



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice
College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

DRUŽINA KOT SUBJEKT V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

FAMILY AS A SUBJECT IN COMMUNITY NURSING

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Študent: Kaja Mlakar

Somentor: Karmen Romih, pred.

Jesenice, maj 2014

ZAHVALA

Rada bi se zahvalila svoji mentorici izr. prof. dr. Brigita Skela Savič in somentorici Karmen Romih, pred., za strokovnost, svetovanje, potrpežljivost pri ustvarjanju diplomskega dela.

Hvala Eriki Povšnar, pred., in doc. dr. Simoni Hvalič Touzery za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi vsem diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu za njihovo sodelovanje v raziskavi.

Zahvala gre tudi Jerci Zupanc za vso pomoč in spodbudo.

Posebno zahvalo pa si zasluži moja družina, partner Tomaž in sinček Urh, ter starši, ki so vseskozi zaupali vame in me spodbujali.

Hvala tudi vsem ostalim, ki so mi stali ob strani in verjeli vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Patronažna medicinska sestra se vsakodnevno srečuje z različnimi družinami v različnih življenjskih obdobjih. Njena vloga ni le v strokovni pomoči, ampak je zaupnica in svetovalka, ki z družinami in njihovimi člani vzpostavlja empatičen in subjektiven odnos.

Cilja: Ugotoviti obravnavo družine v patronažnem varstvu s strani diplomirane medicinske sestre in raziskati, kako diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pomagajo družinam pri procesu zdravstvene nege ter njihovo subjektivno doživljanje ob odnosih z družino.

Metoda: Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovanju, katere vprašalnik je bil zasnovan na deskriptivni metodi dela. Raziskava je bila izvedena med patronažnimi medicinskimi sestrami v zdravstvenih domovih gorenjske regije. Za analizo rezultatov je bilo uporabljenih 38 anketnih vprašalnikov. Med anketirance smo razdelili 50 anket, od tega je bilo vrnjenih 38, kar predstavlja 76 % realizacijo vzorca. Dovoljenje za izvedbo raziskave je bilo pridobljeno s strani vodstva. Uporabili smo statistični program SPSS, verzija 17.0, za posamezne rezultate je bila izračunana najmanjša, največja in povprečna vrednost ter standardni odklon.

Rezultati: Anketiranke se pri sodelovanju z družinami najpogosteje srečujejo z jedrnimi družinami, v skoraj 50 % obiskanih družin. Izmed vseh življenjskih obdobjev se patronažnim medicinskim sestram zdi obdobje ostarele družine najbolj stresno in so mnenja, da ostarele družine potrebujejo največ njihove pomoči, in sicer je tega mnenja kar 84,2 % anketirank. Kljub velikim potrebam družin po njihovi pomoči pa je bila kar polovica, 50 % anketirank, že zavrženih s strani družine. Da je sprejemanje življenja pomembna lastnost, so anketiranke enotnega mnenja (84,2 %), prav tako se strinjajo, da morajo pri procesu vedno upoštevati vse želje družinskih članov, vendar le v 31,4 %. Njihovo ne strinjanje pa se kaže pri trditvi, da morajo pri procesu vedno prevzeti glavno besedo, pri kar 56,4 % vprašanih.

Razprava: Ugotovili smo, da imajo medicinske sestre v patronažnem varstvu širok spekter znanja. Njihov odnos do družine je empatičen in subjektiven s čim večjim vključevanjem družine v proces obravnave. Pri tem skrbijo za obojestransko komunikacijo in skupno reševanje različnih težav.

Ključne besede: družina, zdravstvena nega, patronažno varstvo, medicinska sestra v patronažnem varstvu, subjekt, empatija

ABSTRACT

Theoretical basis: Community nurses meet different families with members in different life periods. Their role is not only being there to provide medical assistance but also to act as a confidant and advisor, establishing an empathic and subjective relationship with the family.

Aim: To find how family is treated in domiciliary care by the nurses and to identify how registered community nurses help the family in the process of medical care and the nurses' subjective experiences in family relationships.

Method: The research was based on quantitative research. A descriptive questionnaire was developed and used. The survey was carried out among community nurses in all health care centres in the Gorenjska region. 38 surveys were collected and analysed. We distributed 50 surveys among interviewees, from all was returned 38, 76 % are presenting the realisation of sample. The permission was granted by the management of the health centres. Statistics program SPSS version 17.0 was used and the results were analysed for minimum, maximum, average values and standard deviations.

Results: Nurses most often face nuclear families (almost 50 % of the treated families). The elderly experience the most stressful period in their lives – 84,2 % of the nurses agree about this statement and feel that older families need the most help (). Despite of the families' needs, half of the nurses have already been rejected by the families. 84,2 % of the nurses agree that accepting life is an important characteristic. 56,4 % of them also agree that they should be in charge of medical care (and that they should always listen to all wishes of family members (31,4 %).

Discussion: Results show that community nurse have a wide range of knowledge. They develop an empathic/subjective relationship and try to include the family in the treatment as much as possible. They provide a two-way communication and solve problems together with the family.

Key words: family, health care, domiciliary care, community nurse, subject, empathy

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	OPREDELITEV DRUŽINE	2
2.1.1	Zdrava družina.....	3
2.1.2	Značilnosti posameznih obdobj družinskega življenja	4
2.1.3	Tipi družin.....	5
2.1.4	Delitev družin po njihovi sestavi.....	6
2.1.5	Družina glede na njene meje	7
2.2	ZDRAVSTVENA NEGA KOT HUMANISTIČNA ZNANOST	8
2.2.1	Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega.....	8
2.2.2	Vloga diplomirane medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi	10
2.2.3	Diplomirane medicinske sestre v skrbi za družino.....	12
2.3	SUBJEKTI V PATRONAŽNEM VARSTVU.....	13
2.3.1	Odnos diplomirana medicinska sestra / posameznik, družina.....	14
3	EMPIRIČNI DEL	16
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	16
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	16
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	17
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
3.3.2	Opis merskega instrumenta	17
3.3.3	Opis vzorca.....	18
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	20
3.4	REZULTATI	21
3.5	RAZPRAVA.....	NAPAKA! ZAZNAMEK NI DEFINIRAN.
4	ZAKLJUČEK	33
5	LITERATURA	34
6	PRILOGE	39
6.1	INSTRUMENT.....	39

KAZALO TABEL

Tabela 1: Frekvenčne porazdelitve (zdravstveni dom)**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 2: Frekvenčne porazdelitve (spol)**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 3: Frekvenčne porazdelitve (starost).....**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 4: Frekvenčne porazdelitve (izobrazba).....**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 5: Frekvenčne porazdelitve (leta opravljanja poklica)**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 6: Vrste družin, s katerimi se diplomirane medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi največkrat srečajo**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 7: Obdobje, ki je za družino najtežje premagljivo**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 8: Obdobje, v katerem družina potrebuje največ podpore**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 9: Lastnosti družine, ki so po mnenju diplomiranih medicinskih sester najpomembnejše**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 10: Pri komunikaciji z družinskimi člani vedno prevzamem glavno besedo**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 11: Vedno je potrebno upoštevati vse želje družinskih članov**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 12: Pogled diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pri delu z družino (Min. stopnja strinjanja = 1, Maks. stopnja strinjanja = 5)**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

Tabela 13: Spearmanov korelacijski koeficient.....**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

1 UVOD

Družinsko zdravje ali zdravje družine je pomembno pri oblikovanju močne in življenja polne družbe, zato v zdravstveni oskrbi in s tem tudi v zdravstveni negi usmerjenost k družini pridobiva na pomenu. Zdravje pa ostaja tudi na prehodu v novo tisočletje najvišja vrednota v strategiji Svetovne zdravstvene organizacije. Težišče zdravstvenega varstva se po svetu in prav tako v naši državi premika na preventivno raven.

Mednarodni svet medicinskih sester je izdal dokument z naslovom Družinska medicinska sestra, ki predstavlja izhodišča, vloge in modele v patronažni zdravstveni negi družin. Cilj družinske zdravstvene nege je usmerjen v delo z vsemi oblikami družin in z vsakim družinskim članom posebej (Horvat, 2010).

Družine pa se med seboj močno razlikujejo in prav vsaka družina in njen družinski član imajo drugačne potrebe in poglede na svet, katerim pa se medicinske sestre znajo zelo dobro prilagoditi in z njimi delovati, ter strmeti k uspešnosti njihovega sodelovanja (Niven, 2006). Kakor reče veliko ljudi in kakor se kaže tudi v praksi, so medicinske sestre zelo močan steber v zdravstvu, tako po svetu kot tudi v Sloveniji (Horvat, 2010).

Zato je odveč spominjati, da sega delo medicinskih sester, tesno povezano z bolniki in njihovimi svojci, daleč nazaj v preteklost. V današnjem času pa se ni prav nič spremenilo. Za zdravje družin si prizadevajo medicinske sestre na več ravneh delovanja. Nepogrešljivo je delo patronažnih medicinskih sester, ki se vključujejo v družine ob prihodu novorojenčka, spremljajo družino skozi vsa razvojna obdobja življenjskega cikla, spremljajo bolnega člana ob napotitvi v bolnišnico, sodelujejo ob prilagoditvi ob njegovi vrnitvi, pospremijo starostnika od njegove družine ob poslavljanju in ob smrti enega od družinskih članov (Urbančič, 2007).

Patronažna medicinska sestra pa vsekakor družinam ni samo njihova strokovna pomoč, ampak njihova prijateljica, zaupnica, svetovalka, ki z družinami in njihovimi člani vzpostavlja empatičen in subjektiven odnos, ki vsem zagotavlja boljše rezultate in sodelovanje.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV DRUŽINE

» Družina brez ljubezni je kot drevo brez korenin.« (Iabški pregovor)

Na prvi pogled težav s pojmom družina ne bi smelo biti, nasprotno, saj vsakdo ve, kaj je družina. Ali naj bo definicija družine omejena na tradicionalno predstavo o starših in otrocih, ki skupaj živijo v družinskem gospodinjstvu? Ali dve neporočeni osebi, ki skupaj živita v gospodinjstvu tvorita družino? Ali morata biti ti osebi nasprotnih spolov? Rezultati tovrstnih negotovosti sta vsaj dve težavi, s katerima se srečujejo, ko govorijo o družinah (Rener et al., 2006).

Družine pa se v zadnjem stoletju močno spreminjajo – tako v starostni strukturi kot v generacijski sestavi, v raznolikosti oblik in funkcij ter v pričakovanju njenih članov glede odnosov med njimi. Na te spremembe pa močno vplivajo socialni, ekonomski, demografski, kulturni in politični dejavniki (Domajnko et al., 2012).

Družino različni avtorji na osnovi odnosov različno opisujejo:

Gradišar (2005, str. 38) navaja, da je družina temeljno mesto socialne, ekonomske, socialno kulturne, etične ter duhovne reprodukcije. Spet drugi navajajo, da je družina skupina dveh ali več posameznikov, katere družijo posebni odnosi in posebnosti vsakega družinskega člana posebej (Benzein, Harberg, Saveman, 2008). Prav tako je družina tudi osnovna družbena enota, ki obstaja v različnih družbenih, kulturnih, pravnih ali političnih sistemih. Družina je torej tudi v sodobni (t.i. postmoderne) družbi osnovna družbena celica, navaja Kersnik (2007, str. 27). Vsakdo ima družino. Družina je heterogena skupnost, ki se razlikuje po strukturi in velikosti, povezanosti med družinskimi člani, odnosih in načinu komuniciranja. Marsikomu je družina vir moči, nekoga drugega pa izčrpava bolj kot vsa druga področja življenja. V družini je človek deležen najbolj nežne skrbi in nege, a tudi najbolj trdih zahtev. Ob njej dobi dragocena darila in v njej doživi največje izgube (Šušteršič, 2008). Perko (2008, str. 144) na družino gleda bolj kot nek skupek odnosov med člani družine in se osredotoča bolj na komunikacijo v družini. Teoretično pa navaja, da je družina osnovna celica družbe, kjer se v njenem okrilju igrajo najpomembnejše življenjske zgodbe vseh njenih članov.

Družina oblikuje osebnost otrok, obenem pa se vsak član družine v njem tudi kultivira, socializira in individualizira.

Družina je torej gravitacijsko in vrednostno središče temeljnega človeškega odnosa. Je mesto sobivanja in smisla skupnega življenja. Poleg pribežališča in rastišča predstavlja tudi pribežališče njenih družinskih članov pred različnimi preizkušnjami vsakodnevnosti (Gradišar, 2005, str. 38).

Mnoge družina v življenju rešuje, a marsikoga tudi uniči. Družina ima zato pomembno vlogo tudi pri zagotavljanju zdravja in kakovosti življenja posameznika in družbe kot celote, da deluje kot zdrava družina. S svojo sorodstveno mrežo predstavlja družina specifično socialno kulturno institucijo, v kateri se na poseben način povezujejo socialna vezanost in individualna svoboda in kot prvo »družina je prva človeška skupnost, v kateri se otrok znajde, ko se rodi« (ibid.).

2.1.1 Zdrava družina

V zdravi družini moramo delati in ustvarjati največkrat prav tisto, za kar mislimo, da je nemogoče. Velika skrivnost delovanja zdrave družine je ljubeča dobrot, ki deluje na preprost in vztrajen način ter ima notranjo moč; proces socializacije njenih članov je dinamičen in strukturiran (Gradišar, 2005).

Zdravo družino prav tako predstavlja stabilnost zakonskega razmerja, kot je soodvisnost, skrb, zvestoba, vzajemnost. Zreli partnerji so sposobni ohraniti jasne meje za njihovo individualnost, kar je predpogoj za empatije in sočutja. V zdravem odnosu se čustva izražajo svobodno, rešujejo se spori in sprejemajo kompromisi. Dobro ravnesje v družini, prilagodljivost in empatija prinašajo zdrav razvoj osebnosti in posledično zdravo družino (Štalekar, 2010).

Ne samo za družino, tudi za posameznika je dobro, da ima visoko samospoštovanje in da se ceni, saj to v veliki meri pripomore, da družina zdravo funkcionira (Ule, Kuhar, 2003). Gradišar (2005, str. 19) navaja, da je družina ali njena skupnost poroštvo za sožitje, edinost, in upanje njenih članov. Zdrava in svobodna pa je zlasti tista družina, ki je bojevnica človeške luči, iskalka svoje resničnosti, arhitektka svoje duše in ustvarjalka svoje samopodobe in lastnega smisla.

Lastnosti zdrave družine:

- sprejemanje življenja,
- dovezetnost za težave drug drugega,
- samospoštovanje,
- jasna pravila,
- dovoljeno izražanje čustev, misli, mnenj,
- funkcionalna obramba,
- jasna hierarhija, enakopravnost,
- odprtost za spremembe (Škerbinek, Kogovšek, 2002).

2.1.2 Značilnosti posameznih obdobij družinskega življenja

Človek se skoraj v vsakem obdobju vpraša, kako bo prenesel vse spremembe, novosti. Vsako obdobje prinaša s seboj nove strese in prav tako nove radosti. Da se lahko spoprijema z vsemi spremembami, pa ima velik pomen medsebojno sodelovanje partnerjev. Skozi življenje se prebijata skupaj, torej skozi vsa življenjska obdobja sta tesno povezana, zato se uspešna in zdrava družina prične pri dobri zakonski zvezi (Goldenberg, 2011).

Skoraj vsako obdobje v našem življenju je zaznamovano s posebnimi dogodki ali prelomnicami, ki v družinske odnose in ravnanja nujno prinesejo spremembe. Tudi družina kot sistem obstaja v okolju, ki se nenehno spreminja, zaradi česar se spreminja in prilagaja tudi sama. Poleg teh vsakodnevnih sprememb se mora družina od časa do časa spoprijeti z razsežnimi spremembami (Ralič, 2013).

Tako kot vsak posameznik, se tudi družina kot celota razvija prek zaporednih obdobij. Vsako od teh obdobij je po svoje značilno in vsako od teh obdobij s seboj prinaša določene razvojne zahteve in naloge. Z vsakim od razvojnih obdobij prihaja v življenje družinskih članov in družine kot celote več preizkušenj in težav, a tudi nove spodbude, prednosti in zadoščenja (ibid.).

Razvojna obdobja družine (Ule, Kuhar, 2003) so:

1. Življenje v paru:

odnosi usmerjeni predvsem na partnerja.

2. Sprejemanje starševstva:

rojstvo otroka prinese med zakonce veliko novega, za vzajemne odnose porabita manj časa, pogosto postane njun odnos manj intenziven.

3. Obdobje predšolskega in šolskega otroka:

življenje z otrokom zahteva nove prilagoditve in zahteve, pomembno postane postavljanje ustrezne avtoritete ter kako si starša razdelita ustrezne naloge in kako se dopolnjujeta in ujemata v njih.

4. Obdobje adolescence:

v tem obdobju se največkrat pojavijo družinski problemi, ki lahko vplivajo na družinske odnose in odnose med zakoncema.

5. Obdobje "praznega gnezda":

na začetku je obdobje "praznega gnezda" največkrat kritično za zakonca, vendar po pravilu hitro najdejo nove interese in poglobijo medsebojni odnos.

6. Obdobje ostarele družine:

spoprijemanje z izgubo in spremenjenimi vlogami.

Tako kot vsak posameznik, se tudi družina kot celota spreminja v zaporednih obdobjih. Za vsako je značilno, da s seboj prinaša posebne razvojne zahteve in naloge, ki jih mora družina v razvojnem obdobju izpolniti, da pride na novo višjo raven (Švab, Rotar - Pavlič, 2012).

Družinski ciklusi v modernih družbah so bili linearni in družbeno-kulturno vezani. Postmoderni družinski poteki se kot posledica dinamike širšega družbenega konteksta pluralizirajo in deformalizirajo, saj se spreminja poročno vedenje (ljudje se manj poročajo, več je zunajzakonskih partnerstev, prekinitvev partnerstev), več je reorganizacij družin, pluralizirajo se prehodi med posameznimi obdobji družinskega poteka (nekatera obdobja se krajšajo, druga daljšajo, med seboj se mešajo in podvajajo), prehodi med posameznimi življenjskimi obdobji pa niso več linearni in časovno določeni.

Od tega, kako obvladuje družina kot celota razvojne naloge trenutnega obdobja svojega življenjskega ciklusa, je odvisno počutje in notranje ravnovesje slehernega družinskega člana (ibid.).

2.1.3 Tipi družin

Družine se lahko razdeli glede na to, ali so primarne ali sekundarne, na njihovo sestavo ali meje, ki jih postavlja svojim članom. Ne glede na obliko so vsem družinskim skupnostim skupni intimnost med družinskimi člani in medgeneracijskimi odnosi (Kersnik, 2007, str. 29). Družina se povezuje s širšo družbo in z različnimi zunanjimi institucijami ob hkratnem zmanjševanju pomembnosti sorodstvenih vezi. Z vidika tradicionalne in še moderne družbe je bilo pred predstavitvijo družine potrebno vstopiti v institucijo zakona, medtem ko danes zakonska zveza ni več pogoj za življenje v družinski skupnosti (Ule, Kuhar, 2003).

Primarna družina je za človeka tista, v kateri se je rodil, bil posvojen ali kako drugače vključen v času otroštva in mladostništva. Odnosi v primarni družini so za človeka modeli, ki jih pozna in pogosto le malo spremenjene uporablja tudi v odraslem življenju (Kersnik, 2007).

Sekundarna družina je za človeka tista, ki jo je sam soustvarjal s partnerjem (ibid.).

2.1.4 Delitev družin po njihovi sestavi

Po definiciji Organizacije Združenih narodov (OZN) delimo družine na tri kategorije:

Jedrne družine – biološke in socialne jedrne družine staršev in otrok, enostarševske družine in adaptivne družine (Rener et al., 2006). V statističnem uradu Republike Slovenije je navedeno, da je leta 2011 več kot polovica prebivalcev republike Slovenije živela v jedrni družini, kar pomeni da je to prevladujoči model družine v državi (SURS, 2012).

Razširjene družine – tri in več generacijske družine, poligamne razširjene družine in plemenske razširjene družine (Rener, 2006).

Reorganizirane družine – dopolnjene in vzpostavljene družine, življenja v skupnostih in reorganizirane družine istospolnih partnerjev (ibid.).

Reorganizirane družine

Spreminjanje sodobnega družinskega življenja se najbolj očitno kaže skozi proces družinske pluralizacije. Spreminja se poročno vedenje, narašča delež raznovrstnih družinskih oblik. V Sloveniji se razveže četrtnina sklenjenih zakonskih zvez, število zakonskih zvez se zmanjšuje, narašča delež zunajzakonskih partnerjev. Primeri sestavljenih družin se nahajajo tudi v literaturi. V pravljičah o Pepelki, Sneguljčici, Janku in Metki so vsi socialni starši prikazani v slabi luči (Švab, Rotar – Pavlič, 2012).

Po definiciji je reorganizirana družina tista, kjer ima vsaj ena odrasla oseba otroka iz prejšnje zveze (ibid.).

K družinskim oblikam se štejejo tudi vsa gospodinjstva, ki se močno razlikujejo od običajne in v kateri živi vsaj en starš (biološki ali socialni), skupaj z otrokom/otroci zanj/zanje skrbi. Te družinske oblike so: enostarševske družine in samohranilske družine, dopolnjene družine, posvojiteljske družine, heterologne inseminacijske družine (družine z zarodnimi celicami), družine dnevnih vozačev, izvenzakonske življenjske skupnosti z otrokom, otroci (Rener, 2006).

Enostarševska družina: Enostarševstvo pomeni, da za otroka skrbi le eden od staršev, mati ali oče. Ta tip družine ni nov, je pa vse pogostejše zastopan med družinskimi oblikami in načini življenja. V Sloveniji število enostarševskih družin narašča (Rener et al., 2006).

2.1.5 Družina glede na njene meje

Glede na meje, ki jih družinska enota postavlja med seboj in okoljem ter glede na prepustnost teh meja, delimo družine na zaprte, poljubne in odprte (Švab, Rotar – Pavlič, 2012).

Zaprta družina pomeni, da je posameznik prisiljen zeliti lastne potrebe s potrebami preostalih članov, izražanje potreb in čustev je strogo omejeno (ibid.).

Poljubna družina je tako fleksibilna, da ne more vzpostaviti svoje identitete ali ohranjati svoje kontinuitete. Člani poljubnih družin so ujeti v kaos, saj se meje nenehno spreminjajo (ibid.).

Odprta družina oz. uravnotežena družina je tista, ki najde dobro razmerje med kohezivnostjo in prilagodljivostjo. To so zdrave, funkcionalne družine (Gomez, Kobolt, 2012). V odprti družinski skupnosti so meje fleksibilne, povezave med posamezniki so smiselne, izražanje potreb je omogočeno vsem, prisotno je sodelovanje vseh članov (Švab, Rotar Pavlič, 2012).

2.2 ZDRAVSTVENA NEGA KOT HUMANISTIČNA ZNANOST

Zdravstvena nega je poklic, katerega bistvo je v pomoči drugim, poklic, ki so ga svoje čase imeli za dobrodelnost in katerega smisel je še vedno v oskrbovanju ljudi, ki so tega potrebni. Večina v našem poklicu je žensk in sestrstvo velja za žensko delo. Medicinske sestre ponavadi pomagajo bolnim v različnih fazah njihove bolezni; vendar povrh tega tudi poučujejo o zdravju, odkrivajo nove primere oziroma ljudi, ki so potrebni zdravstvene nege in tolažijo tiste, ki jih pestijo preprosti ali pa kompleksni zdravstveni, socialni in psihološki problemi (Clift, 2007). Resnično je zdravstvena nega znanost in umetnost. Zahteva specifična znanja ter spretnosti in razumevanja. Temelji na znanju in tehnikah, ki izhajajo iz humanističnih, bioloških in družbenih ved. Je edina disciplina, katere temeljna je osrednja skrb za človeka in po tej nalogi se razlikuje od drugih disciplin. Zdravstvena nega ni le instrumentalni način dela, temveč tudi izrazno ekspresivni način dela, zato medicinske sestre potrebujejo veliko mero humanosti in občutenja (Tomey, Alligood, 2006).

Pomembni koncepti v zdravstveni negi pa so doseganje optimalne funkcije samooskrbe, kvaliteta življenja, uspešno prilagajanje situacijskim in razvojnim stresorjem ter sprememba življenjskega stila z namenom izboljšati zdravje (ibid.).

2.2.1 Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Patronažno

varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (Šušteršič et al., 2006).

Patronažno zdravstveno varstvo s svojo funkcijo zagotavlja manjšanje obolenosti prebivalstva, zmanjševanje umrljivosti, zmanjšanje invalidnosti, načrtovanje družine, zajetje varovancev v dispanzerskih ambulantah, zagotavljanje proti epidemioloških ukrepov, zagotavljanje pogojev za zdravljenje in zdravstveno nego pacienta, zagotavljanje zdravstveno-socialnih in ekonomskih pogojev (Grubar, 2013).

Patronažno varstvo v lokalni skupnosti in družini deluje na petih nivojih zdravstvenega varstva: ohranjanje in krepitev zdravja, preprečevanje obolenj, odkrivanje obolenj, zdravljenje obolenj ter rehabilitacija po poškodbah in boleznih (ibid.).

Negovalni tim v patronažnem zdravstvenem varstvu sestavljajo: vodja patronažnega varstva, ki ima tudi naloge koordinatorja, diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki so nosilke patronažne zdravstvene nege, in tehniki zdravstvene nege, ki se vključujejo v izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu (ibid.).

Za patronažno zdravstveno nego še vedno obstajajo različne razlage, vendar so strokovnjaki skoraj enotnega mnenja, da izraz pomeni združevanje različnih dejavnosti, javno zdravje, ohranjanje in spodbujanje zdravja, nega na domu, delovna terapija, rehabilitacija, paliativna oskrba, delo z družbeno potrebnimi itd. Lahko rečemo, da je patronažna zdravstvena nega kompleksno in interaktivno razmerje med posameznikom/družino in patronažno medicinsko sestro (Kalauz, 2013). Je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu. V celotnem procesu patronažne zdravstvene nege je subjekt obravnave posameznik, njegova družina in skupnost. Posameznik in člani so o vsem informirani, pripravljeni za aktivno sodelovanje in zaupajo v delo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu (Šušteršič et al., 2006).

Področja dela v patronažnem varstvu so:

- zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti,
- zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu,

- zdravstvena nega bolnika na domu (ibid.).

Cilji patronažne zdravstvene nege:

- fizično, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju,
- ohranjeno in izboljšano zdravje,
- zdrav način življenja,
- zdravo okolje in izboljšano okolje,
- povezan človekov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč,
- zmanjšano zbolevanje,
- preprečene ali zmanjšane posledice bolezni in dejavnikov tveganja in prepoznane človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni, človekove nezmožnosti in umiranju (ibid.).

2.2.2 Vloga diplomirane medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi

Patronažna medicinska sestra ima s sodobnim pristopom v družini zelo pomembno vlogo tudi kot vzgojiteljica. Prizadevati si mora, da bodo vsak posameznik pa tudi družba sprejeli zdravje kot največjo vrednoto (Hoyer, 2005).

Patronažno zdravstveno nego lahko opravlja medicinska sestra z višjo ali visoko strokovno izobrazbo kot samostojno dejavnost, vendar je vključena v javno zdravstveno varstvo. V tem primeru mora prevzeti vsa področja delovanja, to je zdravstveno socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu, ter zdravstveno nego bolnika na domu (Šušteršič et al., 2006). Delo patronažne medicinske sestre je torej prvenstveno preventivno, saj deluje zdravstveno vzgojno s posameznikom, družino in lokalno skupnostjo. Cilj tega dela je utrjevanje in ohranjanje zdravja ter zdravega psihofizičnega stanja, pomoč družini in svojcem ter omogočanje kakovostnega življenja v domačem okolju (Požgan, 2009). Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu mora poznati teren in vedeti, katere dejavnosti so organizirane, da lahko načrtuje zdravstveno nego in usmerja ljudi oz. jim pomaga urejati pomoč na domu. Na ta način so zagotovljeni pogoji, da posameznik lahko ostane v domačem okolju čim dlje, kljub starosti, bolezni ali

onemoglosti. Prav tako je članica negovalnega in zdravstvenega tima, deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje (primarni, sekundarni in terciarni) ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. Zdravstvena vzgoja je permanenten proces, ki spremlja človeka od spočetja, prek nosečnosti, rojstva, dobe otroštva in odraščanja do odraslosti in starosti. Z vsako obdobje ima specifična znanja (ibid.). Prav tako mora slediti potrebam, razmeram oz. stanju pri posamezniku, družini ali skupnosti. Obravnavati mora zdravega in bolnega posameznika v njegovem družinskem okolju (Šušteršič, 2008). Medicinska sestra v patronažni zdravstveni negi mora imeti širok spekter znanja, zato tudi njene naloge zajemajo znanje celotne zdravstvene nege.

Naloge medicinske sestre v patronažnem varstvu so:

- celovito obravnava pacienta, družine oz. skupnosti s fizičnega psihičnega in socialnega vidika,
- ugotavlja in preučuje socialne, ekonomske in druge razmere, ki vplivajo na zdravje v družini,
- pomaga odstranjevati zdravju škodljive vplive zaradi varovanja in utrjevanja zdravja, odkriva in preprečuje bolezni,
- opravlja zdravstveno prosveto in vzgojo,
- opravlja zdravstveno nego na domu,
- spremlja potek zdravljenja in okrevanja na domu ter sodeluje pri rehabilitaciji pacientov (Grubar, 2013).

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu mora poznati:

- Značilnosti posameznih razvojnih obdobij, najpogostejše zdravstvene probleme, socialna in eksistenčna vprašanja ter hierarhično lestvico potreb po Maslowu, prirejeno za družino:
 - o osnovne potrebe za preživetje in fiziološke potrebe (zdravstveno stanje in zdravstvena vzgojenost članov družine ter higienske razmere),
 - o varnost in zaščita (bivalni pogoji in ekonomsko stanje),
 - o ljubezen, naklonjenost, pripadnost (komunikacija v družini in s širšo okolico),
 - o spoštovanje (odnosi med družinskimi člani in s širšo okolico),

- samouresničitev (izobrazba in zaposlitev družinskih članov) (Šušteršič et al., 2006).

Na osnovi teh podatkov skupaj z družinskimi člani ugotavlja stanje in razmere v družini, načrtuje in izvaja zdravstveno nego ter jo vrednoti. To je pomembno za vzdrževanje dinamičnega ravnotežja v družini in za zagotavljanje kakovosti življenja družine (ibid.).

2.2.3 Diplomirane medicinske sestre v skrbi za družino

Medicinska sestra v patronažnem varstvu pogosto v družino vstopa kot tujka. Zavedati se mora dejstva, da si je z družino tuja in da je potrebno začeti ustvarjati okolje, kjer se gradi zaupanje. Vloga učiteljice, informatorke in vzgojiteljice so najpogostejše, zato tudi največkrat prevzamejo njihove vloge. Tako je medicinska sestra tudi oseba, ki zagotavlja specifične informacije, ki jih družina potrebuje. Medicinska sestra kot svetovalka pomaga družini razumeti trenutne življenjske situacije in ji je v pomoč in spodbudo (Ramšak Pajk, 2012). Prav zaradi vseh sprememb v sestavi družine pa se je spremenil tudi način življenja v družini. Vseh teh sprememb se mora patronažna medicinska sestra zavedati in jih upoštevati pri načrtovanju patronažne zdravstvene nege v družini. Družinski dogodki niso več strogo linearni in predvidljivi, zato je potrebno zdravstveno obravnavo družine pogosto spreminjati in prilagajati glede na značilnosti posamezne družine. Patronažna medicinska sestra pri svojem delu velikokrat ne more potegniti jasne meje med obravnavo posameznika in njegove družine, kakor tudi ne med preventivnim in kurativnim delovanjem (Kranjc, 2012).

Glede na specifične potrebe in naravo dela pa patronažna medicinska sestra v patronažni zdravstveni negi preko komunikacije ugotavlja izražene negovalne probleme in si s tem začrta primerne meje. Pri tem je še posebej pomembno, da je komunikacija empatična in skrbstveno naravnana. Obiski so naravnani glede na intervencije zdravstvene nege ter potrebe posameznikov in družine. Medicinske sestre v patronažnem varstvu vstopajo v družino. Komunikacija, ki pa temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji in profesionalnosti pa je vodilo dobremu odnosu in kakovostni zdravstveni oskrbi (Ramšak Pajk, 2012).

V Sloveniji patronažnim medicinskim sestram z drugo besedo lahko rečemo tudi družinske medicinske sestre. Vloge, v katerih družinska medicinska sestra spremlja družine, so: zdravstvena vzgojiteljica, izvajalka zdravstvene nege in supervizorka, družinska zagovornica, medicinska sestra, ki na novo odkriva obolenja in zdravstvene težave in epidemiologinja, raziskovalka, menedžerka, svetovalka, sogovornica in medicinska sestra, ki sodeluje pri spreminjanju in doseganju zdravega okolja (Horvat, 2009).

Torej so diplomirane medicinske sestre pravzaprav hrbtenica vsakega zdravstvenega varstva, še zlasti na primarni ravni zdravstvenega varstva, resnica je namreč ta, da je večina ljudi na vsem svetu deležna prav primarnih zdravstvenih storitev, ki jih nudijo diplomirane medicinske sestre. Tradicionalno, tesno združeno družino sestavljajo oče, mati in otrok (lastni, posvojeni). Vedno več družin pa te definicije ne dosega. Vzroki so v velikem odstotku ločitev, skupnem neporočenem življenju, druge seksualne svobode in zmanjšanju stigmatizacije homoseksualnosti (ibid.). Vedno višje so številke družin, ki potrebujejo psihosocialno podporo, saj so problemi v družinah vedno pogostejši in družine vedno pogosteje potrebujejo podporo s strani zdravstvenih delavcev. Vse to je pripomoglo k spremembam v družinski strukturi. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu se srečuje z različnimi tipi družin od jedrne do razširjene in reorganizirane (Haggman-Laitila, Pietila, Tanninen, 2009).

2.3 SUBJEKTI V PATRONAŽNEM VARSTVU

Subjekt je lahko opisan z besedami kot so: svobodna volja, neodvisnost, enači se z dostojanstvom, integriteto, individualnostjo, odgovornostjo, samospoznavanjem. Identificira se kot kakovost samozagovorništva, kritičnega razmišljanja, svoboda do obveznosti, odsotnost zunanjih vplivov in poznavanje lastnih interesov. Povezan je z akcijo, osebno voljo, interesi, vero, mišljenjem in načeli posameznika (Košir, 2004).

V praksi patronažnega varstva je v ospredju zdrav ali bolan/poškodovan posameznik, njegova družina in skupnost. Obravnavani so v njegovem okolju, kjer bivajo, se učijo, igrajo in delajo. Ne glede na to, ali je uporabnik zdravstvene nege posameznik, družina ali skupnost, se uporablja enoten metodološki pristop, to je procesna metoda dela (Šušteršič et al., 2006).

Posameznik kot subjekt: Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu obravnava posameznike iz različnih skupin prebivalstva. Pri svojem delu uporablja individualen in celosten pristop, ki vključuje fizični, psihični, duhovni in socialni vidik. Skupaj s posameznikom, bolnim ali zdravim, ugotavlja, kaj lahko posameznik in pomembni drugi zanj storijo sami (ibid.). Posebej mora poznati posameznika kot osebo, njegov značaj, psihofizično počutje, želje, načrte, cilje, da mu lahko pomaga s svojim znanjem in kompetencami v zdravstveni negi (Beeber et al., 2011).

Družina kot subjekt: Pri zagotavljanju zdravja in kakovosti življenja posameznika in družbe ima pomembno vlogo družina. S svojo sorodstveno mrežo družina predstavlja specifično socialno-kulturno institucijo, v kateri na se poseben način povezujeta socialna vezanost in individualna svoboda. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu se srečuje z različnimi oblikami družine ter z družinami v različnih razvojnih obdobjih. Tako ločimo obdobje novorojenčkov, obdobje rojstva prvega otroka, obdobje družine s šolarji in mladostniki, obdobje oblikovanja nove družine, družino praznega gnezda in ostarelo družino (Šušteršič et al., 2006).

Skupnost kot subjekt: Pri uresničevanju strategije Svetovne zdravstvene organizacije imajo pomembno vlogo diplomirane medicinske sestre, še posebno v lokalni skupnosti. Zdravje skupnosti pomeni skupno doseganje najvišje stopnje fizičnega, mentalnega, socialnega zdravja, ki je v skladu z dosegljivim znanjem in sredstvi. Aktivnosti diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v skupnosti so na primarni, sekundarni in terciarni preventivi. Vključujejo pospeševanje, ohranjanje in krepitev zdravja posameznika, družine in skupnosti, preprečevanje bolezni in dejavnikov tveganja, podaljševanje življenja in dvigovanje kakovosti življenja (ibid.).

2.3.1 Odnos diplomirana medicinska sestra – posameznik/družina

Najbolj pomemben je prvi stik s posameznikom/družino, saj so na začetku vsi zaskrbljeni glede poteka procesa. Pomembno je, kakšen odnos diplomirana medicinska sestra vzpostavi z njimi. V tem odnosu je lahko subjekt z objektom ali subjekt s subjektom. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu mora biti z aktivnostmi zdravstvene nege osredotočena na posameznika/družino (družina ali posameznik je središčna točka) in mora dopuščati dialog med njimi in med seboj

(dvosmerna komunikacija). Takšna usmeritev dopušča aktivno vlogo posameznika/družine (vlogo subjekta). Zelo pomembno je, da so sprejeti brezpogojno. To je sposobnost poslušanja in razumevanja tega, kar sodelujoči pove in kaj čuti (Šušteršič idr., 2006).

Zelo pomembno za vsako diplomirano medicinsko sestro je, da njen odnos z družino temelji na poslušanju, da zaupa družinskim članom in njihovim odločitvam in da jim čim bolj pomaga pri njihovih dejanjih in odločitvah (Beam, Neal, O'Brien, 2010). Prav empatija se ustvarja v naši sposobnosti, *"biti pri stvari, imeti stvari v svojih rokah in ne obratno, potešiti sebe in zadostiti sogovorniku"* (Gradišar, 2005, str. 169).

Predvsem pa je pomembno, da ima diplomirana medicinska sestra pozitivno samopodobo, da svoje delo opravlja dobro. Samopodoba na splošno pomeni posameznikov odnos do samega sebe in celovito podobo o samem sebi. Je odraz tega, kako vidi samega sebe. Ne nanaša se izključno na telesni videz, ampak na celovito doživljanje sebe in na delovanje v življenjskem toku skozi različne življenjske vloge, tudi na delovanje v poklicni vlogi, v tem primeru vlogi medicinske sestre. Poklicna samopodoba ima predvsem motivacijsko vrednost, zato vpliva na vedenje in poklicno ravnanje. Razmišljanje o tem, kdo je in kaj je, oblikuje njene odzive na vsakdanje dogajanje in je obenem osnova za razumevanje sebe in drugih. Največja ovira za uspešnost ni pomanjkanje spretnosti in strokovnega znanja, ampak to, da se zdi uresničitev pričakovanega izven dosega (vloga objekta). Čim bolj pozitivna je poklicna samopodoba, tem lažje se diplomirana medicinska sestra spopada z vsakodnevnimi poklicnimi težavami. Čim bolj pozitivna je njena poklicna samopodoba, bolj odprta je njena komunikacija s posamezniki, družinami, sodelavci in pri opravljanju svojega dela (Šušteršič et al., 2006).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pomočjo raziskave ugotoviti, kaj diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu pomeni družina, s kakšnimi družinami se diplomirane medicinske sestre najpogosteje srečujejo ter kateri so najpogostejši problemi, s katerimi se družine spopadajo. Z raziskavo želimo pridobiti podatke, kako družine sodelujejo v procesu patronažne zdravstvene nege in kako diplomirane medicinske sestre pomagajo družinam v določenem življenjskem obdobju. Ugotoviti želimo, katero obdobje družine imajo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu za najbolj stresno.

Zastavili smo si naslednja cilja:

- Ugotoviti obravnavo družine v patronažnem varstvu s strani diplomirane medicinske sestre.
- Raziskati, kako diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pomagajo družinam pri procesu zdravstvene nege ter njihovo doživljanje v odnosih z družino.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Katere vrste družine so najpogosteje obiskane s strani diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu?
2. Kdaj družine potrebujejo največ pomoči in katero obdobje je zanje najbolj stresno, če vzamemo za primerjavo življenjska obdobja?
3. Katere lastnosti družin diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ocenjujejo kot najpomembnejše?
4. V kolikšni meri se medicinske sestre v patronažnem varstvu strinjajo, da so one tiste, ki morajo pri procesu zdravstvene nege in načrtovanju prevzeti glavno besedo?
5. V kolikšni meri se medicinske sestre v patronažnem varstvu strinjajo s trditvijo, da je vedno potrebno upoštevati vse želje družinskih članov pri procesu zdravstvene nege?
6. Kakšen je pogled diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pri delu z družino?

7. Kakšen pomen imajo starost in leta na opravljanje poklica patronažnih medicinskih sester?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za raziskavo smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja. Zasnovali smo vprašalnik, ki temelji na deskriptivni metodi dela, s katerim smo preučili družino kot subjekt v patronažni zdravstveni negi. Raziskavo smo izvedli med diplomiranimi medicinskimi sestrami oz. medicinskimi sestrami v patronažni zdravstveni negi gorenjske regije. Pregledali smo literaturo po podatkovnih bazah, in sicer COBISS, CINAHL, PUB MED ter literaturo v knjižnici Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice.

Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: *družina, družinsko obdobje, družinsko okolje, patronažna medicinska sestra, patronažna zdravstvena nega, patronažno zdravstveno varstvo, subjekt, avtonomija*.

Ključne besede v angleškem jeziku: *family, family nursing, family community, family environment, community care, family care, subject*.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo kvantitativne raziskave smo uporabili strukturirani vprašalnik, ki smo ga razdelili med diplomirane medicinske sestre oz. medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi gorenjske regije. Vprašalnik je vseboval 13 vprašanj zaprtega tipa in 15 trditve opredeljenih s petstopenjsko Likertovo lestvico, pri katerih je ocena 1 pomenila popolno nestrinjanje; 2 nestrinjanje; 3 neodločenost; 4 strinjanje; 5 popolno strinjanje s trditvijo. Trditve so bile povzete po članku Spoštovanje etičnega načela avtonomije – temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi (Košir, 2004).

Prvi del vprašalnika je vključeval demografske podatke patronažnih MS (spol, starost, izobrazba). Drugi del vprašalnika se je nanašal na medicinske sestre pri obravnavi pacienta.

Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbach alfa koeficientom notranje konsistence. Sklop vprašanj, ki meri pogled diplomiranih medicinskih sester v

patronažnem varstvu pri delu z družino, je imel vrednost 0,556, torej ni zanesljiv, saj ne presega vrednosti alfa 0,7. Merski instrument ni zanesljiv, ker so spremenljivke premalo povezane med seboj (Cenčič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v vseh zdravstvenih domovih (ZD) gorenjske regije, in sicer v ZD Kranj, ZD Radovljica, ZD Škofja Loka, ZD Jesenice, ZD Bohinj in ZD Bled, med medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu. Med anketirance smo razdelili 50 anket, od tega je bilo vrnjenih 38, kar predstavlja 76 % realizacijo vzorca, vključevali smo jih z uporabo namenskega vzorca na podlagi njihove dostopnosti in pripravljenosti za sodelovanje. Vsi vrnjeni anketni vprašalniki so bili popolno izpolnjeni in uporabni za obdelavo podatkov.

Anketo je izpolnilo 38 patronažnih medicinskih sester, od tega jih je 12 (31,6 %) izpolnilo med zaposlenimi v ZD Kranj, 7 (18,4 %) v ZD Jesenice oz. v ZD Škofja Loka, 6 (15,8 %) v ZD Radovljica, 4 (10,5 %) v ZD Bled, ter 2 (5,3 %) patronažni medicinski sestri v ZD Bohinj (Tabela 1).

Tabela 1: Frekvenčne porazdelitve (zdravstveni dom)

Zdravstveni dom	N	%	Veljavni %	Kumulativa %
ZD Bled	4	10,5	10,5	10,5
ZD Bohinj	2	5,3	5,3	15,8
ZD Radovljica	6	15,8	15,8	31,6
ZD Škofja Loka	7	18,4	18,4	50,0
ZD Jesenice	7	18,4	18,4	68,4
ZD Kranj	12	31,6	31,6	100,0
Skupaj	38	100,0	100,0	-

ZD = zdravstveni dom; N = število anketirank; % = odstotek

Vse anketirane patronažne medicinske sestre so ženskega spola, prikazano v Tabeli 2.

Tabela 2: Frekvenčne porazdelitve (spol)

Spol	N	%	Veljavni %	Kumulativa %
Ženski	38	100,0	100,0	100,0

N = število anketirank; % = odstotek

13 (34,2 %) patronažnih medicinskih sester vzorca je starih od 41 do 50 let, 12 (31,6 %) je starih od 31 do 40 let, 10 (26,3 %) je starih od 51 do 60 let, 3 (7,9 %) pa so stare od 20 do 30 let (Tabela 3).

Tabela 3: Frekvenčne porazdelitve (starost)

Starost	N	%	Veljavni %	Kumulativa %
od 20-30 let	3	7,9	7,9	7,9
od 31-40 let	12	31,6	31,6	39,5
od 41-50 let	13	34,2	34,2	73,7
od 51-60 let	10	26,3	26,3	100,0
Skupaj	38	100,0	100,0	-

N = število anketirank; % = odstotek

Večina (63,2 %) ima dokončan dodiplomski študij, in sicer diplomirana medicinska sestra, 11 (28,9 %) je višjih medicinskih sester, 2 (5,3 %) imata naziv tehnika zdravstvene nege, 1 (2,6 %) pa je specialist patronažne zdravstvene nege (Tabela 4).

Tabela 4: Frekvenčne porazdelitve (izobrazba)

Izobrazba	N	%	Veljavni %	Kumulativa %
Tehnik zdravstvene nege	2	5,3	5,3	5,3
Višja medicinska sestra	11	28,9	28,9	34,2
Diplomirana medicinska sestra	24	63,2	63,2	97,4
Specialist patronažne zdravstvene nege	1	2,6	2,6	100,0
Skupaj	38	100,0	100,0	-

N = število anketirank; % = odstotek

11 (28,9 %) jih opravlja poklic patronažne medicinske sestre že več kot 15 let, 7 (18,4 %) jih ta poklic opravlja od 11 do 15 let, 10 (26,3 %) pa jih opravlja ta poklic pet let ali manj oz. od šest do deset let (Tabela 5).

Tabela 5: Frekvenčne porazdelitve (leta opravljanja poklica)

Leta	N	%	Veljavni %	Kumulativa %
od 0-5 let	10	26,3	26,3	26,3
od 6-10 let	10	26,3	26,3	52,6
od 11-15 let	7	18,4	18,4	71,1
več kot 15 let	11	28,9	28,9	100,0
Skupaj	38	100,0	100,0	-

N = število anketirank; % = odstotek

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave smo najprej pridobili vseh 6 soglasij vodstva zdravstvenih domov celotne gorenjske regije. Vprašalnike smo osebno izročili vodilnim medicinskim sestram v patronažnem varstvu, ter jim zagotovili pisno in ustno anonimnost. Rešene

vprašalnike smo nato dobili vrnjene po pošti ali z osebnim prevzemom. Zaradi določenih zapletov med pridobivanjem soglasij in usklajevanja delovnega časa medicinskih sester in terenskega dela je raziskava potekala dlje od predvidenega termina zaključka raziskave.

Pridobljene anketne vprašalnike smo natančno pregledali glede pravilnih izpolnitev, jih označili in rezultate obdelali s pomočjo statističnega programa SPSS, verzija 17.0. Za pridobljene rezultate smo računali najmanjšo (MIN) in največjo (MAX) vrednost, povprečno vrednost (PV), standardni odklon (SO), mediano in Spearmanov korelacijski koeficient. Pridobljene rezultate smo nato predstavili s tabelami.

3.4 REZULTATI

Rezultati prvega sklopa vprašanj zaprtega tipa so predstavljeni grafično in s tabelami ter besedno interpretirani.

Raziskovalna vprašanja (R)

R1: Katere vrste družine so najpogosteje obiskane s strani medicinske sestre v patronažnem varstvu?

Medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi se najpogosteje srečajo z jedrnimi družinami (starša in otroci) in razširjenimi družinami (starši, otroci in stari starši), medtem ko so enostarševske družine (starš – oče ali mama in otroci) bolj redke. Jedrne družine najpogosteje obišče 47,4 % anketiranih, prav tako razširjene družine, medtem ko enostarševske družine najpogosteje obišče le 5,3 % anketiranih (Tabela 6).

Tabela 6: Vrste družin, s katerimi se diplomirane medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi največkrat srečajo

Vrste družin	N	%	Veljavni %	Kumulativa %
Jedrne družine (starša in otroci)	18	47,4	47,4	47,4
Enostarševske družine (starš-oče ali mama in otroci)	2	5,3	5,3	52,6
Razširjene družine (starši, otroci in stari starši)	18	47,4	47,4	100,0
Skupaj	38	100,0	100,0	-

N = število anketirank; % = odstotek

R2: Kdaj družine potrebujejo največ pomoči in katero obdobje je zanje najbolj stresno, če vzamemo za primerjavo življenjska obdobja?

Velika večina medicinskih sester v patronažnem varstvu navaja kot najbolj stresno razvojno obdobje družine obdobje ostarele družine, saj jih tako meni kar 76,3 %. 15,8 % jih meni, da je to obdobje sprejemanja starševstva, druga obdobja pa so navedle le tri anketiranke (Tabela 7). Največ podpore s strani medicinske sestre v patronažnem varstvu potrebujejo družine v razvojnem obdobju ostarele družine (84,2 %) in družine v razvojnem obdobju sprejemanja starševstva (68,4 %), medtem ko ostala obdobja niso tako kritična (Tabela 8).

Tabela 7: Obdobje, ki je za družino najtežje premagljivo

Obdobje	N	%	Veljavni %	Kumulativa %
Življenje v paru	1	2,6	2,6	2,6
Sprejemanje starševstva	6	15,8	15,8	18,4
Obdobje adolescence	1	2,6	2,6	21,1
Obdobje praznega gnezda	1	2,6	2,6	23,7
Obdobje ostarele družine	29	76,3	76,3	100,0
Skupaj	38	100,0	100,0	-

N = število anketirank; % = odstotek

Tabela 8: Obdobje, v katerem družina potrebuje največ podpore

Obdobje	N	%
Življenje v paru	1	2,6 %
Sprejemanje starševstva	26	68,4 %
Obdobje predšolskega in šolskega otroka	1	2,6 %
Obdobje adolescence	1	7,9 %
Obdobje praznega gnezda	3	10,5 %
Obdobje ostarele družine	4	84,2 %

N = število anketirank; % = odstotek

R3: Katere lastnosti družin diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ocenjujejo kot najpomembnejše?

Dovoljeno izražanje čustev, misli in mnenj se zdi pomembno vsem anketiranim, prav tako je pomembno sprejemanje življenja (84,2 %), samospoštovanje (81,6 %) ter odprtost za spremembe (71,1 %). Nekaj več kot polovica (55,3 %) jih meni, da so pomembna jasna pravila, 26,3 % jih meni, da sta pomembna jasna hierarhija in enakopravnost, le 7,9 % pa jih meni, da je pomembna funkcionalna obramba (Tabela 9).

Tabela 9: Lastnosti družine, ki so po mnenju diplomiranih medicinskih sester najpomembnejše

Obdobje	N	%
Sprejemanje življenja	32	84,2 %
Samospoštovanje	31	81,6 %
Jasna pravila	21	55,3 %
Dovoljeno izražanje čustev, misli, mnenj	38	100,0 %
Funkcionalna obramba	3	7,9 %
Jasna hierarhija, enakopravnost	10	26,3 %
Odprtost za spremembe	27	71,1 %

N = število anketirank; % = odstotek

R4: V kolikšni meri se medicinske sestre v patronažnem varstvu strinjajo, da so one tiste, ki morajo pri procesu zdravstvene nege in načrtovanju prevzeti glavno besedo?

Da morajo pri procesu zdravstvene nege in načrtovanju pri komunikaciji z družinskimi člani medicinske sestre prevzeti glavno besedo se strinja manj kot 10 % anketirank, medtem ko se jih kar 71,1 % s tem ne strinja (Tabela 10).

Tabela 10: Pri komunikaciji z družinskimi člani vedno prevzamem glavno besedo.

Stopnja strinjanja	N	%	Veljavni %	Kumulativa %
Popolnoma se ne strinja	5	13,2	13,2	13,2
Se ne strinjam	22	57,9	57,9	71,1
Neodločen/a	7	18,4	18,4	89,5
Se strinjam	3	7,9	7,9	97,4
Popolnoma se strinjam	1	2,6	2,6	100,0
Skupaj	38	100,0	100,0	-

N = število anketirank; % = odstotek

R5: V kolikšni meri se strinjajo z trditvijo da je vedno potrebno upoštevati vse želje družinskih članov pri procesu zdravstvene nege?

S trditvijo, da je vedno potrebno upoštevati vse želje družinskih članov, se strinja povsem enako število vprašanih kot je anketiranih, ki se s trditvijo ne strinjajo, in sicer 31,6 %. Neodločenih glede te trditve pa je kar 36,8 % vprašanih (Tabela 11).

Tabela 11: Vedno je potrebno upoštevati vse želje družinskih članov.

Stopnja strinjanja	N	%	Veljavni %	Kumulativa %
Popolnoma se ne strinja	2	5,3	5,3	5,3
Se ne strinjam	10	26,3	26,3	31,6
Neodločen/a	14	36,8	36,8	68,4
Se strinjam	10	26,3	26,3	94,7
Popolnoma se strinjam	2	5,3	5,3	100,0
Skupaj	38	100,0	100,0	-

N = število anketirank; % = odstotek

Rezultati prvega sklopa vprašalnika, kjer so se anketiranci do navedenih trditev opredelili s pet stopenjsko Likertovo lestvico, so predstavljeni v tabelah in interpretirani.

R6: Kakšen je pogled diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pri delu z družino?

Tabela 12: Pogled diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pri delu z družino (Min. stopnja strinjanja = 1, Maks. stopnja strinjanja = 5).

TRDITEV	N	PO	Mediana	SO	Min.	Maks.
Najpomembnejši je prvi stik z družino.	38	4,21	4,00	0,664	3	5
Pred 1. obiskom je vedno potrebno pregledati vso dokumentacijo o družini.	38	3,58	4,00	0,976	1	5
Pred prvim obiskom družine imam vedno tremo.	38	1,89	2,00	0,727	1	3
Proces zdravstvene nege je potrebno načrtovati skupaj z družino.	38	4,16	4,00	0,886	1	5
Družino naj vedno obravnava le ena medicinska sestra.	38	3,11	3,00	1,134	1	5
Vedno je potrebno upoštevati vse želje družinskih članov.	38	3,00	3,00	0,986	1	5
Pri komunikaciji z družinskimi člani vedno prevzamem glavno besedo.	38	2,29	2,00	0,898	1	5
Pozorno poslušam pogovore med družinskimi člani, da si lahko jasno predstavljam odnose v družini.	38	4,32	4,00	0,574	3	5
Družine vedno vzpodbujam, da se na izrečeno odzovejo.	38	3,76	4,00	0,675	2	5
Vsaka družina ima pravico odkloniti nekakovostno zdravstveno nego.	38	4,16	4,00	1,079	1	5
Ponosen/a sem na svojo poklicno odločitev.	38	4,45	5,00	0,686	2	5
Zadovoljen/a sem s tem, kar sem dosegel/a.	38	4,32	4,00	0,662	2	5
Pri svojem delu sem samozavesten/a.	38	4,08	4,00	0,539	3	5
Moja samopodoba je dobra.	38	4,11	4,00	0,509	3	5
Med procesi zdravstvene nege se tudi sam/a počutim kot subjekt.	38	3,82	4,00	0,766	1	5

N = število anketirank; PO = povprečje; SO = standardni odklon; Min. = minimalna vrednost; Maks. = maksimalna vrednost

Na trditev "najpomembnejši je prvi stik z družino" je 20 (52,6 %) anketirank odgovorilo, da se s tem strinja, 13 (34,2 %) se jih je popolnoma strinjalo s trditvijo, medtem ko je bilo neodločenih 5 (13,2 %). Nobena se ni odločila za možnost se ne strinjam in popolnoma se ne strinjam.

S trditvijo "pred prvim obiskom je vedno potrebno pregledati vso dokumentacijo o družini", se 19 (50 %) anketirank strinja s to trditvijo, 8 (21,1 %) jih je neodločenih, 5 (13,2 %) se jih popolnoma strinja, prav tako se jih 5 (13,2 %) ne strinja in 1 (2,6 %) se popolnoma ne strinja s trditvijo.

Skoraj polovica anketirank, in sicer 18 (47,4 %) se ne strinja s trditvijo, da imajo pred prvim obiskom družine vedno tremo, popolnoma se s tem ne strinja 12 (31,6 %) anketirank, 8 (21,1 %) pa jih je neodločenih. Nobena se ni odločila za možnost se strinjam in popolnoma se strinjam.

16 (42,1 %) anketirank se s trditvijo, "da je proces zdravstvene nege potrebno načrtovati skupaj z družino", strinja, le ena manj, torej 15 (39,5) se jih s trditvijo popolnoma ne strinja, neodločenih pa jih je 6 (15,8 %). Nobena se ni odločila za možnost popolnoma se strinjam in se ne strinjam.

S trditvijo "družino naj vedno obravnava le ena medicinska sestra" se ne strinja 12 (31,6 %), prav tako se jih z enakim številom strinja s to trditvijo, 8 (21,1 %) je glede obravnave neodločenih, popolnoma pa se s trditvijo strinjajo 4 (10,5 %) anketiranke, 2 (5,3 %) pa se popolnoma ne strinjata.

2 (5,3 %) anketiranki se popolnoma ne strinjata s trditvijo, "da je vedno potrebno upoštevati vse želje družinskih članov", medtem ko se s trditvijo popolnoma strinjata prav tako 2 (5,3 %) anketiranki, neodločenih je 14 (36,8 %), 10 (26,3 %) se jih strinja, isto število se jih s trditvijo ne strinja.

"Da je pri komunikaciji vedno potrebno prevzeti glavno besedo", se ne strinja več kot polovica anketirank, in sicer 22 (57,9 %), 7 (18,4 %) jih je glede trditve neodločenih, popolnoma se s tem ne strinja 5 (13,2 %) anketirank, 3 (7,9 %) se s tem strinjajo, 1 (2,6 %) pa se popolnoma strinja s trditvijo.

S trditvijo "pozorno poslušam pogovore med družinskimi člani, da si lahko jasno predstavljam odnose v družini", se strinja več kot polovica anketirank, in sicer 22 (57,9 %), popolnoma se jih strinja 14 (36,8 %), 2 (5,3 %) pa sta neodločeni. Nobena se ni odločila za možnost se ne strinjam in popolnoma se ne strinjam.

Prav tako kot pri prejšnji trditvi se več kot polovica anketirank strinja s trditvijo "družine vedno vzpodbujam, da se na izrečeno odzovejo", in sicer 22 (57,9 %), 11 (28,9%) jih je neodločenih, 4 (10,5%) se popolnoma strinjajo s trditvijo, 1 (2,6 %) anketiranka pa se s trditvijo ne strinja. Nobena se ni odločila za možnost popolnoma se ne strinjam.

"Da ima vsaka družina pravico odkloniti nekakovostno zdravstveno nego", se strinja 16 (42,1%) anketirank, popolnoma se jih strinja 17 (44,7 %), 2 (5,3 %) se s trditvijo ne strinjata, prav tako se 2 (5,3%) popolnoma ne strinjata, samo 1 (2,6 %) anketiranka pa je neodločena.

"Na svojo poklicno odločitev sem ponosna" je trditev, s katero se popolnoma strinja 20 (52,6 %) anketirank, malo manj, in sicer 16 (42,1 %), se jih strinja, glede svoje odločitve je neodločena 1 (2,6 %) in 1 (2,6 %) anketiranka se s trditvijo ne strinja. Nobena se ni odločila za možnost popolnoma se ne strinjam.

Več kot polovica se strinja s trditvijo, in sicer "zadovoljna sem s tem, kar sem dosegla", kar 21 (55,3 %), malo manj, in sicer 15 (39,5 %), se jih popolnoma strinja s trditvijo, 1 (2,6 %) od anketirank je neodločena, prav tako se 1(2,6 %) ne strinja. Nobena se ni odločila za možnost popolnoma se ne strinjam.

S trditvijo "pri svojem delu sem samozavestna" se strinja kar 27 (71,1 %) vseh anketirank, 7 (18,4 %) se jih popolnoma strinja, glede trditve pa so 4 (10,5 %) neodločene. Nobena se ni odločila za možnost se ne strinjam in popolnoma se ne strinjam.

Kar 28 (73,7 %) se jih s trditvijo "moja samopodoba je dobra" strinja, popolnoma se jih strinja 7 (18,4 %), neodločene pa so samo 3 (7,9 %) anketiranke. Nobena se ni odločila za možnost popolnoma se ne strinjam in se ne strinjam.

S trditvijo "med procesi zdravstvene nege se tudi sama počutim kot subjekt", se strinja kar 26 (68,4 %) anketirank, kar veliko manj, in sicer 6 (15,8 %) jih je neodločenih, 1 (2,6 %) se s trditvijo ne strinja, prav tako 1 (2,6 %) se popolnoma ne strinja, 4 (10,5 %) pa se s trditvijo popolnoma strinjajo.

R7: Kakšen pomen imajo starost in leta na opravljanje poklica patronažnih medicinskih sester?

Tekom raziskave ugotavljamo, da se rezultati razlikujejo glede na starost anketirank. Za določene trditve smo pridobili podatke, ki smo jih predstavili s Spearmanovim korelacijskim koeficientom, in sicer, da starost negativno vpliva na naslednje trditve: "najpomembnejši je prvi stik z družino ($r_s = -0,371$, $p = 0,022$); vsaka družina ima pravico odkloniti nekakovostno zdravstveno nego ($r_s = -0,373$, $p = 0,021$) in zadovoljen/a sem s tem, kar sem dosegel/a" ($r_s = 0,364$, $p = 0,025$).

Po drugi strani pa se s starostjo večja trema pred prvim obiskom družine ($r_s = 0,329$, $p = 0,044$). Med procesi zdravstvene nege se patronažne medicinske sestre, ki že dlje časa opravljajo ta poklic, pogosteje tudi same počutijo kot subjekt kot patronažne medicinske sestre, ki ta poklic opravljajo manj časa ($r_s = 0,332$, $p = 0,042$), (tabela 13).

Tabela 13: Spearmanov korelacijski koeficient

Trditev		Starost	Koliko let opravlja poklic patronažne medicinske sestre?
Najpomembnejši je prvi stik z družino.	Spearmanov rho	-0,371	-0,143
	Stat. zn. (2-smerna)	0,022	0,392
	N	38	38
Pred prvim obiskom družine imam vedno tremo.	Spearmanov rho	0,329	0,179
	Stat. zn. (2-smerna)	0,044	0,281
	N	38	38
Vsaka družina ima pravico odkloniti nekakovostno zdravstveno nego.	Spearmanov rho	-0,373	-0,090
	Stat. zn. (2-smerna)	0,021	0,593
	N	38	38
Zadovoljen/a sem s tem, kar sem dosegel/a.	Spearmanov rho	-0,364	-0,181
	Stat. zn. (2-smerna)	0,025	0,276
	N	38	38
Med procesi zdravstvene nege se tudi sam/a počutim kot subjekt.	Spearmanov rho	0,043	0,332
	Stat. zn. (2-smerna)	0,796	0,042
	N	38	38

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti pomen sodelovanja med patronažno medicinsko sestro in družinskimi člani, prav tako pa nas je zanimalo, na kakšen način in s kakšnimi družinami sodelujejo pri procesu zdravstvene nege. Po analizi rezultatov smo ugotovili, da imajo patronažne medicinske sestre kar po večini enake izkušnje in da se delo med njimi ne razlikuje veliko. Da pa je delo medicinski sester poklic za žensko in da sestrstvo velja za žensko delo že skozi celotno zgodovino in vse do danes navaja Clift (2007) in z njim se močno strinjamo, saj so vse anketiranke, ki smo jih zajeli v raziskavi, ženskega spola, med vsemi patronažnimi službami dela nikjer ne opravlja moški.

Kot prvi cilj smo si zastavili, da ugotovimo, kako patronažne medicinske sestre obravnavajo družine, torej zanimali so nas predvsem objektivni podatki kot so: s kakšnimi družinami se največkrat srečujejo, sodelovanje družin, življenjska obdobja družin, zdrava družina.

V povezavi z raziskovalnimi vprašanji nas je zanimalo, s kakšnimi družinami se patronažne medicinske sestre najpogosteje srečujejo. Zanimalo nas je predvsem, ali so to jedrne družine kot je navedeno v SURS-u glede na to, da je prevladujoč model družine v Sloveniji model jedrne družine, ali pa imajo mogoče drugačne izkušnje. Glede na rezultate raziskave smo ugotovili, da se z jedrnimi družinami srečuje skoraj polovica anketirank, prav tako pa se jih z enakimi odstotki srečuje še z razširjenimi družinami, kar nam dokazuje, da veliko družin živi v skupnem gospodinjstvu s starimi starši. Z anketnim vprašalnikom smo želeli izvedeti tudi, ali družine kdaj zavrnejo oz. odklonijo sodelovanje s patronažnimi medicinskimi sestrami oz. če ima veliko anketirank že izkušnjo, da so jih družine/posameznik zavrnil. Po analizi smo dobili zanimive podatke, saj je kar polovica anketirank odgovorila, da so bile v svoji karieri s strani družine/posameznika že zavrnjene oz. so odklonili sodelovanje v procesu zdravstvene nege. Rezultate naše raziskave lahko primerjamo z raziskavo med patronažnimi medicinskimi sestrami štajerske regije. Skale (2012) navaja, da je bilo zavrnitve deležnih kar dobra polovica anketirank, s strani starostnikov. Najpogostejši razlogi za zavrnitev so bili, da nimajo nobenih težav, da je nova patronažna medicinska sestra, slaba informiranost o patronažni službi, da ne potrebujejo obiska, ker so zdravi itd.

Raličeva (2013) navaja, da je skoraj vsako obdobje v našem življenju zaznamovano s posebnimi dogodki ali prelomnicami, ki v družinske odnose in ravnanja nujno prinesejo spremembe. Tudi družina kot sistem obstaja v okolju, ki se nenehno spreminja, zaradi česar se spreminja in prilagaja tudi sama. V naši raziskavi pa nas je zanimalo, katero razvojno obdobje družine se medicinskim sestram v patronažnem varstvu zdi najbolj stresno. Glede na rezultate ankete lahko rečemo, da je to obdobje ostarele družine, in sicer se s tem strinjata kar dobri dve tretjini anketirank, saj se v tem obdobju res dogajajo stresne stvari za zakonca, kot so npr. hude zdravstvene težave ter smrt partnerja. Glede družinskih obdobj pa nas je zanimalo še nekaj, in sicer v katerem obdobju družina potrebuje največjo podporo s strani patronažne medicinske sestre. Anketiranke so imele na voljo več možnih odgovorov, vendar so skoraj vse odgovorile, da prav tako ostarele družine potrebujejo največ podpore, ne daleč za njimi pa so sprejemanje starševstva s kar dobro polovico odstotkov. Kot navajata Ule in Kuhar (2003), je tudi sprejemanje starševstva velika sprememba za partnerje, za zvezo nimata več toliko časa kot pred starševstvom in njun odnos postane manj intenziven.

Glede na delo patronažnim medicinskih sester in njihovo vsakodnevno srečevanje z različnimi družinami nas je zanimalo, kaj pa so po njihovem mnenju najpomembnejše lastnosti, ki jih mora imeti družina. Štalekar (2010) je mnenja, da se v zdravem odnosu čustva izražajo svobodno, rešujejo se spori in sprejemajo kompromisi. Dobro ravnanje v družini, prilagodljivost in empatija prinašajo zdrav razvoj osebnosti in posledično zdravo družino.

Vsaka zdrava družina pa naj bi imela prav vse navedene lastnosti zdrave družine. Anketiranke so imele na voljo, da izberejo poljubno število odgovorov in med največkrat izbrano lastnostjo so navedle, da je to dovoljeno izražanje čustev, misli, mnenj, in sicer so vse anketiranke enotnega mnenja, da je to lastnost, ki naj bi jo imela vsaka družina. Malo manj pa se zdita pomembni trditvi sprejemanje življenja in samospoštovanje, in sicer za dobri dve tretjini anketirank. Nobena od anketirank pa ni obkrožila vseh ponujenih odgovor, kaj naj bi predstavljalo zdravo družino.

V literaturi smo zasledili zelo malo raziskav med patronažnimi medicinski sestrami, ki temeljijo na subjektivnem odnosu z družinami. Teorija sicer navaja dovolj literature na temo družina kot subjekt v patronažni zdravstveni negi ter marsikaj tudi na temo o odnosih v družinah, kar smo lahko povezali s subjektivnimi odnosi v družini. Nas pa je

zanimal predvsem oseben pristop patronažnih medicinski sester, njihovo doživljanje ob procesih zdravstvene nege z družinami. Beeber idr. (2011) navajajo, da patronažna medicinska sestra skupaj s posameznikom ali družino ugotavlja, kakšne so njihove potrebe, pomemben jim je predvsem celosten pristop, spoznavanje posameznika kot osebe, spoznavanje njegovega značaja, počutja, ciljev, načrtov, s čimer pa se anketirane patronažne medicinske sestre ne strinjajo v celoti.

Če povzamemo celotno raziskavo, lahko rečemo, da tudi starost in izkušnje dajo drugačen pogled na opravljanje poklica patronažne medicinske sestre. Tako leta kot izkušnje dajo medicinskim sestram znanje in moč, da svoj poklic opravljajo tako strokovno kot ga znajo, prav tako pa s starostjo narašča tudi samokritičnost in včasih tudi dvom vase, kar se kaže z rezultati, da imajo starejše medicinske sestre večjo tremo pred prvim obiskom kot mlajša populacija. Vendar pa vse, ne glede na starost, sprejemajo družine take kot so in jim na vsak način skušajo pomagati in prikazati pozitivne strani življenja.

Torej iz rezultatov ankete lahko potrdimo, da je zdravstvena nega res profesionalna disciplina in humanistična znanost ter da je patronažna zdravstvena nega namenjena prav celotni populaciji, tako posamezniku kot njegovi družini. Ugotovili smo tudi, da mora medicinska sestra v patronažni zdravstveni negi slediti in se prilagajati vsem potrebam posameznikov oz. družine ter skupnosti in jih skupaj z njimi zadovoljevati.

4 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo želeli ugotoviti obravnavo družine v patronažnem varstvu s strani patronažne medicinske sestre in smo ugotovili, da imajo zelo izrazit čut za delo z ljudmi, da njihov vsakdan temelji na empatiji, ki jo zelo potrebujejo, da lahko delo patronažne medicinske sestre sploh opravljajo. Pri obravnavi družine imajo jasne cilje in odlične sposobnosti komunikacije. Torej lahko rečemo, da ima res pomembno vlogo pri odnosih in stanju v družini.

Patronažne medicinske sestre pa so tudi članice negovalnega tima, ki deluje na vseh ravneh zdravstvenega procesa ter pomaga posamezniku, družini in celotni populaciji. Njihovo delo je zelo raznoliko in prav tako mora biti tudi njihovo praktično in teoretično znanje. Predvsem morajo imeti zelo veliko znanja in veščin o komunikaciji, saj obravnavajo celotno populacijo. Vedno je ospredju zdrav ali bolan/poškodovan posameznik ali njegova družina. Patronažna medicinska sestra jih vedno obravnava v okolju, v katerem živijo, zato posameznika/družino vedno dobro spozna, z njimi skuša vzpostaviti pristen odnos ter jim pomagati pri njihovih trenutnih situacijah.

Namen diplomskega dela in raziskovanje na temo družina kot subjekt v patronažni zdravstveni negi nas je pripeljalo do zaključka, da je tema diplomskega dela še zelo malo raziskana in da trenutno ni veliko literature. Pri raziskavi smo se dotaknili tako objektivnega kot subjektivnega dela patronažnih medicinskih sester. Raziskav, ki vsebujejo subjektivna mnenja, ni veliko, zato je malo možnosti za primerjave.

Raziskava temelji na naših ugotovitvah, in sicer kako so medicinske sestre predane svojemu delu, koliko znanja imajo ter kako pomemben se jim zdi subjektivni odnos v procesu zdravstvene nege. Naše mnenje je, da so zares močan steber v zdravstvenem sistemu.

Z raziskavo smo dobili odgovore na želena vprašanja in zastavljene cilje. Dobili smo predstavo o tem, kako patronažne medicinske sestre sprejemajo in doživljajo svoje delo in subjektivne odnose z družinami. Raziskavo bi lahko razširili iz gorenjske regije še na ostale regije v Sloveniji ter s tem pridobili več podatkov. Lahko bi jo nadgradili z uporabo kvalitativne metodologije (intervju) in tako pridobili poglobljen pogled na to, kako patronažne medicinske sestre doživljajo svoje delo.

Misel, ki lahko marsikomu spremeni in polepša dan ter misel, ki je del vsake medicinske sestre, se glasi:

"Najpomembnejša stvar v komunikaciji je slišati, kar ni izrečeno." (Peter Drucker)

5 LITERATURA

Beam RJ, Neal M, O'Brien AR. Reflective practice enhances public health nurse implementation of nurse- family partnership. *Public Health Nurs.* 2010;27(2):131-9.

Beeber L, Hall AG, Flocks J, Kairalla JA, Kneipp SM, Lutz BJ, et al. Public health nursing case management for women receiving temporary assistance for needy families: a randomized controlled trial using community-based participatory research. *Am J Public Health.* 2011;(101):1759-68.

Benzein EG, Harberg M, Saveman BI. Being appropriately unusual: a challenge for nurses in health promoting conversations with families. *Nurs Inq.* 2008;(15):106-15.

Clift MJ. Kaj je zdravstvena nega? Objavljeni uvodniki. *Obzor Zdr N.* 2007;(Suppl 1):41.

Cenčič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2009:10-15.

Domajnko B, Hlebec V, Hrast Filipovič M, Krašovec Jelenc S, Kump S, Pahor M. Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2012: 76-7.

Goldenberg H, Goldenberg I. Family therapy: an overview. 8th ed. Belmont: Thomson Brooks/Cole; 2011: 32-3.

Gomez A, Kobolt A. Vpliv družine na mladostnikovo identiteto. In: Sande M, ed. Družina. Socialna pedagogika. Združenje za socialno pedagogiko – slovenska nacionalna sekcija FICE. Ljubljana: B.z.; 2012: 333.

Gradišar C. Sotočja družinskih odnosov. Sodobni vodnik skozi družinsko in partnersko življenje in njegove preizkušnje. Novo mesto: samozal., 2005: 38-9.

Grubar D. Zahtevnost zdravstvene nege v patronažnem varstvu. In: Podhostnik A, ed. Napake v zdravstveni negi: zbornik prispevkov, Dolenjske toplice, 24-25. januar 2013. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto; 2013: 28-34.

Haggman-Laitila A, Pietila AM, Tanninen HM. Resource-enhancing psychosocial support in family situations: needs and benefits from family members own perspectives. J Adv Nurs. 2009;65(10):2150-60.

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

Horvat M. Zdravstvena obravnava pacienta s kronično boleznijo-obrnava na primarnem nivoju v patronažni dejavnosti. In: Štemberger Kolnik T, Dvoršak Majcen S, eds. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo. Portorož, 12. maj 2010. Ljubljana: Zbornica babiške in zdravstvene nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bobic; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bobic; 2010: 45-7.

Horvat M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega - nadgradnja in prilagajanje novim izzivom v Sloveniji. Strokovna sekcija patronažnih medicinskih sester. Villach: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 27-9.

Kalauz S. Etička promišljanja medicinskih sestara u zajednici. Hrvatski časopis za javno zdravje. 2013: 23-4. Dostopno na: <http://www.hcz.hr/index.php/hczj/article/view/181/154> (20.10.2013).

Kersnik J. Osnove družinske medicine. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta; 2007.

Krajnc A. Patronažna medicinska sestra kot zdravstvena vzgojiteljica družine v obdobju zgodnjega starševstva. In: Berčan M, ed. Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva: zbornik prispevkov z recenzijo. Vransko, 25. september 2012. Vransko: Združenje ZPMS; 2012: 24-6.

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

Niven N. *The psychology of nursing care.* 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan: 2006: 88.

Perko A. *Družina na križpotju: sodoben pristop k urejanju ljudi v stiski.* Ljubljana: Umco: Zavod Mitikas; 2008: 144.

Požgan I. *Patronažna zdravstvena nega starostnika na domu.* In: *Patronažna zdravstvena nega starostnika.* B.k.: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester; 2009: 7-8.

Ramšak Pajk J. *Uporaba znanj teoretičnih modelov pri obravnavi družine z novorojenčkom v patronažnem varstvu.* In: Berčan M, ed. *Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva: zbornik prispevkov z recenzijo.* Vransko 25. september 2012. Vransko: Združenje ZPMS; 2012: 7-8.

Renner T, Sedmak M, Švab M, Urek M. *Družine in družinsko življenje v Sloveniji.* Koper: Annales; 2006.

Ralič A. *Razvojna obdobja družine.* Družilnica. Skozi osebno izkušnje do čustvene in socialne inteligence 2013. Dostopno na: <http://www.druzilnica.si/1/post/2013/03/razvojna-obdobja-druine.html> (1.4.2013).

Skale M. *Preventivni obiski patronažne medicinske sestre pri starostniku: [diplomsko delo].* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=28712> (24.10.2013).

Statistični urad republike Slovenije (SURS). *Mednarodni dan družin.* Slovenija. 2012. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4686 (4.8.2012).

Škerbinek AL, Kogovšek B. *Medicinske sestre v skrbi za družine.* *Obzor Zdr N.* 2002;(36):131-4.

Štalekar V. *Dinamika obitelji i prvi teorijski koncepti.* *Klinika za psihiatriju, KBC Zagreb: Medicina fluminensis;* 2010;(46):242-6.

Šušteršič O, Horvat M, Cibic D, Peternelj A, Brložnik M. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega-nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Novosti-izkušnje-pobude. Obzor Zdr N. 2006;(40):247-50.

Šušteršič O. Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka. Družina kot subjekt v patronažni zdravstveni negi. B.k.: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester. 3. strokovno srečanje; 2008: 7-13.

Švab I, Rotar Pavlič D. Družinska medicina. Družinska medicina: učbenik. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2012: 299-310.

Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorists and their work. 15th ed. Philadelphia: Mosby; 2006: 91-4.

Ule M, Kuhar M. Mladi, družina, starševstvo: spremembe življenjskih potekov v pozni moderni. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2003: 53-4.

Urbančič K. Medicinske sestre in skrb za družine. Objavljeni uvodniki. Obzor Zdr N. 2007;(36):125-7.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK O DRUŽINI KOT SUBJEKTU V PATRONAŽNI ZDRAVSTVENI NEGI

Spoštovani,

Sem Kaja Mlakar, študentka Visoke šole za zdravstveno nego na Jesenicah in v okviru diplomske naloge bi izvedla raziskavo o družini kot subjektu v patronažnem varstvu. Raziskava bo izvedena med patronažnimi medicinskimi sestrami zdravstvenih domov gorenjske regije. Vprašalnik je anonimen.

Za sodelovanje se Vam lepo zahvaljujem.

1. Spol (obkrožite):

- a) moški
- b) ženska

2. Starost (obkrožite):

- a) od 20-30 let
- b) od 31-40 let
- c) od 41-50 let
- d) od 51-60 let

3. Kakšno izobrazbo na področju zdravstvene nege ste dosegli? (obkrožite)

- a) tehnik zdravstvene nege
- b) višja medicinska sestra
- c) diplomirana medicinska sestra

- d) specialist patronažne zdravstvene nege
- e) magister zdravstvene nege
- f) univerzitetna izobrazba

4. Koliko let opravljate poklic patronažne medicinske sestre? (obkrožite)

- a) Od 0-5 let
- b) od 6-10 let
- c) od 11-15 let
- d) več kot 15 let.

5. Vaš razlog za patronažni obisk je največkrat...(obkrožite)

- a) preventivni obisk
- b) kurativni obisk

6. Ali časovni termin naslednjega patronažnega obiska načrtujete skupaj z družino? (obkrožite)

- a) da, samo preventivni obisk
- b) da, samo kurativni obisk
- c) da, tako preventivni kot kurativni obisk
- d) ne

7. Ali imate točno krajevno opredelitev terena po posameznih izvajalcih? (obkrožite)

- a) da
- b) ne

8. Kaj za Vas pomeni beseda družina? (obkrožite)

- a) Družina je skupina človeških bitij, ki jo razumemo kot družbeno celoto.

- b) Družina je kulturna heterogena skupnost, ki se razlikuje po strukturi, velikosti, povezanosti med člani, odnosih in načinu komuniciranja.
- c) Družina predstavlja specifično sociokulturno institucijo, v kateri se na poseben način povezujejo socialna vezanost in individualna svoboda.

9. Katere lastnosti, ki jih mora imeti zdrava družina, se Vam zdijo najpomembnejše? (obkrožite lahko več odgovorov)

- a) sprejemanje življenja
- b) samospoštovanje
- c) jasna pravila
- d) dovoljeno izražanje čustev, misli, mnenj
- e) funkcionalna obramba
- f) jasna hierarhija, enakopravnost
- g) odprtost za spremembe

10. S katerimi družinami se kot diplomirane medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi največkrat srečate? (obkrožite)

- a) jedrne družine (starša in otroci)
- b) enostarševske družine (Starš - oče ali mama in otroci)
- c) razširjene družine (starši, otroci in stari starši)

11. Ali družine kdaj zavrnejo obisk patronažne medicinske sestre? (obkrožite)

- a) da
- b) ne

12. Katero obdobje družine se Vam zdi, da je najtežje za družino? (obkrožite en odgovor)

- a) življenje v paru
- b) sprejemanje starševstva
- c) obdobje predšolskega in šolskega otroka
- d) obdobje adolescence
- e) obdobje praznega gnezda
- f) obdobje ostarele družine

13. V katerem obdobju po Vašem mnenju družina potrebuje največ podpore? (obkrožite lahko več odgovorov)

- a) življenje v paru
- b) sprejemanje starševstva
- c) obdobje predšolskega in šolskega otroka
- d) obdobje adolescence
- e) obdobje praznega gnezda
- f) obdobje ostarele družine

Ocenite, v kolikšni meri veljajo spodnje trditve v zvezi z Vašim delom in čustveno inteligenco. Pod številko, ki se Vam zdi najprimernejša za trditev, naredite križec.

1 - POPOLNOMA SE NE STRINJAM

2 - SE NE STRINJAM

3 - NEODLOČEN/A

4 - SE STRINJAM

5 - POPOLNOMA SE STRINJAM

Št.	Trditev	1	2	3	4	5
14.	Najpomembnejši je prvi stik z družino.					
15.	Pred 1. obiskom je vedno potrebno pregledati vso dokumentacijo o družini.					
16.	Pred prvim obiskom družine imam vedno tremo.					
17.	Proces zdravstvene nege je potrebno načrtovati skupaj z družino.					
18.	Družino naj vedno obravnava le ena medicinska sestra.					
19.	Vedno je potrebno upoštevati vse želje družinskih članov.					
20.	Pri komunikaciji z družinskimi člani vedno prevzamem glavno besedo.					
21.	Pozorno poslušam pogovore med družinskimi člani, da si lahko jasno predstavljam odnose v družini.					
22.	Družine vedno vzpodbujam, da se na izrečeno odzovejo.					
23.	Vsaka družina ima pravico odkloniti nekakovostno zdravstveno nego.					
24.	Ponosen/a sem na svojo poklicno odločitev.					

25.	Zadovoljen/a sem s tem, kar sem dosegel/a.					
26.	Pri svojem delu sem samozavesten/a.					
27.	Moja samopodoba je dobra.					
28.	Med procesi zdravstvene nege se tudi sam/a počutim kot subjekt.					