževalni program HOPES temelji na načelih izobraževanja socialnih veščin in vključuje skupinska srečanja s predstavitvijo treningov socialnih veščin, skupinske izlete z vadbo veščin v resničnih situacijah in vključenost drugih v skupino kot obliko podpore uporabe veščin udeležencev. Program traja 24 mesecev, od tega je 12 mesecev intenzivne faze, nato sledi 12 mesecev vzdrževalne faze pod nadzorom terapevta. Terapevt se na začetku programa sreča z posameznikom, da se pogovori o njegovih ciljih, ga usmeri v program, postavi pričakovanja. Glavni namen izobraževalnega programa je naučiti učinkovite spretnosti za vsakodnevno življenje in delovanje (Pratt, Bartels, Mueser, 2008).

2.5.4 Delovna terapija

Nazadovanje spoznavnih funkcij vodi v omejitve za izvajanje vsakodnevnih življenjskih aktivnosti, ki prizadenejo kvaliteto življenja pacienta (Voigt Radloff et al, 2009).

Delovna terapija predstavlja integralni del zdravljenja oseb z duševno motnjo in se kot stroka usmerja na probleme v vsakdanjem življenju, vzdržuje človekovo razumevanje in stremi k čim večji samostojnosti posameznika. Osnovni namen delovne terapije je usmerjen v funkcionalni vidik. Ta temelji na prepričanju, da je vplive okvar, ki se izražajo v disfunkciji, možno zmanjšati in preprečiti s ciljno usmerjenimi aktivnostmi. Cilj je omogočiti, da ljudje kljub težavam, kot so omejitve, okvare v izvajanju aktivnosti, zmanjšana možnost za sodelovanje, čim bolj samostojno izvajajo vsakodnevne življenjske aktivnosti (Dekleva, 2009).

Aktivnosti v delovni terapiji razvrstimo v tri področja človekovega delovanja, ki morajo biti v dinamičnem ravnovesju:

- skrb zase (osebne aktivnosti, funkcionalna gibljivost, funkcioniranje v družbenem okolju);
- produktivnost (plačana in neplačana dela, gospodinjske aktivnosti, igra in izobraževanje);
- prosti čas (interesne dejavnost v ožjem in širšem okolju, socializacija) (ibid., str. 382).

Procesna metoda dela delovno-terapevtske obravnave je sestavljena iz ocenjevanja, načrtovanja, izvedbe in vrednotenja rezultatov. Proces ocenjevanja se osredotoča na odkrivanje pacientovih potreb ter opredelitev dejavnikov, ki predstavljajo podporo ali oviro pri izvedbi vsakodnevnih aktivnosti. Med ocenjevanjem se vzpostavi odnos sodelovanja s pacientom, ki se nadaljuje skozi celo obravnavo. Načrt se razvije v sodelovanju s pacientom in mora vsebovati objektivne in merljive kratkoročne in dolgoročne aktivnosti (ibid.).

Specifične značilnosti, ki usmerjajo obravnavo, so: vzpodbujanje, vzpostavljanje, vzdrževanje, ohranjanje, prilagoditve in preprečevanje. V izvedbo sodijo konkretne

akcije, ki se osredotočajo na spremljanje pacientovih dejavnikov, spretnosti in vzorcev, izvajanje spretnosti, zahtev aktivnosti ter spreminjanje okolja. Vrednotenje rezultatov zajema celoten proces obravnave. Ključen pomen je, da pacienta naučimo sproti prepoznati napredek, na podlagi katerega stopnjujemo zahtevnost obravnave. Pri končnem vrednotenju se ponovno analizira izvedba aktivnosti, definirajo se dejavniki, pri katerih je prišlo do izboljšanja stanja, in dejavniki, ki niso dosegli želenih rezultatov (ibid.).

2.5.5 Fizioterapija

Fizioterapija je sestavni del rehabilitacije pacienta, katere namen je razviti, vzdrževati in zadržati maksimalno gibanje in funkcijsko sposobnost posameznika. Duševna motnja močno vpliva na življenjski stil posameznika. Značilno je, da so v prostem času fizično manj aktivni. Spremembe načina življenja, ki nastanejo kot posledica duševne bolezni in jemanja predpisanih zdravil, so lahko vzrok za slabše telesno počutje kot tudi za porast telesne teže. Zmanjšanje telesne aktivnosti privede do pospešenega upada mišične moči, poslabšanja gibljivosti in ravnotežja, zmanjšanja eksplozivnosti in aerobne zmogljivosti, daljšega reakcijskega časa, zmanjšanja gostote kosti, slabše senzomotorike, občutkov za položaj delov telesa. Posledice se kažejo v obliki pogostejših poškodb, povečane komorbidnosti in umrljivosti. Redna telesna vadba te težave prepreči ali omili. Delo s pacientom z duševno motnjo je specifično, zato mora fizioterapevt pri načrtovanju in izvajanju terapevtskih postopkov poleg telesnih težav in omejitev upoštevati tudi duševne težave, ki jih zazna (Gomboc, 2009).

Cilji fizioterapije so :

- zmanjšanje stranskih učinkov antipsihotične terapije ter izboljšanje gibalne in funkcijske sposobnosti pacienta;
- zmanjševanje nekaterih psihičnih simptomov, ki spremljajo bolezen (psihično pogojene motnje gibanja, fenomen pasivnosti, anksioznost, motnje spanja, depresija);
- aktivacija pacienta (vključevanje v dnevne aktivnosti, ohranjanje delovnih navad, izboljšanje komunikacije);
- izboljšati samopodobo;

- izboljšati kvaliteto življenja po odpustu iz bolnišnice (Gomboc, 2009, str. 394-395).

Poznavanje spretnosti in profesionalno vedenje, ki jih potrebujejo delovni terapevti in fizioterapevti, vključuje poglobljeno razumevanje anatomije in življenjskih funkcij, medosebne spretnosti in etično razmišljanje (Adam, Strong, Chipchase, 2013).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je spoznati najpogostejše duševne motnje v starosti in opredeliti možnosti rehabilitacije.

Cilji so:

1. Ugotoviti, kakšne možnosti imajo starostniki v procesu rehabilitacije (osebna struktura, finančne zmožnosti, razvita mreža formalne in neformalne oblike pomoči).
2. Ugotoviti pozitivne in negativne dejavnike, ki vplivajo na potek rehabilitacije.
3. Ugotoviti vključenost družine v poteku rehabilitacije.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature in zastavljenih ciljev diplomske naloge smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšne so možnosti rehabilitacije v starosti glede na zdravstveno stanje?
2. Kateri so pozitivni in negativni dejavniki, ki vplivajo na rehabilitacijo?
3. Koliko je starostnik motiviran za sodelovanje v procesu rehabilitacije?

Za kvalitativno raziskovanje je značilna interpretativna paradigma, kar pomeni, da daje poudarek proučevanju subjektivnih doživetij posameznika in ugotavljanju pomena, ki ga posameznik pripisuje posameznim dogodkom, pri čemer niso zanemarjeni niti subjektivni pogledi raziskovalca na proučevano situacijo (Vogrinc, 2008, str. 14).

Kvalitativne raziskovalce zanima predvsem, kako se stvari dogajajo, osredotočajo se torej na proces vzgojne akcije in ne le na končne rezultate. Pogosto jih zanima, kako ljudje medsebojno komunicirajo, kako se vedejo, kako odgovarjajo na postavljena vprašanja, kako se njihova prepričanja kažejo v njihovih ravnanjih, kakšen pomen prepisujejo posameznim dogodkom iz svojega življenja, kaj ljudje razmišljajo in zakaj tako in drugo (Fraenkel, Wallen, 2006 povz. po Vogrinc, 2008, str.14).

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo pregleda strokovne domače in tuje literature, strokovnih člankov, zbornikov in internetnih virov glede na obravnavano temo. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah CINAHL, SPRINGERLINK, kjer so predstavljeni strokovni članki na izbrano temo. V podatkovni bazi CINAHL smo iskali pod naslednjimi ključnimi besedami: Mental disorders, Rehabilitation from mental disorders, Rehabilitation from mental disorders at age, Depression in old age, Selective optimization with compensation, Psychosocial rehabilitation of older adults with mental disorders, Psychological rehabilitation of elderly people with mental illness, Social skills training for older people, Cognitive-behavioral therapy for the elderly people with mental disorders, Physiotherapy. Pri iskanju literature smo za zbirko podatkov uporabili CINAHL with full text. V podatkovni bazi SPRINGERLINK pa smo iskali pod naslednjimi ključnimi besedami: Rehabilitation from mental disorders, Mental disorders at old age, Rehabilitation from mental disorders at age, Quality of living with mental disorders, Assisted living, Mild cognitive impairment, Health care of elderly people with mild cognitive impairment, Nursing care of the elderly people with mild cognitive impairment, Health care of the elderly depend on psychoactive substances, Dependence of psychoactive substances in the old age, Treatment of drug substance in the old age, Alcohol dependence in old age, Health education of older people with mental disorders. Pri iskanju literature smo izbrali področje medicine in vrsto vsebine (članek). Opredelili smo iskanje literature med leti 2005 in 2013. V slovenskem prostoru smo za iskanje literature uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS, Obzornik zdravstvene nege. Iskali smo pod naslednjimi ključnimi besedami v slovenskem jeziku: starostnik, duševne motnje, duševne motnje v starosti, vzroki duševnih motenj, zdravstvena nega duševnih motenj, rehabilitacija duševnih motenj v starosti, duševno zdravje, depresija, blaga kognitivna motnja, odvisnost od psihoaktivnih snovi, psihosocialna rehabilitacija, vloga družine v psihosocialni rehabilitaciji, kognitivno-vedenjska terapija, trening socialnih spretnosti, zdravstvena vzgoja, delovna terapija, fizioterapija. Iskanje literature je potekalo v knjižnici Antona Tomaža Linhartaradovljica, knjižnici Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice,

Občinski knjižnici Jesenice, Narodni in univerzitetni knjižnici Ljubljana in Centralni medicinski knjižnici Ljubljana.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za raziskavo diplomske naloge smo uporabili metodo polstrukturiranega intervjuja, ki smo ga pripravili na podlagi pregleda strokovne literature na izbrano temo (Švab, 2004; Sherrod et al., 2010; Gruden, 2010; Kobentar, Smolič, 2011). Za oporo nam je služil intervju z osebo z duševno motnjo v diplomski nalogi z naslovom Izobraževanje oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev po odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice, ki ga je izvedla Renata Intihar. Intervju je temeljil na oblikah samopomoči osebam z duševnimi motnjami. Prvi dve vprašanji sta socio-demografski, kjer so nas zanimali osnovni podatki o statusu intervjuvanca (inicialni imena in priimek, letnica rojstva, kraj bivanja – vas, mesto, sorodstvena skupnost - sam, s partnerjem, drugimi člani družine, ostalih osem vprašanj pa je odprtega tipa, kjer nas je predvsem zanimalo, koliko let imajo oziroma se zdravijo za duševno motnjo, na kakšen način se kažejo težave, kakšen je odnos starostnikov do zdravstvenega osebja, kateri so njihovi formalni in neformalni pomočniki, kakšna je njihova aktivnost in motiviranost v procesu rehabilitacije ter koliko lahko dodatno še storijo kaj drugega.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili namenski vzorec. Vzorec je sestavljajo 9 starostnikov, starih 65 let in več, z diagnozo duševnih motenj. Glede na velikost vzorca raziskava temelji na metodi skupinskega intervjuja, kjer smo intervjuval starostnike z duševnimi motnjami, in sicer 3 starostnike z depresivnimi motnjami, 3 starostnike s kognitivnimi motnjami in 3 starostnike z motnjami odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Starost starostnikov z depresivnimi motnjami je bila med 63 in 87 let, trajanje motnje od 2-35 let, sorodstvena skupnost dveh starostnikov je bilo vdovstvo 15 in 20 let, pri tretjem pa samski stan. Pri starostnikih s kognitivnimi motnjami je bila starost med 74 in 82 let, trajanje motnje od 2 do 25 let, sorodstvena skupnost dveh starostnikov je bilo vdovstvo med 12 in 15 let, tretji pa je bil poročen. Starostniki z motnjami odvisnosti od psihoaktivnih snovi so bili stari med 73 in 88 let, trajanje motnje pri dveh starostnikih je bilo od 2 do 25 let, pri tretjem podatkov ni bilo možno pridobiti, sorodstvena skupnost dveh starostnikov je

bilo vdovstvo med 2 in 30 let, tretji je bil poročen. Vsi starostniki z duševnimi motnjami so imeli vsaj enega predstavnika družine, ki jim je zagotavljal najnujnejše oblike pomoči. Starostniki so bili seznanjeni z namenom raziskave in možnostjo prekinitve oziroma odklonitve sodelovanja. Starostnikom je bila zagotovljena diskretnost in uporaba podatkov le za raziskovalne namene pri izdelavi diplomskega dela. Zanesljivost vzorca smo zagotovili z občasnim vključevanjem zunanjih sodelavcev v intervju. Objektivnost smo zagotovili z uporabo določenega časovnega presledka med intervjuji ter omogočili pripravljenost sodelujočih starostnikov. Veljavnost smo zagotovili z 9 vprašanimi starostniki, vzorčna populacija so bili starostniki z depresivnimi, kognitivnimi motnjami in motnjami odvisnost od psihoaktivnih snovi. Intervjuvanje je zaradi nemotenega poteka raziskave in z vidika zdravstvenega stanja posameznih starostnikov potekalo v bivalnih prostorih starostnikov. Vsi starostniki, ki so sodelovali v raziskavi, so imeli enake pogoje intervjuvanja.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za empirični prikaz pa smo uporabili metodo kvalitativnega raziskovanja. Uporabili smo polstrukturiran intervju. Skupaj z vsebino intervjuja in obrazcem soglasja zavoda za raziskovanje v okviru diplomskega dela smo v Domu dr. Janka Benedika zaprosili za dovoljenje za izvedbo raziskave. Odgovorne osebe so se strinjale, da v predloženi obliki in vsebini izvedemo raziskavo pri starostnikih. Raziskavo smo izvedli v obliki že predhodno pripravljenega intervjuja, v katerem so starostniki odgovaljali na ustno postavljena vprašanja. Uporabili smo avdio posnetek, ki je bil kasneje podan v pisni obliki. Pridobljene izjave iz opravljenih intervjujev smo uredili tako, da smo izvirne izjave zapisali v levem stolpcu tabele, kode, podkode in kategorije smo zapisali v desnem stolpcu tabele. Ciljne rezultate smo pridobili na podlagi zapisa kod in kategorij, ki dajejo pomembnost in poudarek vsebini raziskave. Vsi zbrani podatki so grupirani glede na duševno motnjo ter popolnoma nerazpoznavni v smislu identifikacije intervjuvanca (Vogrinc, 2008). Za obdelavo tabel smo uporabili program Microsoft Office Excel 2007. Zaradi anonimnosti osebnih in zdravstvenih podatkov starostnikov in vsebine intervjuja smo zagotovili varovanje človekovih pravic in svoboščin, spoštovanje pacientovih pravic, kot tudi varovanje pacientovih podatkov za izdelavo

diplomske naloge (Vogrinc, 2008; Zakon o duševnem zdravju, 2008, čl. 3). Vsi podatki so bili varno shranjeni in po uporabi varno uničeni.

3.4 REZULTATI

(Tabela 1) prikazuje izjave starostnikov z različnimi duševnimi motnjami na raziskovalno vprašanje: Kakšne so možnosti rehabilitacije v starosti glede na zdravstveno stanje? Izjavam smo oblikovali kode in kategorije (Vogrinc, 2008). Dobili smo 13 kod, ki smo jih oblikovali v 3 kategorije. Iz izjav smo ugotovili, da imajo starostniki glede na psihofizično stanje in predbolezenskih značajskih potez obsežen izbor aktivnosti, ki jih izvajajo posamezni člani terapevtskega tima ter jim lahko nudijo pomoč v procesu rehabilitacije. V proces je vključena tudi družina, ki pripomore k zadovoljevanju potreb.

Tabela 1: Kakšne so možnosti rehabilitacije v starosti glede na zdravstveno stanje?

Vrsta motnje	Izjave intervjuvancev	kode	kategorije
1.D	<i>/Težko spim, boli me glava, vrti se mi, daje me občutek osamljenosti, zaprla sem se vase, nisem hotela z nikomer govoriti, nisem skrbela zase, sem se zanemarila, bila žalostna, nisem našla smisla za delo .../</i>	zdravstvene težave, izolacija, pomanjkanje skrbi zase	funkcioniranje
	<i>/Medicinska sestra in negovalka me prideta iskat za kopanje. Veliko sem skupaj z delovno terapevtko./ S fizioterapevtko skupaj 2-krat tedensko delava vaje za koleno./ Ko pride zdravnica v dom, me medicinska sestra obvesti, me pride iskat, grem v ambulanto, kjer me pogleda, mi pomei krvni pritisk, me vpraša po počutju, predpiše zdravila./ Diplomirana medicinska sestra mi pripravi zdravila v jedilnici./</i>	sodelovanje v terapevtskem programu, izvajalci pomoči, informiranost, interes	sodelovanje
	<i>/Družina me obišče na 14 dni ... vnuk pride 2-krat tedensko ... me pelje domov./ Prinesejo mi obleko, milo, šampon, pasto ... hvaležna sem za denarno pomoč./ Pred kratkim sva s hčerko šli na Bled na kremne rezine./ Hčerka poskrbi za plačilo doma./</i>	odnosi v družini, zadovoljevanje potreb, druženje	družina

Vrsta motnje	Izjave intervjuvancev	kode	kategorije
2.D	<i>/Pri depresiji je bil glavni znak samomor, motnje spanja, življenje brez smisla, strah, nespečnost, zaprl sem se vase, nisem imel apetita .../</i>	samomorilnost, zdravstvene težave, pomanjkanje skrbi zase	funkcioniranje
	<i>/V domu se ukvarjam s psihiatrinjo ... z osebjem nimam stika./ Diplomirana medicinska sestra mi pri obrokih pripravi zdravila v jedilnici./ K fizioterapevtki hodim redno vsak dan./ Z delovno terapevtko sem zmenjen, da me obvesti, če so v domu predavanja./</i>	sodelovanje v terapevtskem programu, izvajalci pomoči, informiranost, interes	sodelovanje
	<i>/Nečakinja me obišče enkrat na 14 dni ... klepetava v sobi ali na zraku ... prinese revije, časopise, šampon, zobno pasto, milo./</i>	odnosi v družini, zadovoljevanje potreb, druženje	družina
3.D	<i>/Strah, tresenje rok in nog, občutek osamljenosti, obilo mrzlega potu, motnje spanja, brez apetita, utrujenost, spastičnost, neaktivnost pri delu, nevarnost padcev .../</i>	zdravstvene težave, nevarnost padcev	funkcioniranje
	<i>/Negovalko potrebujem za kopanje na 7-10 dni./ V primeru padca pokličem medicinsko sestro ... ponoči me pride pogledat, če dobro spim ... predavajo mi o zdravju bolnikov ... v času bolezni mi prinese v sobo kosilo ... redno, vsak dan mi meri krvni pritisk./ Diplomirano medicinsko sestro potrebujem za razdelitev zdravil ... jemlje mi vzorce krvi, blata po potrebi./ Fizioterapijo obiskujem zaradi vnetja vretenc in išijasa./ Redno vsak dan obiskujem delovno terapijo./</i>	sodelovanje v terapevtskem programu, izvajalci pomoči, informiranost, interes, varnost	sodelovanje
	<i>/Hčerki me obiskujeta 2-krat tedensko ... dostava lekarniških zdravil, denarja ... za plačilo doma poskrbi ena od hčerk./ Domov me vzamejo vsako nedeljo ... gremo tudi na izlete ... peljejo me na preglede k zdravniku./</i>	odnosi v družini, zadovoljevanje potreb, druženje	družina

Vrsta motnje	Izjave intervjuvancev	kode	kategorije
1. KM	<i>/Pozabljam, težko spim, vrti se mi v glavi, imam težave z ravnotežjem, čutim bolečine v kolenu./</i>	zdravstvene težave	funkcioniranje
	<i>/Medicinska sestra mi zvečer prinese tablete za spanje ... pomeri krvni sladkor, krvni pritisk ... ponoči me pride pogledat, kako spim. Negovalka me pride iskat za kopanje./ Diplomirana medicinska sestra mi za obroke v jedilnici pripravi zdravila./ Ker me boli koleno, vsak torek in četrtek hodim k fizioterapevtki./ Ko pride v dom fizioterapevtka, me medicinska sestra obvesti ... do sedaj sem bila samo 2-krat ...vprašala me je, kako se počutim, in mi pomerila krvni pritisk./</i>	sodelovanje v terapevtskem programu, izvajalci pomoči, informiranost, interes, varnost	sodelovanje
	<i>/Družina me pride obiskat skoraj vsak dan ... prinesejo mi obleko, sin mi plačuje dom, prinese nekaj evrov, da vzamem kavo iz avtomata ... večkrat me odpeljejo domov, saj imam hišo blizu doma ... tudi sosedje me pridejo obiskat ... če potrebujem zdravnika, me peljejo./ Poskrbijo za plačilo doma./</i>	odnosi v družini, zadovoljevanje potreb, druženje	družina
2. KM	<i>/Pozabljam, imam težave z ravnotežjem, občasno se izgubim v prostoru, boli me glava, težko spim./</i>	zdravstvene težave	funkcioniranje
	<i>/Medicinske sestre in negovalke me pridejo iskat za kopanje. Diplomirana medicinska sestra mi pripravi zdravila./ Zdravnica me pride pogledat, izmeri mi krvni pritisk, pregleda, če dobro vidim, slišim, vpraša me, kako se počutim./</i>	sodelovanje v terapevtskem programu, izvajalci pomoči, interes	sodelovanje
	<i>/Žena pride skoraj vsak dan na obisk ... pa tudi sinova in sosedje./Žena mi prinese sladkarije, sadje, revije, časopis, obleke, obutev ... me vzame domov ... plačuje mi bivanje v domu./</i>	odnosi v družini, zadovoljevanje potreb, druženje	družina

Vrsta motnja	Izjave intervjuvancev	kode	kategorije
3. KM	<i>/Bolijo me noge, boli me glava, vrti se mi, pozabljiva sem./</i>	zdravstvene težave	funkcioniranje
	<i>/Medicinska sestra me ponoči pride pogledat, kako spim ... ker se mi vrti, me prideta medicinska sestra in negovalka iskat za kopanje./ Diplomirana medicinska sestra mi za obroke pripravi zdravila./</i>	sodelovanje v terapevtskem programu, izvajalci pomoči, varnost	sodelovanje
	<i>/Hčerka me pride obiskat ... prinese mi cigarete, denar, šampon, milo, sadje, sladkarije./ S hčerko greva na sprehod okoli parka ... tudi v trgovino me vzame ... domov ne grem tako pogosto ... raje sem v domu./ Hčerka mi plačuje dom./</i>	odnosi v družini, zadovoljevanje potreb, druženje	družina

Vrsta motnje	Izjave intervjuvancev	kode	kategorije
1. PAS	<i>/Težko spim, vrti se mi v glavi, glava me boli, imam visok krvni pritisk, včasih me sili na bruhanje./</i>	zdravstvene težave	funkcioniranje
	<i>/Medicinska sestra me ponoči pride pogledat, kako spim ... zvečer mi prinese tableto za spanje ... medicinska sestra in negovalka me prideta iskat za kopanje./ Hodim na fizioterapijo ... boli me rama./ Diplomirana medicinska sestra mi v jedilnici pripravi zdravila./</i>	sodelovanje v terapevtskem programu, izvajalci pomoči, interes, varnost	sodelovanje
	<i>/Sin me pride obiskat ... po telefonu ga pokličem, ga prosim za denar, kavo, kremo, milo./ Vnuk pride enkrat na mesec ... domov ne grem, ker se ne razumem s snaho./ Sin mi plačuje dom./</i>	odnosi v družini, zadovoljevanje potreb, duženje	družina

Vrsta motnje	Izjave intervjuvancev	kode	kategorije
2. PAS	<i>/Nespečnost, motnje spanja, razdražljivost, povišan krvni pritisk, slabost, bruhanje, bolečina v levi in desni nogi./</i>	zdravstvene težave	funkcioniranje
	<i>/Medicinska sestra mi vsako jutro pomeži krvni pritisk ... ob 9-ih zvečer mi prinese zdravilo za spanje./ Negovalke me pridejo iskat za kopanje./ Na začetku mojega bivanja mi je fizioterapevtka z laserjem zdravila noge./ Občasno imam obisk psihiatrinje ... narediva določene preizkuse, vpraša me po počutju, mi predpiše nova zdravila./ Diplomirana medicinska sestra mi za obroke pripravi zdravila./</i>	šodelovanje v terapevtskem programu, izvajalci pomoči, interes	sodelovanje
	<i>/Hčerka me obišče 3-krat na teden ... prinese mi sendvič, če si ga zaželim, denar za kavo iz avtomata, denar za frizerja, ščetko, zobno pasto, lak za lase, dobrote, sadje, sladkarije, obleko, obutev, cigarete ... poskrbi za plačilo doma./</i>	odnosi v družini, zadovoljevanje potreb, druženje	družina
3. PAS	<i>/Slabost, bruhanje, utrujen, glavobol, izguba ravnotežja, agresija, razdražljivost./</i>	zdravstvene težave	funkcioniranje
	<i>/Medicinsko sestro potrebujem zjutraj ... zamenja mi plenico./ Ponoči me pride pogledat, kako spim./ Diplomirana medicinska sestra mi pripravi zdravila v jedilnici./ Negovalka me pride iskat, da se grem kopat./</i>	sodelovanje v terapevtskem programu, izvajalci pomoči, varnost	sodelovanje
	<i>/Sin me pride obiskat ... prinese mi denar za kavo, sok, piškote, greva v park, se pogovarjava, greva v trgovino ... sin plačuje dom./</i>	odnosi v družini, zadovoljevanje potreb, druženje	družina

Legenda: D – depresija, KM – kognitivna motnja, PAS – psihoaktivne snovi

Vir: lasten vir (2013)

(Tabela 2) prikazuje izjave starostnikov z različnimi duševnimi motnjami na raziskovalno vprašanje: Kateri so pozitivni in negativni dejavniki, ki vplivajo na rehabilitacijo? Izjavam smo po analogni in logični presoji oblikovali kode in kategorije (Vogrinc, 2008). Dobili smo 23 kod, ki smo jih oblikovali v 2 kategoriji. Iz izjav lahko razberemo, da na proces rehabilitacije starostnikov z duševnimi motnjami vplivajo tako pozitivni dejavniki, ki se v veliki večini nanašajo na bivanje v domu, kot negativni dejavniki, ki ponazarjajo posledice življenja starostnikov pred prihodom v dom.

Tabela 2: Kateri so pozitivni in negativni dejavniki, ki vplivajo na rehabilitacijo?

Vrsta motnje	Izjava intervjuvancev	kode	kategorije
1.D	<i>/Z vsemi, ki mi pomagajo v domu, se razumem zelo dobro ... z družino se dobro razumem. Veselila sem se odhoda v dom. Vedno sem v pogonu, vedno nekaj počinem, da se zamotim./ Vsak dan sem na delovni terapiji./</i>	razumevanje, zadovoljstvo, aktivnost	pozitivni dejavniki
	<i>/Sem vdova že več kot 15 let. Veliko sem začela kaditi ... čutim bolečine v rami in kolenu, imam povišan krvni pritisk./ Sama sem živela doma ... nisem skrbela zase, nisem si kuhala hrane ... družina je bila v skrbeh./</i>	vdovstvo, bolečina, opustitev skrbi zase	negativni dejavniki
2.D	<i>/Ker živim sam, sem se odločil za bivanje v domu ... odhod sem sprejel z odprtimi rokami./ K meni prihaja psihiatrinja in imam razgovore z njo./ Redno, vsak dan vsaj eno uro hodim na fizioterapijo.</i>	odločitev, aktiven uporabnik zdravstvenih aktivnosti	pozitivni dejavniki
	<i>/Meni se je minulo zimo pojavila misel na samomor ... zgloda, da se nisem dobro pozdravil v Begunjah./ Opazujem ljudi, ki jih ne morem prenesti./ Mislím, da je depresija ena čudna bolezen, sprašujem se, če obstaja kakšna naravna metoda za zdravljenje depresije./</i>	samomorilne ideacije, socialni urnik, spraševanje	negativni dejavniki

Vrsta motnje	Izjava intervjuvancev	kode	kategorije
3.D	<i>/V domu sem zadovoljna ... imam toplo hrano in pijačo, sveže perilo, streho nad glavo, nadzor nad mano, brezskrbnost./ Odnos do zaposlenih je urejen ... z vsemi se lepo razumem./ Z družino imam dober odnos./ Rada klepetam s sovrstnicami in sovrstniki./ Tri mesece sem bila hospitalizirana v Psihiatrični bolnišnici Begunje./</i>	zadovoljstvo, razumevanje, druženje s sovrstniki	pozitivni dejavniki
	<i>/Sem vdova ... mož mi je umrl pred 20 leti./ Za depresijo se zdravim od leta 1978 ... operacija leve roke./</i>	zdravstvene težave	negativni dejavniki

Vrsta motnje	Izjava intervjuvancev	kode	kategorije
1. KM	<i>/Zahvaljujem se vsem, ki mi pomagajo./ Z odhodom v dom se nisem obremenjevala, prav nasprotno, srečna sem bila ... imam hrano, pijačo, svežo obleko, obutev, zdravila./ Pogovarjam se s sovrstniki ... imam kratke pogovore, nato se umaknem v sobo./ Dva meseca sem bila na pogovorih v Begunjah ... psihiatrinja je ugotovila, da je z menoj vse v redu./</i>	zadovoljstvo, sodelovanje, druženje s sovrstniki	pozitivni dejavniki
	<i>/Sem vdova ... mož mi je umrl pred 12 leti./12 let sem živela doma sama ... doma sem tudi padla ... sin je bil v skrbeh./ Imam težave z nogami ... nimam ravnotežja ... 2-krat sem imela zlomljeno roko./</i>	vdovstvo, telesne težave	negativni dejavniki

Vrsta motnje	Izjava intervjuvancev	kode	kategorije
2. KM	<i>/Dobro se razumem z vsemi zaposlenimi./ Z družino imam dober odnos./</i>	razumevanje, odnosi z družino	pozitivni dejavniki
	<i>/Z enimi sovrstniki se razumem dobro, z drugimi ne ... odvisno, kakšen pristop imajo do mene./ Imel sem zastoj srca ... nekaj mesecev sem bil v bolnišnici na Jesenicah priklopljen na aparate./ Mešalo se mi je, videl sem žive slike ... potem sva šla pa z ženo pogledat in točno take predstave sem imel./</i>	prilagajanje, zdravstvene težave	negativni dejavniki
3. KM	<i>/Zelo sem vesela, ker sem v domu ... Z vsemi se dobro razumem ... imam svežo hrano, kopam se, imam svežo obleko, streho nad glavo ... vse imam blizu./ V sobi sem skupaj s sorodnico./</i>	zadovoljstvo, razumevanje, preskrbljenost	pozitivni dejavniki
	<i>/Sem vdova ... mož mi je umrl pred 15 leti ... Zaprla sem se vase, nisem si kuhala, nisem skrbela zase, pila sem./ Pred 25 leti sem bila v Begunjah, kjer sem dobila zdravila in odšla domov./ Veliko kadim./</i>	vdovstvo, zdravstvene težave, težave v funkcioniranju	negativni dejavniki

Vrsta motnje	Izjava intervjuvancev	kode	kategorije
1. PAS	<i>/Imam topel, prijazen odnos do zaposlenih./ V domu sem 5 let in ne bi šla več živet nazaj v blok./ Družim se s sovrstnicami./</i>	zadovoljstvo, družjenje s sovrstniki	pozitivni dejavniki
	<i>/Ne hodim rada na delovno terapijo ... raje v sobi kaj bolj pametnega počnem./ Domov ne hodim ... se ne razumem najbolj s snaho./</i>	nesodelovanje, težave v odnosih	negativni dejavniki
2. PAS	<i>/Z nekaterimi zaposlenimi se razumem dobro./ Zelo se razveselim prihoda hčerke./ Spoznavam nove sovrstnike v domu in ohranjam stike./</i>	razumevanje, odnosi z družino, družjenje s sovrstniki	pozitivni dejavniki
	<i>/Vdova sem 2 leti ... zaradi smrti moža sem pristala v Begunjah, kjer sem bila 3 mesece./ V domu sem zelo nesrečna ... zelo rada bi odšla domov./ Z vsemi zaposlenimi se ne razumem dobro ... imajo določene predpise in to me moti./</i>	vodstvo, nezadovoljstvo, nerazumevanje	negativni dejavniki
3.PAS	<i>/Za bivanje v domu sem hvaležen ... vsi so tako prijazni in dobri do mene, potrpežljivi ... imam dobro hrano, svežo obleko, streho nad glavo./ Z vsemi v domu se dobro razumem ... imam dober odnos./</i>	zadovoljstvo, razumevanje, preskrbljenost	pozitivni dejavniki
	<i>/Imel sem težko življenje ... rad sem ga pil./</i>	travmatične izkušnje iz preteklosti	negativni dejavniki

Legenda: D – depresija, KM – kognitivna motnja, PAS – psihoaktivne snov

Vir: lasten vir (2013)

(Tabela 3) prikazuje izjave starostnikov z različnimi duševnimi motnjami na raziskovalno vprašanje: Koliko je starostnik motiviran za sodelovanje v procesu rehabilitacije? Izjavam smo oblikovali kode in kategorije (Vogrinc, 2008). Dobili smo 12 kod, ki smo jih oblikovali v 3 kategorije. Izjave kažejo na to, da so starostniki zelo motivirani, skušajo biti čim bolj aktivni, kažejo zanimanje za stvari, ki jim predstavljajo pozitiven pogled na njihovo zdravje, in naredijo vse, kar je v njihovi moči, da ostanejo zdravi.

Tabela 3: Koliko je starostnik motiviran za sodelovanje v procesu rehabilitacije?

Vrsta motnje	Izjava intervjuvancev	kode	kategorije
1. D	<i>/Zelo veliko časa preživim na delovni terapiji ... beremo, ustvarjamo, se pogovarjamo, rišemo, pišemo, pletemo, zalivamo rože./ Udeležujem se rojstnodnevni zabav, prireditvev, predavanj ... redno se udeležujem izletov. Na delovni terapiji s fizioterapevtko telovadim ob ponedeljkih, sredah in petkih./ Jemljem zdravila, ki mi jih je predpisala zdravnica./</i>	terapevtske aktivnosti, druženje in zabava, sodelovanje v terapiji	aktivnost
	<i>/Nimam potreb ... sama se umijem in oblečem, posteljem posteljo./ Skušam biti čim bolj samostojna, dokler se le da./</i>	samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnosti	samostojnost
	<i>/Ko medicinska sestra prinese zdravila, jo vprašam, kako, kolikokrat in kdaj naj jih jemljem./ Zanima me, če se moje zdravje izboljšuje ... merim krvni pritisk ... rada bi ostala zdrava, zato se sprehajam okoli parka ... veliko sem na zraku./ Skušam čim manj cigaret pokaditi./ Na delovni terapiji skuham kavo za vse./ Delovna terapevтка se z nami ukvarja, nas veliko zaposli, vzpodbuja, motivira pri delu./</i>	sodelovanje v zdravstveni obravnavi, zdrav življenjski slog	motivacija

Vrsta motnje	Izjava intervjuvancev	kode	kategorije
2.D	<i>/Jemljem zdravila, ki mi jih je predpisala psihiatrinja./ Izvajam kateterizacijo sečnega mehurja. Na fizioterapiji izvajam gibalne vaje za ramo in kolena ... v večjem smislu gre za vaje na kolesu./ Na delovni terapiji igram šah ... ker je to igra misli in mi ustreza ... gledam televizijo, poslušam radio, berem časopis ... redno hodim poslušat predavanja/</i>	sodelovanje pri zdravljenju, sodelovanje v terapiji, druženje in zabava	aktivnost
	<i>/Fizioterapevtka mi pripravi vaje ... pri izvajanju sem samostojen./ Sam izvajam postopek kateterizacije sečnega mehurja ... bil sem 3 mesece v rehabilitacijskem centru Soča, kjer so me poučili o postopku./ Sam se umijem in uredim, posteljem posteljo ... kupim obleke, obutev ... poskrbim za plačilo doma./</i>	samostojno obvladovanje kroničnih zdravstvenih težav, dobro funkcioniranje	samostojnost
	<i>/Ko pride psihiatrinja v dom, jo vprašam, koliko zdravil mi bo še predpisala, koliko časa jih bom mogel še jemati, kdaj, vprašam jo tudi, kakšni so stranski učinki zdravil./ Zelo sem se motiviral, da premagam depresijo ... začel sem hoditi na delovno terapijo ... hodim na sprehode, pospravljam sobo. Zastavil sem si cilj iti z vozičkom do Lesc in nazaj./</i>	sodelovanje v zdravstveni obravnavi, zdrav življenjski slog	motivacija
3. D	<i>/Vsak dan obiskujem delovno terapijo ... rišem, pišem, pletem, ustvarjam ročna dela ... berem, poslušam radio, gledam televizijo./ Jemljem zdravila, ki mi jih je predpisala zdravnica./ Aktivnosti nimam določene ... raztezanje, natezanje hrbtenjače, prejemale sem injekcije./ Udeležujem se predavanj, prireditev./</i>	terapevtske aktivnosti, sodelovanje v terapiji, zdrav življenjski slog	aktivnost
	<i>/Sama se umijem, oblečem, uredim posteljo./ Sama si zapisujem vrednosti krvnega tlaka in vodim bilanco./</i>	samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnosti, sodelovanje pri zdravljenju	samostojnost
	<i>/Za motivacijo mi pomaga redno vstajanje ob določenem času, hoja, sprehodi, pospravljanje sobe, sprehodi okoli parka, vsakodnevne aktivnosti na delovni terapiji, rehabilitacijske vaje v Valdoltri in termah Čatež./</i>	terapevtske aktivnosti, zdrav življenjski slog	motivacija

Vrsta motnje	Izjava intervjuvancev	kode	kategorije
1. KM	<i>/Na delovno terapijo ne hodim pogosto ... če pa že grem, pa rada rišem, pišem, pletem, zalivam rože ... gledam televizijo, poslušam radio, berem časopis./ Hodim na fizioterapijo, kjer delam vaje za koleno./ Rada hodim na glasbene delavnice, otroške delavnice, rojstnodnevne zabave, izlete./ Jemljem zdravila, ki mi jih je predpisala psihiatrinja./</i>	terapevtske aktivnosti, druženje in zabava, sodelovanje v terapiji	aktivnost
	<i>/Sama se umije in oblečem, posteljem posteljo./</i>	samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnosti	samostojnost
	<i>/Hodim po parku ... ko sem imela obisk psihiatrinje na domu, sem se predvsem zanimala, zakaj ne morem spati, če bom dobila prava zdravila./Po 10. in 3. uri hodim v avlo ... se družim s sovrstniki./</i>	sodelovanje v zdravstveni obravnavi, druženje	motivacija
2. KM	<i>/Varuhinja me zaposli z risanjem, pisanjem, sestavljanjem ... gledamo filme,igramo družabne igre, pojemo,beremo, pijemo kavo, s fizioterapevtko telovadimo 30 minut./ Jemljem zdravila, ki mi jih je predpisala zdravnica./ Imamo tudi prostovoljce iz programa Spominčica ... se družimo, veselimo, pogovarjamo, pojemo./</i>	terapevtske aktivnosti, sodelovanje v terapiji, druženje in zabava	aktivnost
	<i>/Ko vstanem, se umijem, oblečem, grem na stranišče, se obrijem./</i>	samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnosti	samostojnost
	<i>/S skupino gremo vsak dan na zrak ... okoli doma, pred zajtrkom in kosilom pripravim žlice, vilice, nože. Zelo sem motiviran za delo ... nič mi ni odveč ... delam vse, kar je možno, kar lahko./</i>	zdrav življenjski slog	motivacija
3. KM	<i>/V delovni terapiji rada pletem, rišem, barvam, berem časopis, gledam televizijo, poslušam radio./</i>	terapevtske aktivnosti	aktivnost
	<i>/Sama se umijem, oblečem, posteljem posteljo./</i>	samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnosti	samostojnost
	<i>/Se sprehajam po parku, grem v trgovino./</i>	zdrav življenjski slog	motivacija

Vrsta motnje	Izjava intervjuvancev	kode	kategorije
1. PAS	<i>/Jemljem zdravila, berem revije, časopise, gledam televizijo ... v sobi pletem./</i>	sodelovanje v terapiji, terapevtske aktivnosti	aktivnost
	<i>/Ne rabim nobene pomoči, sama se uredim ... zjutraj se umijem, uredim, posteljem posteljo in grem na zajtrk./</i>	samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnosti	samostojnost
	<i>/Zvečer zaklenem vrata, se oblečem v pižamo in telovadim, da lažje zaspim./ Obvezno se grem vsak dan sprehajat okoli parka ... pospravljam sobo./S fizioterapevtko 3-krat na teden, ob ponedeljkih, sredah in petkih, delava vaje za ramo ... pri tem me motivira in vzpodbuja./</i>	sodelovanje v terapiji, zdrav življenjski slog	motivacija
2. PAS	<i>/Jemljem zdravila, ki mi jih je predpisala psihiatrinja./ Vsako jutro imam telovadbo ... berem knjige, poslušam radio, gledam televizijo, hodim na rojstnodnevne zabave, prireditve v domu./</i>	sodelovanje v terapiji, terapevtske aktivnosti, druženje in zabava	aktivnosti
	<i>/Sama se premikam z vozičkom po domu ... redno hodim v kobilnico./</i>	samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnosti, možnost opuščanja škodljivih navad	samostojnost
	<i>/Medicinska sestra mi pri negi pomaga umiti se in obleči ... me vzpodbuja, da naredim čim več sama ... delno si sama umijem obraz in roke, spreminjam položaje v postelji ... pomaga mi pri presedanju iz postelje na voziček./ Pri telovadbi naredim veliko vaj za roke./ Sem veliko bolj komunikativna./ Za cilj sem si postavila, da grem sama v trgovino./</i>	pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnosti, terapevtske aktivnosti	motivacija
3. PAS	<i>/Jemljem zdravila, rišem, pišem, barvam, pojem, berem, ustvarjam ročna dela, se družim z drugimi sovrstniki, v avli gledam televizijo, poslušam radio./ Udeležujem se rojstnodnevnih zabav, prireditev./</i>	sodelovanje pri zdravljenju, terapevtske aktivnosti, druženje in zabava	aktivnost
	<i>/Zjutraj se sam umijem, oblečem, posteljem posteljo./ Hodim s pomočjo hojice./</i>	samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnosti	samostojnost
	<i>/Veliko sem na zraku ... se sprehajam po parku./</i>	zdrav življenjski slog	motivacija

Legenda: D – depresija, KM – kognitivna motnja, PAS – psihoaktivne snovi

Vir: lasten vir (2013)

V procesu kvalitativne raziskave smo oblikovali 8 kategorij, in sicer funkcioniranje, sodelovanje, družina, pozitivni dejavniki, negativni dejavniki, aktivnost, samostojnost, motivacija, ki so med seboj povezane in pomembno vplivajo na rehabilitacijo starostnikov.

Ugotovili smo, da starostniki opisujejo svoje zdravstvene težave v širokem spektru, pri tem pa so neprisilno odprti in dojemljivi za posredovanje podatkov o njihovem zdravstvenem stanju. Starostniki sodelujejo v aktivnostih z posameznimi člani terpevskega tima, itenziteta sodelovanja pa je odvisna od vsakega posameznika. Ugotovili smo, da je družina v procesu rehabilitacije izrednega pomena, saj dober, močan odnos med posameznimi člani družine in starostnikom omogoča dobro počutje in s tem boljše sodelovanje v procesu rehabilitacije.

Med pozitivnimi dejavniki starostniki presenetljivo navajajo odhod v dom; tako lahko sklepamo, da starostniku ta sprememba v življenju predstavlja povečano potrebo po varnosti ter umirjenim in varnim življenjem, zagotavlja osnovne življenske potrebe, ohranja socialne stike z družino in sovrstniki, s tem pa se počutijo manj osamljene. Negativni dejavniki ponazarjajo travmatske dogodke iz preteklosti, ki negativno vlivajo na njihovo zdravstveno stanje, in pojav duševnih in telesnih bolezni. Starostniki izvajajo dnevne aktivnosti s posameznimi člani rehabilitacijskega tima. Ugotovitve so, da je izraba časa kakovostna, racionalna in uspešna, kar se kaže v pridobivanju novih znanj, vedenj in v izboljšanju njihovega telesnega in duševnega zdravja ter počutja. Samostojnost je pomembna za večanje motivacije starostnikov. Ugotovitve kažejo, da so starostniki samostojni zlasti pri izvajanju osebne higiene in urejanju prostora, kar jim vzpodbuja samodisciplino in samozavest. Motivacija je pomembna sestavina samega procesa rehabilitacije, kajti pravilno motiviran in usmerjen starostnik bo svoje aktivnosti opravljal sproščeno, z določenim ciljem, ki ga bo tudi izpolnil. Sodelovanje članov terapevskega tima mora biti postopno in stalno. Ugotovili smo, da starostniki aktivno skrbijo za zdrav življenjski slog, se udeležujejo v terapevstkih aktivnostih, opuščajo škodljive navade.

3.5 RAZPRAVA

Tako kot po svetu se tudi v Sloveniji populacija stara. S starostjo nastopijo telesne in duševne bolezni, ki vplivajo na vlogo in funkcioniranje starostnika v družbi in na kakovost staranja. Njihov kronični potek slabša funkcioniranje organizma, kar se kaže v povečani odvisnosti od okolice in povečani potrebi po zdravstvenih storitvah. Cilj rehabilitacije starostnikov z duševnimi motnjami ni samo zagotoviti daljše in udobno življenje, ampak tudi kakovostno staranje in preprečevanje poslabšanj bolezni. Menimo, da je potrebno rehabilitacijo dodatno izboljšati, da starostniku po preboleli bolezni povrnemo stopnjo samostojnosti, ki mu bo omogočila normalno življenje. Če želiš zastaviti rehabilitacijski načrt, potrebuješ ustrezno ustanovo, zdravstveno-rehabilitacijski tim, ki ima specifično znanje s področja starostnika, prepoznavanja bolezni, finančno podporo, ki bo omogočila potrebna sredstva za izpeljavo zastavljenega načrta, kar pa si lahko privoščijo samo nekatere zdravstvene ustanove.

V raziskavi smo ugotavljali, kakšne so možnosti rehabilitacije glede na zdravstveno stanje. Rezultati kažejo, da so starostniki, ki so sodelovali v raziskavi, poročali o širokem spektru zdravstvenih težav, s katerimi se soočajo. Najpogosteje so navajali telesne težave v obliki motenj spanja, glavobola, vrtoglavice, motenj ravnotežja, čustvenih težav v obliki potrnosti, nezainteresiranosti za delo, spominskih težav v obliki pozabljenosti. Pri starostniku z depresivno motnjo smo zaznali tipično motnjo nagnjenosti k izvršitvi samomora, kar pravi tudi Kogoj (2004). Med potekom raziskave smo ugotovili, da starostniki vseh simptomov ne prepoznavajo in ne navajajo, nekatere pa niso mogli opredeliti, za kar je bila potrebna podrobnejša razlaga in usmerjanje samega razgovora. Zaznali smo tudi pomanjkljivost v komunikacijskih spretnostih, ki so se odražale v tonu, načinu in dinamiki komuniciranja, kar predstavlja oviro v poteku rehabilitacije in pri izidu zdravljenja, kar pravi tudi Pratt et al. (2007) in dodaja, da starejši v primerjavi z mlajšimi pacienti redkeje postavljajo vprašanja, dajejo manj informacij, so manj odločni in odločitve prepuščajo zdravnikom. Medicinske sestre imajo vlogo tako v formalnem in neformalnem smislu, ki je v komunikaciji s starostniki zelo pomembna; zlasti neformalna, ki starostnika predvsem sprosti in mu daje občutek domačnosti in prijaznosti.

Raziskava je pokazala, da so vsi starostniki pripravljeni in radi sodelujejo v samem procesu rehabilitacije. V procesu sodeluje multidisciplinarni tim v socialnovarstvenem zavodu, ki vključuje psihiatrinjo, fizioterapevtko, delovno terapevtko, diplomirano medicinsko sestro, medicinsko sestro, varuhinjo in negovalko. Intenziteta sodelovanja starostnika pa je odvisna od psihofizičnega in zdravstvenega stanja posameznika. Iz izjav starostnikov smo ugotovili, da rehabilitacija zajema vzdrževanje osnovnih življenjskih aktivnosti, redno jemanje terapije, intervencije, ki so namenjene diagnostično terapevtskemu programu in sodelovanju v delovni terapiji in fizioterapiji, kar pravi tudi Hoyer (2003). Starostniki potrebujejo vzpodbudo, motivacijo in usmerjenost pri izvajanju posameznih programov. Mnenja smo, da zdravstvene ustanove, ki so v veliki povezavi z oskrbo starostnikov, zlasti domovi starejših občanov, nimajo zadosti znanja s področja psihiatrije, zato predlagamo več strokovnega izobraževanja, usposabljanja in izpopolnjevanja za osebje zdravstvene nege. Pri tem mislimo na kakovostno izdelavo rehabilitacijskih programov, ki bi načrtno spremljali stanje starostnika ob samem sprejemu in v nadaljevanju spremljali njegovo zdravstveno stanje v merljivem časovnem obdobju. V ta namen je potrebno okrepiti multidisciplinarne time, ki bi imeli znanje s področja psihiatrije starostnika in geriatrije ter prepoznavanja njihovih funkcionalnih težav. Vloga medicinske sestre v timu je večstranska in večplastna, zato je nujno vključevanje medicinskih sester s poznavanjem socialnih veščin in interdisciplinarno usposobljenostjo. Njena vloga je v multidisciplinarnem timu zelo pomembna in se kaže v širini njenih nalog od sprejema do odpusta.

V raziskavi smo ugotovili, da imajo starostniki močno oporo v družinskih članih, ki jim zagotavljajo osnovno materialno in finančno podporo ter potrebne stike v domu, kar zanje pomeni večjo psihično ugodnost in tudi boljše počutje, saj navajajo, da je zanje stik z družinskimi člani zelo pomemben. Menimo, da je pomembno, da družina sodeluje v samem procesu rehabilitacije, kar izboljšuje počutje, sodelovanje pacienta in ugodno vpliva na izid zdravljenja. S tem se strinja tudi Pišl (2007) in še dodatno pojasnjuje, da družina vpliva na zmanjševanje recidivov bolezni, intenziteto simptomatike in potrebo po hospitalizaciji. Sodelovanje medicinske sestre z družino je zelo pomemben vidik sodelovanja in razvijanja dobrih odnosov, kajti medicinska sestra na tak način pridobi

kvalitetne povratne informacije in sporočila, ki jih nato koristno uporabi pri delu s pacientom. Sodelovanje medicinske sestre z družino lahko pomembno vpliva na izid zdravljenja.

V raziskavi smo ugotavljali tudi, kateri so pozitivni in negativni dejavniki, ki vplivajo na rehabilitacijo. Iz izjav starostnikov smo ugotovili, da v kategorijo pozitivnih dejavnikov najpogosteje uvrščajo dober odnos z družino, zaposlenimi v domu, odhod v dom, sodelovanje pri zdravstvenih storitvah, druženje s sovrstniki, dva starostnika pa sta navedla kot pozitivni dogodek hospitalizacijo v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Naše ugotovitve kažejo, da je za starostnike zelo pomembno druženje, medosebni stiki, ki pripomorejo k boljšemu psihičnemu in fizičnemu počutju, ne želijo biti osamljeni, njihove potrebe po družbenih in socialnih stikih pa so zelo visoke, zato je potrebno starostnike vključiti v programe za izboraževanje, učenje, terpevske skupine, koristno pa je tudi vključevanje prostovoljcev, kar pravi tudi Kogoj (2004).

V kategoriji negativnih dejavnikov pa so starostniki najpogosteje navajali tragične dogodke v življenju (smrt partnerja, vdovstvo, hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici, operacije, poškodbe, duševna motnja), zdravstvene težave in negativne življenjske razvade (kajenje, alkohol), eden od starostnikov pa je navedel odhod v dom kot negativno izkušnjo. Mnenja smo, da različni dejavniki v življenju vsakega človeka vplivajo na potek njegovega življenja, starostniki pa so zaradi svoje specifičnosti še bolj občutljivi in so negativni dejavniki pri njih bolj izraženi kot pri mlajših osebah. Ugotovili smo, da je namestitev v domu kot negativno izkušnjo navedel samo en starostnik, ki nastanitev razume kot prisilo. Presenečeni smo, da so ostali odhod v dom sprejeli kot zelo pozitivno izkušnjo, čeprav Kogoj (2004) trdi, da preselitev v dom starejših občanov sodi med najpogostejše izgube v starosti. S tem trdimo, da jim dom nudi vse potrebne pogoje za vključevanje v okolje in normalno življenje, socializacijo in varnost. Ob sprejemu v dom je pomemben prvi vtis in občutek dobrodošlice, ki ga vzpostavi medicinska sestra. Pomembno je, da medicinska sestra predstavi starostniku in družini novo okolje, ga seznanji z aktivnostmi in potekom dela. Potrebno mu je dati občutek prijaznega in varnega okolja.

V raziskavi smo ugotavljali, koliko je starostnik motiviran za sodelovanje v procesu rehabilitacije. Ugotovili smo, da v kategoriji aktivnost starostniki najpogosteje navajajo terapevtske aktivnosti, druženje in zabavo, sodelovanje pri zravljenju, zdrav življenjski slog. Iz navedenega je razvidno, da želijo starostniki aktivno izrabiti vse ponujene aktivnosti v okviru njihovih zmožnosti in sposobnosti. V kategoriji samostojnost starostniki najpogosteje navajajo, da osnovne življenjske aktivnosti, kot so umivanje, oblačenje, postiljanje postelje, gibanje, izvajajo sami, brez vodenja ali strokovne pomoči. Tudi sami si prizadevajo, da našteje aktivnosti čim večkrat opravijo sami, kar ohranja njihovo samodisciplino, obveznosti in krepitev umskih sposobnosti. V kategoriji motivacija starostniki najpogosteje navajajo, da jih motivira samodisciplina, kjer svoj čas namenjajo razgibavanju v obliki telovadbe ali sprehodov, pogovoru in druženju z vrstniki ter zanimanju za svoje zdravje, iskanju dodatnih informacij o zdravstvenem stanju, izboljšanju zdravja in načinov, kako ohranjati lastno zdravje in zdrav življenjski slog. Tudi Ekland (2009) se s tem strinja in hkrati navaja še, da sta aktivnost in dobro počutje povezana pojava, saj ljudje z duševno motnjo še posebej cenijo delo kot eno od ključnih neizpoljenih potreb. Strukturirana dnevna dejavnost in ne samo delo je nujna potreba, ki jo je potrebno zadovoljiti. Iz tega avtorica izhaja, ko pravi, da je vsaka smiselna aktivnost povezana z višjo kvaliteto življenja. V domu starejših občanov namenjajo individualni in skupinski obravnavi velik poudarek, upoštevajo želje, potrebe in zmožnosti vsakega posameznika, veliko pozornosti pa namenjajo tudi vključevanju prostovoljcev.

Na podlagi ugotovitev menimo, da so starostniki pripravljene in motivirane za sodelovanje v procesu rehabilitacije. Pohvalno je, da tudi priložnostnim aktivnostim namenjajo svojo pozornost, zlasti neformalnim pogovorom, druženju, izboljšanju življenjskega sloga, saj vse to vpliva na njihovo zdravstveno stanje in počutje. Vrsta in dinamika aktivnosti sta odvisni od vsakega posameznika posebej, od njegovih zmožnosti in pripravljenosti. Nekateri se zelo radi udeležujejo strokovnih predavanj, kar kaže na njihovo zanimanje in motiviranost za pridobivanje novih znanj in vedenj. Predlagamo, da bi za pomoč starostnikom pri izvajanju rehabilitacijskih programov vključili tudi prostovoljce.

4 ZAKLJUČEK

V zaključni misli želimo poudariti, da je v raziskavi sodelovalo manjše število starostnikov z duševnimi motnjami, prav tako je raziskava potekala krajši čas. Pridobljeni rezultati zato ne morejo biti relevantni in uporabljeni kot odraz realnega stanja na tem področju. Povratno sporočilo je prikaz stanja in težav starostnikov z duševnimi motnjami. V raziskavi smo ugotovili, da starostniki radi sodelujejo v samem procesu rehabilitacije, njihova itenziteta pa je odvisna od vsakega posameznika. Izvajajo aktivnosti s posameznimi člani terapevtskega tima. Močno oporo jim nudijo tudi družinski člani z zagotavljanjem materialnih in finančnih sredstev. Starostniki imajo ohranjene socialne stike, kar jim daje večji občutek ugodja v domu, saj je odnos starostnika z družinskimi člani izrednega pomena. Ugotovili smo tudi, da na rehabilitacijo vplivajo tako pozitivni dejavniki v smislu dobrega odnosa z dužino in zaposlenimi v domu, odohod v dom, sodelovanje pri zdravstvenih storitvah, odnos z sovrstniki, in hospitalizacije v psihiatrično ustanovi kot tudi negativni dejavniki v smislu travmatskih izkušenj iz preteklosti. Starostniki izvajajo aktivnosti v okviru svojih sposobnosti in zmožnosti. Vključeni so v terapevtske aktivnosti, se družijo in zabavajo, sodelujejo pri zdravljenju. So samostojni pri izvajanju onovnih življenjskih aktivnosti. Tudi sami si prizadevajo, da aktivnosti čim večkrat opravijo sami, kar ohranja njihovo samodisciplino, obveznosti in krepitev umskih sposobnosti. Motivacijo starostniki izražajo v obliki razgibavanja, duženja, pogovora, zanimanja za zdravje, iskanja dodatnih informacij za ohanitev in krepitev zdravja ter zdrav življenjski slog.

Razvoj zdravstvene nege, zdravljenja in rehabilitacije duševnih motenj je danes že postal sestavni del zdravstvene oskrbe. S tem pa so pacienti in njihovi svojci postali aktivni udeleženci v procesih obravnave, kar kaže na velik napredek, ki ga je dosegla stroka na tem področju. Prav stroka je tista, ki postavlja v ospredje zdravstveno nego v skupnosti, ki s primernim vodenjem in vključevanjem različnih strokovnjakov kvalitetno prispeva, da pacient dobro funkcioniira v svojem primarnem socialnem okolju. Primarna naloga zdravstvene nege je skrb za obvladovanje duševnih motenj, kar ne sme predstavljati ovire, temveč mora iskati nove izive in drugačne možnosti, predvsem v vzgoji za zdravo življenje, vključevanju pacientov v okolje, ohranjanju trdnih socialnih mrež in vključevanju novih spoznanj.

5 LITERATURA

Adam K, Strong J, Chipchase L. Foundations for work-related practice: occupational therapy and physiotherapy entry-level curricula. *Int J Ther Rehabil.* 2013;20(2):91-100.

Bachmann S, Bosch R, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2010;340:1-1.

Benshoff JJ, Harrawood LK. Substance Abuse and the Elderly: Unique Issues and Concerns. *J Rehabil.* 2003;69(2):43-8.

Blow FC, Barry KL. Alcohol and Substance Misuse in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:310-9.

Bobnar M. Analiza primerov hospitalizacije proti volji na Psihiatričnem oddelku UKC Maribor: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede; 2011: 12.

Dekleva L. Področje in proces delovne terapije pri obravnavi oseb z duševno motnjo. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju.* Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 382-6.

Donat Tuna H, Edeer Ozcan A, Malkoc M, Aksakoglu G. Effect of age physical activity level on functional fitness in older adults. *Eur Rev Aging Phys Act.* 2009;6:99-106.

Eklund M. Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Qual Life Res.* 2009;18:163-70.

Geda YE. Mild Cognitive Impairment in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:320-7.

Gomboc M. Fizioterapija pri pacientu z duševno motnjo. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 394-8.

Gossop M. Zloraba snovi med starejšimi: prezrta težava. In: Ashby MC, ed. Zloraba drog: kratko poročilo Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti. Lizbona: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami: 2008. Dostopno na: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50566_SL_TDAD08001SLC_w eb.pdf (23. 1. 2013).

Grove LJ, Loeb SJ, Penrod J. Selective optimization with compensation: a model for elder health programing. Clin Nurse Spec. 2009;23(1):25-32.

Gruden A. Obravnava pacienta s kronično duševno motnjo - primer dobre prakse. In: Kotnik Štemberger T, Dvoršak Majcen S, eds. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo. 12. simpozij zdravstvene in babiške nege, Portorož, 12. maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester tehnikov in babic; 2010: 107-11.

Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2003;37:267-72.

Huckans M, Huston L, Twamley E, Jak M, Kaye J, Storzbach D. Efficacy of Cognitive Rehabilitation Therapies for Mild Cognitive Impairment (MCI) in Older Adults: Working Toward a Theoretical Model and Evidence-Based Interventions. Neuropsychol Rev. 2013;23:63-80.

Intihar R. Izobraževanje oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev po odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za za pedagogiko in andragogiko; 2010.

Jeriček Klanšček H, Zorko M, Roškar S, Bajt M, Kamin T. Nekatere značilnosti duševnega zdravja prebivalcev Slovenije. *Zdrav Vestn.* 2010;79:523-30.

Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 1-2.

Kobal Straus K, Kalan M. Povečana potreba po psihiatrični obravnavi in zdravstveni negi v domu upokojencev Idrija. *Obzornik zdravstvene nege*, 2008;42(2):107-16.

Kobentar R. Zdravstvena nega pacienta z depresivno motnjo. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje duševnih motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 203-8.

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

Kobentar R, Smolič M. Asistirano življenje pacientov z duševnimi motnjami v skupnosti - vidiki zdravstvene nege. In: Kvas A, ed. *Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov; 2011: 97-106.

Kogoj A. Duševne motnje in stiske v starosti. Celje: Visoka zdravstvena šola; 2011: 15-8. Dostopno na:
http://www.vzsce.si/dinamic/editor/Duuevne_motnje_in_stiske_v_starosti_E1281.pdf
(15. 1. 2013).

Kogoj A. Zakaj so starostniki samomorilno bolj ogroženi? *Zdrav Vestn.* 2010;79:563-5.

Kogoj A. Psihološke potrebe v starosti. *Zdravstveni vestnik*, 2004;73:749-51.

Kogoj A, Dragar J. Starostnik kot klicatelj. In: Grad Tekavčič O, ed. Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah: priručnik za svetovanje. Ljubljana: Psihiatrična klinika, Slovensko združenje za preprečevanje samomora; 2003: 144-50.

Kogovšek B, Škerbinek A. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 2002.

Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba, Društvo Mohorjeva družba; 2009.

McQueen M. Depression, suicide and the elderly. *Can Nurs Home*. 2012;23(1):24-7.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Duševne in vedenjske motnje (F00-F99). In: Berger Moravec D, ed. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB - 10: deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2005: 311-88.

Mrevlje GV. Simptomi in znaki duševnih motenj. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 71-80.

Oražem B. Depresija: njen obraz v starosti in poti iz nje. *Kakovostna starost*. 2007;10(3):14-21.

Pernecky R, Pohl C, Sorg C, Hartman J, Komossa K, Alexopoulos P, et al. Complex of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age Aging*. 2006;35:240-5.

Pišl A. Vloga družine pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 444-51.

Pišljar M. Depresija v starosti. In: Lunder U, ed. Bolezni in sindromi v starosti 1. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 2007: 13-22.

Pratt SI, Bartels SJ, Mueser KT. Helping Older people Experience Success: An Integrated Model Of Psychosocial Rehabilitation and Health Care Management for Older Adults with Serious Mental Illness. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2008;11:41-60.

Pratt SI, Van Citters AD, Mueser KT, Bartels SJ. Psychosocial Rehabilitation in Older Adults with Serious Mental Illness: A Review of the Research Literature and Recommendations for Development Rehabilitative Approches. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2008;11(1):7-40.

Pratt SI, Kelly SM., Mueser KT, Patterson TL, Goldman S, Horton Bishop S. Reliability and validity of a performance-based measure of skills for communication with doctors for older people with serious mental illness. *J Ment Health.* 2007;16(5)569-79.

Radinović K. Šport za starostnike: [diplomska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport; 2010.

Randall M, Finkelstein SH. Integration of Cognitive Behavioral Therapy into Psychiatric Rehabilitation Day Programing. *Psychiatr Rehabil J.* 2007;30(3):199-206.

Rapuš Pavel J. Trening socialnih spretnosti - krepitev socialne kompetence in učinkovitih socialnih interakcij. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 361-8.

Ravnik S. Izvajanje treninga socialnih veščin (tsv) pri pacientih s težjimi duševnimi motnjami. In: Klemenčič MM, ed. Modeli dobre prakse v socialnopedagoškem delu - strokovni izivi v dužbi negotovosti: zbornik povzetkov 3. Slovenskega kongresa

socialne pedagogike z mednarodno udeležbo, Rogla 20.-22. oktober 2005. Ljubljana: Združenje za socialno pedagogiko-Slovenska nacionalna sekcija FICE; 2005: 91.

Resman S. Zagotavljanje samostojnosti in povezanosti starostnikov v bivalnem okolju: [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2005: 23-4.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011-2016. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2011. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf (7. 1. 2013).

Rus Makovec M. Spremembe vedenja: motivacijski postopek pri odvisnemu človeku. In: Žmitek A, ed. Psihoterapevtski postopki za vsakdanjo rabo, 3: zbornik, Begunje 18. in 19. november 2011. Begunje: Psihiatrična bolnišnica; 2011: 102-32.

Stanojević Jerković O, Kolšek M, Pavlič Rotar D. Dejavniki tveganja pitja alkohola pri Slovenskih starostnikih: kvalitativna raziskava. Zdrav Var. 2011;50:249-58.

Sedlar T. Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. Obzor Zdr N. 2002;36:143-51.

Shah A, Adelman S. Meeting the mental health needs of older people from black and minority ethnic communities. Ment Health Today. 2009:24-9.

Sherrod AR, Collins A, Wynn S, Gragg M. Dissecting Dementia, Depression and Drug Effects in Older Adults. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2010;48(1):39-47.

Smrdu M. Vedenjsko-kognitivna terapija in njene tehnike. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 347-53.

Sundeen JR. Recovery and Psychiatric Rehabilitation. In: Stuart Wiscarz G, ed. Principles and Practice Psychiatric Nursing. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2009: 199-216.

Švab V. Razlike med zdravljenjem in rehabilitacijo. In: Švab V, ed. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT - Slovensko združenje za duševno zdravje; 2004: 19.

Švab V, Jerič A. Skupnostna skrb osebe s psihozo. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 458-63.

Tomšič S, Kovše K, Roškar S, Kofol Bric T, Bajt M, Zorko M, et al. Duševno zdrave v Sloveniji. In: Klanšček Jeriček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S, eds. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 20-83.

Vertot N. Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2010.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na raziskovalnem področju. Ljubljana: Predagoška fakulteta; 2008: 9-70.

Voigt Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Dassen Vernooij M, Rikkert Olde M, et al. WHEDA study: Effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers- the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. DMC Geriatric. 2009;9(44):1-5.

Winkler A. Izobraževanje bolnikov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo ter njihovih svojcev. Švab V, ed. Psihosocialna rehabilitacija: ŠENT - Slovensko združenje za duševno zdravje; 2004: 32-6.

What are the early signs of mental disorders? World Health Organization, 2006. Dostopno na: <http://www.who.int/features/qa/38/en/> (12. 1. 2012).

Yu F, Rose KM, Burgener SC, Cunningham C, Buettner LL, Beattle E, et al. Cognitive training for Early–Stage Alzheimer's Disease and Dementia. *J Gerontol Nurs.* 2009;25(3):23-9.

Zai P. Vloga patronažne medicinske sester pri obravnavi pacienta s kronično duševno motnjo. In: Bregar B, Novak Peterka J, eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik predavanj z recenzijo*, Ljubljana 16. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011: 44-8.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.

6 PRILOGE

Tilen ZUPANC
Stanka LAPUHA 3
4240 Radovljica
Datum. 10. 4. 2013

DOM Dr. JANKA BENEDIKA
Šercerjeva ulica 35
4240 RADOVLJICA
Direktorica
Ga. mag. Sonja RESMAN

**ZADEVA: TILEN ZUPANC, VLOGA ZA SOGLASJE IN ODOBRITEV
IZVEDBE RAZISKAVE V OKVIRU DIPLOMSKEGA DELA NA
VISOKI ŠOLI ZA ZDRAVSTVENO NEGO JESENICE**

Podpisani Tilen ZUPANC, roj. 12.10.1989 na Jesenicah, stalno prebivam na zgoraj navedenem naslovu, absolvent zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, podajam vlogo za pridobitev soglasja in odobritev v okviru izdelave diplomske naloge z naslovom: »REHABILITACIJA STAROSTNIKOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI«

Obrazložitev:

Senat Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice je 1. 2. 2013 na podlagi predložene dispozicije diplomskega dela izdal pisni SKLEP št. 02/02-075/2013-SA, s katerim je potrdil vsebino dispozicije in naslov, za mentorico pa imenoval Dr. Radojko KOBENTAR, višjo predavateljico.

Vsebino v empiričnem delu naloge sestavlja tudi metoda izvedbe strukturiranega intervjuja, ki bi ga glede na status zavoda, moje osebno poznavanje razmer ter primernost nastanitve ciljnih skupin opravil v domu. Intervju nameravam opraviti skladno s strokovnimi in etičnimi standardi ter v soglasju z izbranimi pacienti. Predvidevam izvedbo z 9 starostniki, starimi nad 65 let, izbrani pa bodo s pomočjo diplomirane medicinske sestre. Za pristop k izvedbi bom opravil vse potrebne formalnosti, ki so vezane na sam proces. Za pozitivno rešitev vloge se Vam iskreno zahvaljujem.

Radovljica, 10. 4. 2013

Tilen Zupanc

6.1 INSTRUMENTI

Spoštovani!

Sem Tilen Zupanc, absolvent na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom Rehabilitacija starostnikov z duševnimi motnjami. Postavlil vam bom nekaj vprašanj, ki zadevajo vaše zdravstvene težave, načine pomoči, ter vaše aktivnosti pri izboljšanju zdravja. Vsi podatki bodo varno shranjeni, skrbno varovani in jih bom uporabil izključno za namen diplomskega dela.

Za vašo pozornost in sodelovanje se vam lepo zahvaljujem!

Vprašanja za intervju:

- Ime in priimek in letnica rojstva?
- Kraj bivanja (vas, mesto), v kakšni sorodni skupnosti živite (sam, s partnerjem, z drugimi člani družine) in vrsta duševne motnje?
- Koliko let imate duševno motnjo oz. se zdravite za motnjo?
- Na kakšen način se kažejo vaše težave?
- Kakšen je vaš odnos do zdravstvenega osebja, ki sodeluje v procesu rehabilitacije?
- Kakšne vrste pomoči imate?
- Kdo so vaši formalni in neformalni pomočniki?
- Kakšna je vaša aktivnost pri rehabilitaciji zdravstvenega stanja?
- Kaj storite sami zase in kolikšna je vaša motiviranost za aktivno sodelovanje?
- Ali želite še kaj povedati, kar vas nisem vprašal v zvezi z vami?

Veliko zdravja in aktivnega sodelovanja vam želim!

Tilen Zupanc, absolvent VŠZNJ