



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**SOCIALNA PROBLEMATIKA V  
PATRONAŽNEM VARSTVU**

**SOCIAL DISADVANTAGE IN COMMUNITY  
NURSING**

Mentorica: Erika Povšnar, pred.

Kandidatka: Špela Mihelič

Jesenice, januar, 2016

## **ZAHVALA**

Najprej bi se rada zahvalila svoji mentorici Eriki Povšnar, pred. za vso pomoč, usmeritve in podporo pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. in doc. dr. Simoni Hvalič Touzery za recenzijo diplomskega dela.

Hvala tudi vsem patronažnim sestram, ki so prostovoljno sodelovale v naši raziskavi in njihovim vodjem, ki so sodelovanje v raziskavi odobrili.

Posebna zahvala gre mojim staršem in bratu za vso spodbudo in podporo v času študija in pisanja diplomske naloge. Iskreno bi se zahvalila partnerju Jaku in hčerki Danaji za motivacijo, potrpežljivost in podporo, da sem lažje dosegla svoj cilj. Hvala!

Najlepša hvala Mihu Beglju za vso pomoč in vsem prijateljem, ki ste mi stali ob strani in me spodbujali na moji študijski poti.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Socialna problematika se v zadnjih letih zaostruje. S socialnimi stiskami posameznikov, družine in lokalne skupnosti se vse pogosteje soočajo tudi patronažne medicinske sestre.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je predstaviti patronažno zdravstveno varstvo z vidika obravnave socialne problematike ter proučiti pojavnost socialne problematike v patronažnem varstvu in vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v obravnavi pacienta s socialno problematiko.

**Metoda:** Uporabljena je bila deskriptivna neeksperimentalna metoda kvantitativnega empiričnega raziskovanja. Nenaključni namenski vzorec je zajemal 51 patronažnih medicinskih sester gorenjske in ljubljanske regije. Realizacija vzorca je bila 71,8 %. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS.

**Rezultati:** Socialne neenakosti v zdravju zaznava 98 % patronažnih medicinskih sester. V okviru socialne problematike najpogosteje opažajo slabo ekonomsko stanje in nezdrav življenjski slog, med skupinami izstopajo revni prebivalci (PV = 3,25). 63 % anketiranih najpogosteje obravnava problematiko pri starejših od 60 let. Informacije o problematiki najpogosteje pridobijo osebno (PV = 3,37) in od svojcev (PV = 3,22), najmanjkrat (PV = 1,76) pa od Rdečega Križa in nevladnih organizacij. Pogovor in svetovanje pacientom (PV = 2,84) je največkrat uporabljen ukrep, pogosteje ga uporabljajo starejše anketiranke ( $p = 0,001$ ). 66,67 % anketiranih v reševanje socialne problematike največkrat vključuje Center za socialno delo. Statistično pomembne razlike glede na izobrazbo anketiranih so v sodelovanju s socialnimi delavkami ( $p = 0,040$ ), humanitarnimi organizacijami ( $p = 0,001$ ) in društvu ( $p = 0,001$ ). Patronažne medicinske sestre usposobljenost za reševanje socialne problematike ocenjujejo dobro (PV = 3,45), svoje delo pa kot strokovno, vendar omejeno.

**Razprava:** Patronažne medicinske sestre se pogosto srečujejo s socialnimi problemi, najpogosteje s slabim ekonomsko socialnim stanjem, velikokrat v starostni skupini nad 60 let. Staranje prebivalstva in neugodno socialno ekonomsko stanje za patronažno službo pomeni velik izziv. Za uspešno obvladovanje se kažejo potrebe po intenzivnejšem sodelovanju z drugimi službami in organizacijami ter potrebe po usposabljanjih in izobraževanjih.

**Ključne besede:** patronažna medicinska sestra, neenakosti v zdravju, socialna problematika, zdravstvena nega, ranljive skupine prebivalstva

## SUMMARY

**Theoretical background:** Social problems are exacerbated in the recent years. Community nurses are increasingly facing social problems of individuals, families and local communities.

**Objective:** The aim of the thesis is to present the nursing healthcare in terms of the treatment of social problems, to examine the incidence of social problems in community nursing and examine the role of nurses in community nursing in the treatment of patients with social problems.

**Method:** We used the descriptive experimental method of quantitative empirical research. Assigned non-random sample consisted of 51 community nurses in Gorenjska and in the Ljubljana region. The realization of the sample was 71.8%. For statistical analysis we used SPSS program.

**Results:** 98% of community nurses perceived social inequalities in health. In the context of social problems we observed that, poor economic situation and unhealthy lifestyle, are two things most common between groups of resident stand level (PV = 3.25). 63% of respondents most often deals with the problems in the elderly over 60 years. Information on the problems are most often obtained personal (PV = 3.37), from relatives (PV = 3.22), the least (PV = 1.76) from the Red Cross and Non-Governmental organizations. Interview and patient advice (PV = 2.84) are the most used measure and are frequently used by older respondents ( $p = 0.001$ ). 66,67% of respondents in solving social problems often involve Center for Social Work. Statistically significant differences by education were surveyed in cooperation with social workers ( $p = 0.040$ ), humanitarian organizations ( $p = 0.001$ ) and associations ( $p = 0.001$ ). Community nurses ability to solve social problems are rated good (PV = 3.45), they work as a professionals, but are very limited.

**Discussion:** Community nurses are often faced with social problems, most often with low social economic status, mostly in the age group over 60 years. The aging population and unfavorable socio-economic status of the home care service represents a major challenge. For better management a lot of needs are being shown, for more intensive cooperation with other departments and organizations, and a lot of need for training and education.

**Keywords:** community nurses, health inequalities, social problems, health care, vulnerable populations

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	SOCIALNA VARNOST IN NEENAKOSTI V ZDRAVJU.....	3
2.1.1	Socialna varnost ter zdravstveno in socialno varstvo.....	3
2.1.2	Neenakosti v zdravju.....	5
2.1.3	Determinante zdravja.....	7
2.2	PATRONAŽNO VARSTVO IN SOCIALNA problematika.....	10
2.2.1	Patronažno varstvo in zdravstvena nega v patronažnem varstvu.....	10
2.2.2	Obravnavo pacienta s socialno problematiko.....	11
2.2.3	Vloga patronažne medicinske sestre v obravnavi socialne problematike.....	12
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>15</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	16
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	16
3.3.3	Opis vzorca.....	16
3.4	REZULTATI.....	18
3.5	RAZPRAVA.....	34
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
6.1	INSTRUMENT	

## KAZALO SLIK

Slika 1: Mnenja patronažnih medicinskih sester o zaznavanju neenakosti v zdravju ....	19
Slika 2: Delež vrste terena, kjer je socialna problematika največja .....	23
Slika 3: Pogostost obravnave pacienta/družine s socialno problematiko .....	25
Slika 4: Pogostost obravnave socialne problematike glede na spol pacienta .....	25
Slika 5: Starostna struktura obravnavanih oseb s socialno problematiko .....	26



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Mnenja patronažnih medicinskih sester o poznavanju terena .....	18
Tabela 2: Povprečno dnevno število obiskov patronažnih medicinskih sester .....	18
Tabela 3: Mnenja patronažnih medicinskih sester o trditvah, povezanih z neenakostjo v zdravju in socialno problematiko .....	19
Tabela 4: Pogostost srečavanja patronažnih medicinskih sester z nekaterimi ranljivimi skupinami prebivalstva .....	20
Tabela 5: Načini pridobivanja informacij o socialni problematiki glede na delovno dobo patronažnih medicinskih sester .....	21
Tabela 6: Najpogostejši način ukrepanja patronažnih medicinskih sester v primeru odkritja socialne problematike glede na njihovo starostno strukturo .....	22
Tabela 7: Mnenja patronažnih medicinskih sester o pogostosti pojavljanja posameznih vidikov socialne problematike .....	23
Table 8: Mnenje patronažnih medicinskih sester o prevladujoči problematiki v mestu in primestju .....	24
Tabela 9: Mnenja patronažnih medicinskih sester o prevladujoči socialni problematiki na vasi .....	24
Tabela 10: Mnenja patronažnih medicinskih sester o najpogostejši socialni problematiki pri mladih .....	27
Tabela 11: Mnenja patronažnih medicinskih sester o najpogostejši socialni problematiki pri srednji generaciji .....	27
Tabela 12: Mnenja patronažnih medicinskih sester o socialni problematiki pri starejši generaciji .....	28
Tabela 13: Izvajanje preventivnih obiskov pri pacientih s socialno problematiko .....	28
Tabela 14: Vzroki neizvajanja preventivnih obiskov pri pacientih s socialno problematiko .....	29
Tabela 15: Mnenja patronažnih medicinskih o koristnosti obiskov pri pacientih s socialno problematiko .....	29
Tabela 16: Koga patronažne medicinske sestre najpogosteje vključujejo v reševanje socialne problematike .....	30

Tabela 17: Ukrepanje patronažnih medicinskih sester v primeru odkritja socialne problematike .....	31
Tabela 18: Sodelovanje patronažnih medicinskih sester z drugimi ustanovami, institucijami in posamezniki .....	32
Tabela 19: Ocena patronažnih sester o usposobljenosti, znanju in izkušnjah v obravnavi socialne problematike .....	32
Tabela 20: Ocena vloge patronažnih medicinskih sester v obravnavi socialne problematike .....	33

## 1 UVOD

V zadnjih letih se v Republiki Sloveniji socialna problematika povečuje – predvsem kot posledica gospodarske krize, visoke brezposelnosti, majhnih možnosti zaposlovanja in na splošno nižjih dohodkov v populaciji. Posledično se povečuje število oseb pod nacionalno mejo tveganja revščine, povečujeta pa se število oseb, ki živijo v gospodinjstvu z zelo nizko delovno intenzivnostjo, in dohodkovna neenakost (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020, 2013).

»Zdravje kot temeljna vrednota posameznika je v veliki meri odvisno od socialnih in ekonomskih dejavnikov, v katerih se rodimo, odraščamo, delamo in se staramo, hkrati pa predstavlja družbeni kapital, na katerem gradimo trg dela in gospodarski razvoj. Opažamo, da različne socialno-ekonomske skupine v družbi dosegajo svoj zdravstveni potencial do različne mere,« (Buzeti et al., 2011, p. 76).

Socialna ogroženost je situacija v kateri so prizadeti posamezniki ali skupine ljudi, ki trpijo za določeno stopnjo večdimenzionalne prikrajšanosti. Socialna ogroženost lahko traja različno dolgo. Podprta je z materialno in kulturno degradacijo sošesk, v katerih ljudje živijo, prav tako je povezana z izključitvijo iz socialnih in poklicnih institucij v družbi. (Kelly & Symonds, 2003 cited in Veternik, 2014, p. 5 ).

Patronažna medicinska sestra je pogosto prva obiskovalka na domu pacientov, ki poleg potreb po patronažni zdravstveni obravnavi posameznika in družine zazna tudi njihovo stisko, slab socialni status. Pogosto je prva oseba, ki skuša ljudem pomagati iz trenutne stiske. Pomaga jim urediti socialno pomoč in oskrbo, usmerja jih pri urejanju zdravstveno-socialnega statusa, pomaga jim vzpostaviti stik z okoljem, deluje zdravstveno-vzgojno, organizira izvedbo zdravstvene nege na domu, poveže se z izbranim zdravnikom, ko je to potrebno. Sodeluje tudi z različnimi institucijami (Batas, 2004 cited in Cvetko 2013, p. 9).

Zmanjševanje neenakosti v zdravju in krepitev zdravja bi morala biti najvišje na lestvici človeških pravic. Neenakosti v zdravju so močno razširjene, ponavljajoče se, nepotrebne in nepravilne (World Health Organization, 2013). Patronažna medicinska

sestra ima pomemben položaj za odkrivanje teh neenakosti v zdravju posameznika (Peckover & Chidlaw, 2007).

V diplomskem delu bomo obravnavali socialno problematiko, s katero se patronažne medicinske sestre srečujejo pri svojem delu, njihovo ukrepanje in sodelovanje z drugimi posamezniki, organizacijami oz. institucijami pri reševanju odkrite socialne problematike.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 SOCIALNA VARNOST IN NEENAKOSTI V ZDRAVJU

#### 2.1.1 Socialna varnost ter zdravstveno in socialno varstvo

V slovenski Ustavi sta temeljni pravici do zdravstvenega in socialnega varstva uvrščeni v poglavje o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah, kjer uživata enak pravni status kot klasične državljske in politične pravice (Strban, 2005).

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ni le odsotnost bolezni ali nezmožnosti za delo. Po novejših spoznanjih in stališčih SZO je zdravje dinamično ravnovesje telesnih, čustvenih, osebnih, duhovnih in ne nazadnje tudi socialnih prvin. Tako ravnovesje omogoča prilagajanje vsem vplivom okolja, posamezniku in skupnosti pa opravljanje vseh bioloških, socialnih in poklicnih funkcij ter preprečevanje bolezni, onemoglosti in prezgodnje smrti (Ministrstvo za zdravje, 2013).

»Socialna varnost je širše zasnovan model državnih ukrepov na različnih področjih za zagotovitev socialne varnosti in vključuje zdravstvene, delovnopravne, stanovanjske, izobraževalne in ostale vidike. Je širši, nadrejen pojem socialnemu varstvu« (Zakon o socialnem varstvu, 2007, p. 282). Vsi ljudje potrebujejo socialno varnost vse življenje, kot otroci, v delovnem obdobju in v starosti. Zaščito potrebujejo tudi v primeru bolezni, invalidnosti, izgube dela ali dohodka (World Health Organization, 2013).

Zdravstveno varstvo opredeljuje Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki v definiciji zdravstvenega varstva pravi: »Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih« (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006, 1. člen, p. 7637).

Socialno varstvo obsega reševanje in preprečevanje socialne problematike posameznika, družine in skupin prebivalstva. Definirano je z vrstami storitev in denarnih dajatev skupinam in posameznikom, kateri nimajo dovolj sredstev za preživljanje. Pravice iz

socialnega varstva po Zakonu obsegajo storitve in ukrepe, ki so namenjene preprečevanju ter odpravljanju socialnih stisk in težav posameznika, družine in skupin prebivalstva. Državni zbor RS je 24. aprila 2013 sprejel Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 (Zakon o socialnem varstvu, 2007).

Sistem socialnega varstva zajema storitve, programe in druge oblike pomoči, katerih namen je preprečevati nastajanje socialnih stisk in težav in reševanje že nastalih le teh, zajema tudi javna pooblastila, naloge in ukrepe, ki jih izvajalcem socialnega varstva nalagajo zakoni in drugi predpisi. Vključuje tudi načrtovanje, razvoj, spremljanje in evalvacijo vseh elementov sistema socialnega varstva in socialne zaščite (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020, 2013).

»V Sloveniji sistem socialne varnosti zajema socialno zavarovanje, družinske prejemke in sistem socialne pomoči. Sistemi socialnega zavarovanja so sestavljeni iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja, obveznega zdravstvenega zavarovanja, zavarovanja za primer brezposelnosti in zavarovanja za starševsko varstvo. Zavarovanja so obvezna za vse zaposlene in samozaposlene osebe« (Evropska komisija, 2012, p. 4).

Osnovna načela za izvajanje sistema socialnega varstva v Republiki Sloveniji so zagotavljanje človekovega dostojanstva in socialne pravičnosti, spodbujanje prostovoljstva in solidarnosti, opolnomočenje posameznikov in skupin z namenom preprečevanja in blaženja socialnih stisk ter spodbujanje medgeneracijske povezanosti, proste izbire in individualizirane obravnave (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020, 2013).

Pri odpravljanju stisk in težav so na voljo aktivnosti, usmerjene v štiri skupine oblik strokovnega dela: materialna in nematerialna pomoč, usmerjena strokovna podpora, organizirano varstvo in nega ter usmerjena preventiva. Socialno-varstvene storitve morajo biti dostopne posamezniku, družini in skupini prebivalstva pri preprečevanju in odpravljanju osebnih stisk, nudenju oskrbe, varstva, vzgoje in usposabljanja. Zakon o socialnem varstvu (2007) določa več vrst socialno-varstvenih storitev, ki morajo biti dostopne zaradi pomoči posamezniku, družini in skupini pri reševanju osebnih stisk in pri nudenju oskrbe, varstva, vzgoje in usposabljanja. Socialno varstvene storitve se nudijo zaradi preprečevanja socialnih stisk in odpravljanja socialnih stisk in težav.

Za odpravljanje že obstoječih stisk določa zakon (11. do 18. člen) več vrst storitev, ki obsegajo svetovanje posamezniku, pomoč družini, institucionalno varstvo, organizirano skrb z vodenjem in varstvom ter zaposlitvijo pod posebnimi pogoji odraslih telesno in duševno prizadetih oseb, pomoč delavcem v podjetjih pri reševanju osebnih težav v zvezi z delom in ob prenehanju delovnega razmerja ter pomoč pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega, pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter otroškega in družinskega varstva (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, n. d.).

### 2.1.2 Neenakosti v zdravju

Del socialne problematike predstavljajo neenakosti v zdravju, ki v družbeni ureditvi pomenijo, da so možnosti za uspešno življenje in dobro zdravje neenakomerno razporejene. Neenakosti se kažejo v zgodnjem otroštvu, izobraževanju, možnostih za zaposlitev in delovnih pogojih, v kakovosti bivanja in v razmerah, v katerih živimo. Kažejo se v dostopnosti in izkoriščanju sistema zdravstvenega varstva, kar ima za posledico neenakost na področju zdravja, preprečevanja bolezni, okrevanja po bolezni in možnosti za preživetje (Svetovna zdravstvena organizacija, 2009).

Pod pojmom socialno-ekonomske neenakosti v zdravju razumemo razlike v zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo in so zato nepravilne. Za zmanjševanje neenakosti je nujno, da jih v celoti poznamo, da vemo, kakšne so in kaj jih povzroča (Buzeti, et al., 2011).

Dokazano je, da razmere, v katerih ljudje živijo in delajo, pomembno vplivajo na zdravje. Socialni in ekonomski pogoji, kot so revščina, socialna izključenost, nezaposlenost in slabi bivalni pogoji, močno vplivajo na zdravje. Reševanje teh neenakosti zahteva skupno prizadevanje v in zunaj zdravstvenega sektorja, vključno z zasebnim sektorjem (World Health Organization, 2009).

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

Posamezniki ali skupine, ki določene lastnosti podedujejo ali pridobijo razločevalne lastnosti z lastnim ravnanjem, so drugačni od večine. Zaradi omejenega dostopa do pomembnih družbenih virov nekateri posamezniki poiščejo specifične in drugačne, pogosto manj uspešne zdrave življenjske rešitve (Nolimal, 2008).

Nolimal (2008) navaja, da je klasična socialna medicina poznala zlasti naslednje skupine zdravstveno posebej ogroženega prebivalstva: ženske nasploh in v zvezi z materinstvom; dojenčki, majhni in predšolski otroki; osnovnošolska in srednješolska mladina; ogroženi pri delu; prebivalci in priseljenci v velikih mestih; ostarelo prebivalstvo. Danes se novo javno zdravje ukvarja še z drugimi posamezniki in skupinami, ki so zaradi življenjskih okoliščin oz. drugačnega življenjskega sloga prav tako izpostavljeni različnim tveganjem za zdravje na individualni in družbeni ravni.

Med ranljive, rizične skupine spadajo posamezniki ali skupine, ki imajo skupne oz. pogostejše značilnosti, kot so (Dekleva & Razpotnik, 2007; Malačič, 1995 cited in Dokmanac, 2009, p. 16; Amnesty International, 2011): brezdomstvo, ki je opredeljeno kot situacija, kjer neka oseba nima doma oz. varne strehe nad glavo; revščina, ki pomeni, da oseba nima dostopa do dobrin, ki jih potrebuje, da lahko uživa človekove pravice; brezposelnost, ki je nezmožnost pridobivanja sredstev za življenje po običajni poti z delom, posledice pa so revščina, odvisnost od družbene podpore, nizek socialni status, zasvojenost, migracije, psihosocialne stiske in psihiatrična obolenja, kriminal in bolezni, kot so aids, spolno prenosljive in druge kužne bolezni.

Tudi Drnovškova in sodelavci (2011) med skupnimi značilnostmi ranljivih skupin izpostavljajo socialno izključenost, stigmatizacijo in težko dosegljivost do kakovostnih zdravstvenih storitev. Ranljive skupine umirajo prej, pogosteje in bolj zgodaj zbolijo za srčnimi in psihosomatskimi boleznimi, sladkorno boleznijo in duševnimi motnjami. Podobno tudi Lucas (2013) ugotavlja, da pri socialno izoliranih ljudeh opažajo večje tveganje za smrt kot pri ljudeh, ki imajo veliko družbenih krogov in virov čustvene podpore. Ob tem pa povzema (Stein-Parburg, 2005 cited in Lucas, 2013, p.13) in poudari preventivni vidik, da ljudje, ki so obdani z ljudmi, ki jim nudijo podporo, ostajajo bolj zdravi od ljudi, ki so socialno izolirani in nimajo družbene mreže.



Del neenakosti v zdravju lahko pripišemo tudi dostopnosti do zdravstvene oskrbe (Mackenbach, et al., 2008 cited in Buzeti, et al., 2011, p. 7). Obstajajo pomembne razlike v uporabi zdravstvenih storitev glede na socialno-ekonomski status posameznika (Couffinhal, et al., 2005). O neskladjih v zdravstvu, ki so največkrat rezultat socialnih razlik, virov in omejitev, ki jih povzročajo neenake možnosti v življenju, pišejo tudi drugi avtorji (Frolich, et al., 2006, cited in Reutter, et al., 2010, p. 2). Ugotavljajo, da imajo različni socialni razredi neenak dostop do različnih vrst sredstev (socialnih, kulturnih, ekonomskih), ki vplivajo na njihovo zmožnost, da bi preprečevali oz. blažili vzroke in posledice slabega zdravja.

Poleg finančnih in geografskih ovir so med pomembnimi razlogi za manjšo uporabo zdravstvenih storitev tudi kulturne in informacijske ovire ter pomanjkanje lastne volje (Couffinhal, et al., 2005).

Leta 2008 je CSHD (del World Health Organization (WHO)) ugotovil, da socialne razlike v zdravju naraščajo zaradi neenakosti v stanju kakovosti vsakodnevnega življenja in da so temeljni dejavniki zanje neenakost v moči, denarju in sredstvih. WHO trdi, da socialne in ekonomske neenakosti podkrepijo determinante zdravja (Marmot, 2013). Za učinkovito zmanjševanje neenakosti v zdravju je poleg tega, da jih poznamo, pomembno tudi, da vemo, kaj jih povzroča, oz. prepoznamo povezavo s socialno-ekonomskimi determinantami zdravja (Buzeti, et al., 2011).

### 2.1.3 Determinante zdravja

Determinante zdravja so posamezni dejavniki ali kombinacija teh, ki pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje (Buzeti, et al., 2011). Socialno-ekonomske determinante zdravja predstavljajo kazalniki, ki so razvrščeni v deset področij. Ti kazalniki so materialna prikrajšanost, socialni kapital, zaposlitev in brezposelnost, stanovanje in brezdomnost, izobraževanje in poklic, življenjsko okolje, zdravje, kriminal in varnost, dostopnost in etičnost (Leskošek, 2012). Skozi življenje pa se učinki socialno-ekonomskih determinant zdravja seštevajo, torej prav to kopičenje negativnih vplivov v celotnem življenjskem obdobju pomembno vpliva na razlike v zdravju in pričakovano življenjsko dobo različnih socialno-ekonomskih skupin (Buzeti, et al., 2011).

Krampač (2005) navaja, da socialne determinante zdravja vplivajo na življenjsko dobo po prestajanju nekaterih bolezni, so pa družbeni in ekonomski pogoji, ki vplivajo na to, da človek zboli, zdravstveno pomembnejši faktor za populacijo. Avtor prav tako meni, da revščina vodi k slabšemu zdravju in da imata nezdravo okolje in nezdravo vedenje škodljiv vpliv na zdravje.

»Ker se najpomembnejše determinante zdravja lahko za različne socialno-ekonomske skupine zelo razlikujejo, je zelo pomembno, da razlikujemo med socialno-ekonomskimi determinantami zdravja celotne populacije in socialno-ekonomskimi determinantami posameznih skupin prebivalstva. Npr. vpliv revščine na zdravje celotne populacije je v bogatih državah relativno majhen. Revščina je lahko razlog za 2 % vsega bremena bolezni v populaciji, hkrati pa je razlog za kar 10 % razlik v bremenu bolezni med bogato in revno skupino prebivalcev. Za lažje razumevanje vzrokov, ki povzročajo socialno-ekonomske neenakosti v zdravju, moramo razumeti vzročno verigo in mehanizme, ki vplivajo na socialno-ekonomski gradient in neenakosti v zdravju« (Diderichsen, et al., 2001, cited in Buzeti, et al., 2011, p. 19).

Krampač (2005) kot dejstva socialnih determinant zdravja izpostavlja, da v najbogatejših državah živijo dobro situirani nekaj let dlje in zbolijo za manj boleznimi kot revni, da so te razlike v zdravju družbena krivica in odsevajo nekatere najmočnejše vplive na zdravje v modernem svetu in da način življenja in pogoji, v katerih ljudje živijo in delajo, močno vplivajo na njihovo zdravje in življenjsko dobo. Avtor pravi, da ugotovitve kažejo, da revščina vodi k slabšemu zdravju, da imata nezdravo okolje in nezdravo vedenje neposreden škodljiv vpliv na zdravje enako kakor skrbi, pomanjkanje varnosti v vsakdanjem življenju in podpore okolja ter da lahko zdravstvena oskrba podaljša življenjsko dobo po prestajanju nekaterih hudih bolezni, vendar so ekonomski in družbeni pogoji, ki vplivajo na to, da človek zboli, zdravstveno pomembnejši faktor za prebivalstvo kot celoto (Krampač, 2005). Tudi tuje raziskave kažejo, da sta socialna varnost in univerzalni sistem javnega zdravstva nujen, a ne zadosten pogoj za zmanjševanje neenakosti v zdravju (Buzeti, et al., 2011).

Komisija za socialne determinante zdravja je bila ustanovljena leta 2005 s strani WHO-ja z namenom, da bi spodbudila uveljavljanje načel socialne pravičnosti. Njena glavna priporočila so izboljšanje življenjskih razmer (okolščine, v katerih se ljudje rodijo,

odraščajo, delajo, živijo in se starajo), odpravljanje nepravične distribucije moči, denarja in sredstev, merjenje razsežnosti problema, ocenjevanje ukrepanja, razširjanje baze znanja, usposabljanje strokovnjakov, ki imajo znanja s področja determinant zdravja, ter dviganje splošne ozaveščenosti o socialnih determinantah zdravja (Svetovna zdravstvena organizacija, 2009).

Nacionalni inštitut za javno zdravje v okviru Norveškega finančnega mehanizma 2009-2014 vodi projekt Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju (krajše »Skupaj za zdravje«), ki se osredotoča na razvoj pristopov v preventivnem zdravstvenem varstvu, izboljšanje dostopnosti do preventivnega varstva, krepitev zmogljivosti ter učinkovitejše medsektorsko delovanje s poudarkom na pristopih za zmanjševanje neenakosti. Poudarjeni so novi pristopi na področju preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, vključno z vzgojo za zdravje otrok, mladostnikov, nosečnic in staršev, ter novi pristopi pri preprečevanju in zmanjševanju bremena kroničnih bolezni pri odraslih (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

V programih presejanja in intervencij, ki jih načrtuje in implementira Nacionalni inštitut za javno zdravje za zdravje odraslih, je poudarek na pristopih za zmanjševanje neenakosti, kot so enaka dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev za vse, krepitev podpore, ki jo nudi zdravstveni sistem za zdravje odraslih, ter zagotavljanje podpore skupnosti pri izboljševanju zdravja odraslih (Vračko, 2014).

V okviru programa »Skupaj za zdravje« so raziskovalci ugotovili nekaj ključnih ovir, ki jih imajo ranljive skupine pri dostopu do zdravstvenih storitev, obenem pa so evidentirali možne rešitve za premostitev teh ovir. Skupina sistemskih ovir (zakonodajne ali administrativne) zahteva sistemske ukrepe. Druga skupina ovir izvira iz pomanjkanja kompetenc zdravstvenega sistema in zdravstvenih delavcev pri delu z ranljivimi skupinami. Tem oviram bo namenjena priprava ustreznih smernic, izobraževalnih programov za zvečanje kulturne kompetence zdravstvenih delavcev. K učinkovitejšemu vključevanju ranljivih skupin v preventivne programe lahko doprinese tudi vključitev kulturnih mediatorjev in tolmačev v zdravstveni sistem. Pri preventivnem delu z ranljivimi skupinami sta pomembna in nujna tudi boljša

povezanost različnih resorjev in oblikovanje medresornih storitev (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

## **2.2 PATRONAŽNO VARSTVO IN SOCIALNA PROBLEMATIKA**

### 2.2.1 Patronažno varstvo in zdravstvena nega v patronažnem varstvu

Patronažno zdravstveno varstvo zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti. Usmerjeno je v pospeševanje zdravja celotne populacije, preprečevanje bolezni in poškodb ter v zdravstveno nego bolnih in poškodovanih (Ramšak Pajk, 2012). Organizirano je kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju (Zavrl Džananović, 2010).

Delo patronažne službe je naravnano predvsem v obravnavo terena kot celote, s tem pa tudi obravnavo posameznika, družine in skupnosti v njihovem življenjskem okolju. Zagotoviti mora povezavo med institucionalnimi varstvi (zdravstvo, šolstvo, otroško varstvo, socialno skrbstvo), posamezniki oz. družinami ter skupnostmi na terenu (Geč, 2001 cited in Satler, 2010, p. 10).

Patronažna medicinska sestra opravlja patronažno varstvo pacientov na njihovem domu in v lokalni skupnosti. To pomeni, da aktivno skrbi za zdravstveno stanje pacientov v določenem zdravstvenem območju in razvija programe promocije zdravja ter tako spodbuja paciente k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družin. Poglobljeno individualno in družinsko obravnavo zahtevajo predvsem prednostne skupine prebivalstva zaradi svojih bioloških lastnosti (dojenčki, šolarji, nosečnice, starostniki itd.), zaradi spremenjenih pogojev življenja in socialne ogroženosti (priseljenci, brezdomci itd.) ter zaradi zdravstvene ogroženosti (invalidi in kronični bolniki itd.) in drugo (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998).

Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je integriran del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, lokalni skupnosti in na terenu (Železnik, et al., 2011). Usmerjena je k pacientu. Pri profesionalnem delu patronažna medicinska sestra upošteva

pacientovo individualnost, njegovo širše socialno okolje, mu daje možnost izbire in odločitve, zagotavlja psihično in fizično ugodje ter ga celostno in kontinuirano obravnava (Mernik Merc, 2010).

### 2.2.2 Obravnava pacienta s socialno problematiko

Značilnost socialne problematike opredeljuje delo z družino, s prizadetimi, z ljudmi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, z odvisniki, mladimi prekrškarji, ljudmi, ki so storili kaznivo dejanje, s trpinčenimi, z revnimi, zapuščenimi ali ljudmi brez doma, z umirajočimi in žalujočimi ter drugimi vrstami skupin ljudi, ki se soočajo s težavami vsakdanjega življenja (Zavod za zaposlovanje, 2010 cited in Bojc, 2011, p. 20).

Stroka socialnega dela spodbuja socialne spremembe, reševanje problemov v človeških odnosih in opolnomočenje ter osvoboditev ljudi za to, da se doseže večje blagostanje. S praktično uporabo teorij človeškega vedenja in socialnih sistemov socialno delo posreduje tam, kjer prihajajo ljudje v interakcije s svojimi okolji. Temeljni načeli socialnega dela sta načeli človekovih pravic in socialne pravičnosti (Mesec, 2006, p. 235).

Temeljne usmeritve pri obravnavi kompleksnih zdravstvenih in socialnih potreb ter problemov prebivalstva v državah težijo k njihovem reševanju v okolju, kjer posameznik živi. Pri tem je potrebno upoštevati, da posamezniki ostanejo polnopravni člani družbe tako dolgo, kolikor je mogoče in kolikor dolgo to želijo ali zmorejo, tudi ob pomoči različnih oblik zdravstvene in socialne pomoči, ki jo potrebujejo (Šušteršič, et al., 2006).

Človek lahko oporo poišče v domačem okolju, lahko pa mu jo nudijo druge osebe. V socialnem delu poznamo formalne in neformalne oblike pomoči oz. socialne mreže (Valjavec, 2009).

Formalna oblika pomoči je zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti, ki predstavlja izvajanje splošnih, specialnih in individualnih nalog patronažne obravnave. Vse te naloge so preventivne (Skale, 2012). Neformalna mreža pa temelji na medsebojnih odnosih in solidarnosti. Je varna zaradi osebnega odnosa in moralne obveznosti, zaradi prostorske bližine in domačnosti v odnosih (Svetina, 2001 cited in

Valjavec, 2009, p. 3). Sestavljajo jo družina, soseska, prijatelji, sodelavci, društva, v katera je posameznik včlanjen. Neformalne socialne mreže so posameznikove življenjske okoliščine. Človek se bo najprej obrnil nanje na njemu običajen, znan način (Čačinovič Vogrinčič, 1944 cited in Valjavec, 2009, p. 3).

Na žalost neformalne mreže umirajo. Med generacijami je prišlo do velikega prepada, družina ne čuti povezanosti in medsebojne potrebe. Na drugi strani so se razvile formalne oblike pomoči. Zakon o socialnem varstvu je opredelil naslednje oblike: prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini, institucionalno varstvo, vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji, pomoč delavcem v podjetjih, zavodih in pri drugih delodajalcih (Zakon o socialnem varstvu, 2004, cited in Valjavec, 2009, p. 3).

### 2.2.3 Vloga patronažne medicinske sestre v obravnavi socialne problematike

Socialno delo postaja nepogrešljiv člen v kakovostni obravnavi pacientov. Dejstvo je, da se prebivalstvo stara, da se življenjska doba podaljšuje in da je vedno več ljudi, ki pri svojem vsakdanjem življenju potrebujejo pomoč druge osebe. Skrajševanje ležalnih dob, prezasedenost v domovih za starostnike, slabo razvita mreža pomoči na domu in na drugi strani vedno bolj aktivna mlajša generacija so težave sodobnega časa in težave vse več ljudi. Zdravljenje in rehabilitacija sta močno odvisna tudi od socialno-ekonomskih razmer pacienta in njegovih svojcev (Valjavec, 2009).

Patronažna medicinska sestra je nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Dela samostojno, ne pod neposrednim zdravnikovim nadzorom, ampak v okviru zdravstvenega tima sodeluje z zdravnikom in ga redno seznanja s svojimi opažanji. Zdravstveno nego pacienta na domu izvaja na podlagi zdravnikovega delovnega naloga, v okviru pacientove družine, celostno, s psihofizičnega in socialnega vidika (Božiček 2002; Kersnik & Švab, 1997 cited in Ivetić, 2008, p. 23). Negovalna anamneza z negovalno diagnozo posameznika zajema tudi ugotavljanje sprememb v funkcionalnem stanju posameznika, ugotavljanje spremenjenih odnosov in vlog v družini, ugotavljanje vplivov zunanjega okolja na posameznika ter ugotavljanje znanja, stališč, zaznav in vrednot v zvezi z zdravjem in boleznijo posameznika (Cvetko, 2012).

Patronažne medicinske sestre so vajene prepoznavati tveganja, ki so povezana s slabim zdravjem, in snovati ukrepe za izboljšanje zdravstvenega stanja. Ker stalno delajo z

ranljivimi prebivalci, morajo postati resnično spretne pri prepoznavanju tveganj, pri katerih se da najti hitro rešitev, za posredovanja in tveganja, ki zahtevajo večji trud, ter tista, pri katerih se stanja ne da spremeniti (Maurer, 2009). Strokovno so odgovorne za ocenjevanje in ponovno ovrednotenje potreb pacienta (Goodman, et al., 2003 cited in Bliss & While, 2007, p. 23 ), kar lahko predstavlja tudi napotitev pacientov do strokovne pomoči (Bliss & While, 2007).

Z obravnavo varovanca, družine in skupnosti se srečujejo v vseh življenjskih obdobjih in situacijah. S subjektom obravnave se soočajo tako v obdobju popolnega zdravja in blagostanja kot tudi v času bolezni, poškodb, nezmožnosti in socialno-ekonomske stiske (Zavrl Džananović, 2010).

Patronažna medicinska sestra koordinira obliko pomoči na domu. Je vez med posameznikom in službami v zdravstvenem domu, s službami na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti in z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki lahko kakorkoli pripomorejo k optimalni rešitvi stanj in razmer pri posamezniku in družini, npr. Zavod za oskrbo na domu, Rdeči križ, Center za socialno delo, lokalna skupnost, Dom starejših občanov (Šušteršič, et al., 2006).

Patronažne medicinske sestre se bolj kot kadarkoli prej srečujejo z revščino, nezaposlenostjo, nasiljem, hudimi stiskami, ki se vedno najprej dotaknejo najbolj ranljivih skupin prebivalstva (Horvat, 2015). Socialno delo v patronažnem varstvu tako največkrat pomeni dolgotrajne in obširne aktivnosti v sodelovanju z več ustanovami. V glavnem gre za večplastno socialno problematiko pacientov na terenu, ki je nastajala skozi daljše obdobje (Satler, 2010).

Tako kot zdravstveno se tudi socialno obravnavo načrtuje na podlagi Pravilnika o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998). Glede na ugotovljeno stanje pri posamezniku ali družini se patronažna medicinska sestra posvetuje s službami znotraj in zunaj zdravstvenega doma, z bolnišnico, vrtcem, šolo, centrom za socialno delo, domom za starejše občane, krajevno skupnostjo, Rdečim križem, Karitasom ... (Kersnik & Švab, 1997 cited in Ivetić, 2008, p. 33). V okviru projekta Nacionalnega inštituta za javno zdravje Skupaj za zdravje so se v »Programu za krepitev zdravja« osredotočili na vlogo patronažne medicinske sestre pri

prepoznavanju ranljivih skupin ter njeni vlogi pri vključevanju neodzivnikov v preventivne preglede. Krepitev tega dela primarnega varstva z izvajanjem dodatnih nalog patronažne medicinske sestre lahko veliko doprinese k boljšemu zdravju in zmanjševanju neenakosti v zdravju. Patronažna medicinska sestra ima zelo pomembno vlogo tudi pri izvajanju preventivnih pregledov npr. pri osebah, ki zaradi oviranosti teh storitev ne morejo biti deležni v ambulantah (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).

V okviru Preventivnega programa (Program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih) načrtujejo, da bi patronažna medicinska sestra sodelovala na Odprtih vratih za zdravje na Centru za socialno delo, Karitasu ali drugih nevladnih organizacijah, izvajala Posvetovalnice v lokalni skupnosti, sprejemala informacije ob rednih patronažnih obiskih ter izvajala preventivne preglede in preventivne obravnave ter nemedikamentozne obravnave v lokalnem okolju (Horvat, 2015).



### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen raziskave je predstaviti patronažno zdravstveno varstvo ter ugotoviti vrsto in pogostost pojavljanja socialne problematike in mnenja diplomiranih medicinskih sester v patronažni dejavnosti o njihovi vlogi v obravnavi socialne problematike na terenu.

Cilji diplomskega dela:

1. Predstaviti patronažno zdravstveno varstvo z vidika obravnave socialne problematike.
2. Proučiti pojavnost socialne problematike v patronažnem varstvu.
3. Proučiti vlogo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu v obravnavi pacienta s socialno problematiko.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi zastavljenih ciljev smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšne vrste socialne problematike patronažne medicinske sestre najpogosteje odkrivajo ob obiskih pacientov?
2. Na kakšen način patronažne medicinske sestre odkrijejo socialno problematiko in kako ukrepajo v primeru odkritja?
3. Kako pogosto se patronažne medicinske sestre srečujejo s socialno problematiko na terenu?
4. V katerih okoljih bivanja (vas, predmestje, mesto) in v kateri starostni skupini pacientov patronažne medicinske sestre najpogosteje zaznajo socialno problematiko?
5. Kako pogosto patronažne medicinske sestre zaradi socialne problematike sodelujejo z drugimi ustanovami, organizacijami in posamezniki?
6. Kako patronažne medicinske sestre ocenjujejo svojo vlogo v obravnavi socialne problematike?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni neeksperimentalni metodi kvantitativnega empiričnega raziskovanja. Za pregled literature za potrebe teoretičnega in empiričnega dela naloge smo uporabili baze podatkov CINAHL, SpringerLink in COBISS. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: patronažno varstvo, patronažna medicinska sestra, socialna problematika, socialne determinante zdravja, ranljive skupine, socialni delavec, socialno delo, neenakost v zdravju ter ključne besede v angleškem jeziku: community health, district nurse, social problem, home care nurse, social worker, social care, vulnerable people.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili tehniko anketiranja. Pisni vprašalnik, ki je bil sestavljen na osnovi pregleda literature (Antolič Peternel, 2014; Buzeti et al., 2011), je bil namenjen patronažnim medicinskim sestram. Sestavljen je bil iz dveh delov. V prvem smo spraševali po demografskih podatkih, in sicer po spolu, starosti, izobrazbi in delovni dobi. V drugem delu, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa z že ponujenimi odgovori ter odprta in polodprta vprašanja, smo pridobili podatke o pojavnosti in načinih ukrepanja patronažnih medicinskih sester ob odkritju socialne problematike, o sodelovanju z drugimi organizacijami in posamezniki in njihovo mnenje o socialni problematiki. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa, ki je bil izračunan za vprašanje 8, v katerem smo uporabili Likertovo lestvico stališč z devetimi trditvami.

Koeficient Cronbach alfa je znašal 0,780, kar v strokovni literaturi pomeni dobro zanesljivost (Cenčič, 2009).

#### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Za vzorec smo izbrali patronažne medicinske sestre, zaposlene v zdravstvenih domovih (ZD) Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG), Zasebnem patronažnem varstvu Kranj in ZD Ljubljana – Center. Poslali smo 71 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 51 (ZD Bohinj 3,92 %, ZD Kranj 27,45 %, ZD Ljubljana – Center 69,12 %).

ZD Jesenice 23,53 %, ZD Radovljica 11,76 %, ZD Tržič 11,76 %, ZD Ljubljana – Center 11,76 %, zasebne patronažne medicinske sestre 98 %), kar skupno predstavlja 71,8 % realizacijo vzorca.

98 % anketiranih je bilo ženskega spola, 2% moškega spola. Starostna struktura patronažnih medicinskih sester je bila sledeča: 40 % anketiranih je bilo starih od 41 do 50 let, 34 % se jih je uvrstilo v starostni razred od 31 do 40 let, nad 51 let je bilo starih 24 % anketiranih, v najnižjem starostnem razredu od 20 do 30 let pa sta bila 2 % anketiranih. En anketiranec na to vprašanje ni podal odgovora. Največ, 70 % anketiranih, je imelo visokošolsko izobrazbo, višješolsko 17 %, srednješolsko pa 13 %. 38 % anketiranih je imelo od 20 do 30 let delovne dobe, 34 % od 10 do 20 let, nad 30 let delovne dobe je imelo 22 % anketiranih, od 5 do 10 let 4 % anketiranih, najmanj delovne dobe, do 5 let, pa je imelo 2 % anketiranih.

#### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v mesecu juliju, avgustu in septembru 2014 v OZG (ZD Bohinj, ZD Jesenice, ZD Kranj, ZD Radovljica, ZD Tržič), v Zasebnem patronažnem varstvu Kranj in v ZD Ljubljana – Center. Vprašalnike smo razdelili po pridobitvi soglasij vodstev ZD OZG, ZD Ljubljana – Center in zasebnih patronažnih medicinskih sester. Po predhodnem dogovoru z vodji posameznih patronažnih služb in zasebnic v patronažnem varstvu smo vprašalnike poslali po običajni pošti. Prav tako so nam izpolnjene vprašalnike po običajni pošti tudi vrnil. Anketiranje je bilo anonimno, anketirance smo seznanili z namenom raziskave in možnostjo zavrnitve sodelovanja.

Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS. Za spremenljivke smo vzeli frekvence, odstotke, povprečne vrednosti in standardni odklon. Statistično pomembne razlike smo preverili s testiranjem razlik povprečij. Uporabili smo t-test za neodvisne vzorce in računali Spearmanov korelacijski koeficient. Statistično pomembnost je predstavljala p vrednost  $\leq 0,05$ . Rezultate smo prikazali v grafih in tabelah.

### 3.4 REZULTATI

**Tabela 1: Mnenja patronažnih medicinskih sester o poznavanju terena**

Ali menite, da dobro poznate svoje terensko območje?	N	%
Da	39	76,0
Ne	2	4,0
Delno	10	20,0
Skupaj	51	100,0

N – število anketirancev, % - odstotek

V tabeli 1 so mnenja patronažnih medicinskih sester o poznavanju terena. Večina, to je 76 % anketiranih, meni, da dobro pozna svoje terensko območje, 20 % anketiranih je odgovorilo, da svoje območje pozna delno, 4 % anketiranih pa menijo, da svojega terenskega območja ne poznajo dobro.

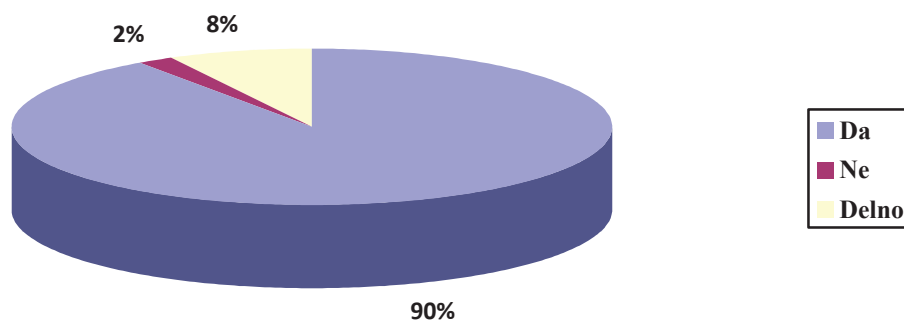
**Tabela 2: Povprečno dnevno število obiskov patronažnih medicinskih sester**

Dnevno število obiskov	N	%
1-3	0	0,0
4-5	0	0,0
6 in več	51	100,0
Skupaj	51	100,0

N – število anketirancev, % - odstotek

Tabela 2 prikazuje število obiskov, ki jih patronažne medicinske sestre povprečno opravijo na dan. Vsi anketirani so odgovorili, da dnevno opravijo šest in več obiskov.

Slika 1 prikazuje, da je 90 % anketiranih odgovorilo, da pri svojem delu zaznajo neenakosti v zdravju, 8 % anketiranih neenakosti zazna delno, 2 % anketiranih pa sta odgovorila, da pri svojem delu ne zaznavata neenakosti.



**Slika 1: Mnenja patronažnih medicinskih sester o zaznavanju neenakosti v zdravju**

**Tabela 3: Mnenja patronažnih medicinskih sester o trditvah, povezanih z neenakostjo v zdravju in socialno problematiko**

Trditve	N	Min	Max	PV	SO
Neenakosti v zdravju so velike in se povečujejo.	51	2	5	3,88	0,71
Neenakosti v zdravju lahko preprečimo in so zato nepravilne.	49	1	5	3,61	0,86
Pripadniki socialnih skupin v z nižjim socialno-ekonomskim statusom so slabšega zdravja kot pripadniki socialnih skupin, ki imajo višji socialno-ekonomski status.	49	1	5	3,73	<b>0,95</b>
Nižji socialno-ekonomski položaj je povezan v višjo umrljivostjo.	50	2	5	3,48	0,81
Delež čezmerno hranjenih in debelih odraslih je večji med prebivalci z nizkim socialno-ekonomskim položajem.	50	2	5	3,62	0,85
Socialno šibkejši obolevajo bolj pogosto.	50	2	5	3,50	0,73
Stopnja umrljivosti prebivalcev iz občin z nizko osnovo za dohodnino na prebivalca je pomembno večja kot v skupini občin z visoko osnovo za dohodnino na prebivalca.	41	1	5	<b>3,22</b>	<b>0,69</b>
Izobrazba je ključna za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju.	50	2	5	3,54	0,81
Zaposlenost in dohodek sta ključna za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju.	50	2	5	<b>3,94</b>	0,79
Prvi stik pacienta s socialno problematiko je najpogosteje na ravni primarnega zdravstvenega varstva.	49	2	5	<b>3,82</b>	0,70
Pri pojavu socialne problematike je potrebna vzpostavitev mreže zdravstvene službe z drugimi pomembnimi ustanovami.	49	3	5	4,29	<b>0,54</b>
Pacienta s socialno problematiko je potrebno obravnavati celostno, kot del družine in kot del skupnosti	49	3	5	<b>4,55</b>	<b>0,54</b>
V Sloveniji je velik delež ljudi s socialno problematiko.	49	2	5	4,12	<b>0,81</b>
Pri odkrivanju socialne problematike mora imeti medicinska sestra dovolj znanja.	48	3	5	4,31	0,55
Menim, da je vključenost socialne delavke pri reševanju socialne problematike v patronažnem varstvu pomembna.	49	3	5	4,31	0,68

N - število odgovorov, Min - minimalna vrednost, Max - maksimalna vrednost, PV - povprečna vrednost, SO - standardni odklon  
Lestvica: 1 - popolnoma se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti se niti se strinjam, 4 - se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam

Tabela 3 predstavlja trditve, povezane z neenakostjo v zdravju in s socialno problematiko. Glede neenakosti v zdravju se anketirani najbolj strinjajo v trditvi, da sta zaposlenost in dohodek ključna za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju (PV = 3,94). Najnižja stopnja strinjanja in najbolj enotni odgovori so razvidni v trditvi, da je stopnja umrljivosti prebivalcev občin z nizko osnovo za dohodnino na prebivalca pomembno večja kot v skupini občin z visoko osnovo za dohodnino na prebivalca (PV = 3,22; SO = 0,69). Glede trditev o socialni problematiki se anketirani najbolj strinjajo, da je pacienta s socialno problematiko potrebno obravnavati celostno, kot del družine in kot del skupnosti (PV = 4,55). Najmanj (PV = 3,82) se strinjajo s trditvijo, da je prvi stik pacienta s socialno problematiko najpogosteje na ravni primarnega zdravstvenega varstva.

**Tabela 4: Pogostost srečavanja patronažnih medicinskih sester z nekaterimi ranljivimi skupinami prebivalstva**

Ranljiva skupina	N	Min	Max	PV	SO
Osebe s posebnimi potrebami	51	2	4	2,88	<b>0,55</b>
Prebivalci, ki živijo pod pragom revščine	51	1	5	<b>3,25</b>	0,89
Brezdomci	50	1	4	2,14	0,93
Etnične manjšine	50	1	4	2,36	<b>0,98</b>
Spolne delavke in delavci	51	1	4	<b>1,69</b>	0,88
Uživalci drog	51	1	4	2,43	0,70
Zaporniki	50	1	3	1,70	0,68
Migranti/begunci	51	1	3	1,80	0,72
Otroci in mladostniki s težavami v odraščanju	51	1	4	2,45	0,76

N - število odgovorov, Min - minimalna vrednost, Max - maksimalna vrednost, PV - povprečna vrednost, SO - standardni odklon  
Lestvica: 1 - nikoli, 2 - redko, 3 - včasih, 4 - pogosto, 5 - največkrat

Tabela 4 prikazuje, kako pogosto se patronažne medicinske sestre srečujejo z ranljivimi skupinami prebivalstva na terenu. Najpogosteje se srečujejo s prebivalci, ki živijo pod pragom revščine (PV = 3,25), sledijo osebe s posebnimi potrebami – v tem so mnenja tudi najbolj enotna (PV = 2,88; SO = 0,55) – in otroci in mladostniki s težavami v odraščanju (PV = 2,45). Najmanj pogosto pa srečujejo spolne delavke in delavce (PV = 1,69).

**Tabela 5: Načini pridobivanja informacij o socialni problematiki glede na delovno dobo patronažnih medicinskih sester**

Informator	Skupaj					Do 20 let delovne dobe			Nad 20 let delovne dobe			t-test	p
	N	Min	Max	PV	SO	N	PV	SO	N	PV	SO		
Osebno s pogovorom	50	2	5	<b>3,73</b>	0,72	20	<b>3,53</b>	0,71	30	<b>3,89</b>	0,73	-7,13	<b>0,001</b>
Osebno z opazovanjem	50	2	5	3,69	0,73	20	3,66	0,72	30	3,73	0,75	-0,93	0,361
Zdravnik	50	1	4	3,20	0,77	20	3,44	0,71	30	3,02	0,77	10,67	<b>0,000</b>
Druge zdravstvene službe	49	1	5	2,98	0,77	20	2,99	0,78	29	2,98	0,80	0,02	0,819
Svojci	49	2	5	3,22	0,74	20	3,11	0,79	29	3,37	0,89	-3,99	<b>0,002</b>
Sosedi, sovaščani, someščani	50	2	4	3,06	0,70	20	3,53	0,89	30	2,91	0,73	27,15	<b>0,000</b>
Prijatelji pacienta	50	1	4	2,53	0,76	20	2,50	0,72	30	2,55	0,90	-0,49	0,763
CSD	50	1	5	2,75	0,80	20	2,60	0,81	30	2,80	0,89	-3,14	0,315
Druge službe	50	1	4	2,57	0,81	20	2,33	0,90	30	2,79	0,80	-16,57	<b>0,001</b>
Rdeči križ, Karitas	50	1	4	<b>1,76</b>	0,74	20	<b>1,55</b>	0,71	30	<b>1,97</b>	0,71	-10,50	<b>0,000</b>
Društva, nevladne organizacije	50	1	3	<b>1,76</b>	0,74	20	<b>1,77</b>	0,77	30	<b>1,76</b>	0,68	0,02	0,389
Krajevna skupnost	50	1	3	1,80	<b>0,69</b>	20	1,62	<b>0,68</b>	30	2,21	<b>0,67</b>	-23,99	<b>0,000</b>
Drugo	3	1	3	2,33	<b>1,16</b>	1	3,00	<b>0,00</b>	2	1,00	<b>0,00</b>	135,00	<b>0,000</b>

N - število odgovorov, Min - minimalna vrednost, Max - maksimalna vrednost, PV - povprečna vrednost, SO - standardni odklon, t-test - vrednost t-testa, p - statistična pomembnost, Lestvica: 1 - nikoli, 2 - redko, 3 - včasih, 4 - pogosto, 5 - največkrat

Tabela 5 prikazuje načine in pogostost pridobivanja informacij o socialni problematiki pacienta glede na delovno dobo patronažnih medicinskih sester. Najpogosteje jih pridobijo osebno s pogovorom (PV = 3,73). Kot viri informacij sledijo: osebno z opazovanjem (PV = 3,69), od svojcev (PV = 3,22), od zdravnika (PV = 3,20). Najmanjkrat informacije pridobijo od nevladnih organizacij (PV = 1,76). Eden od anketiranih je izbral odgovor drugo, vendar dopolnitve odgovora ni navedel. Statistično pomembne razlike glede na starostno strukturo patronažnih medicinskih sester so razvidne v naslednjih trditvah: pri načinu pridobivanja informacij osebno s pogovorom ( $p = 0,001$ ), pridobivanje informacij od zdravnika ( $p = 0,001$ ), pridobivanje informacij od svojcev ( $p = 0,002$ ), od sosedov, sovaščanov, someščanov ( $p = 0,001$ ), od drugih služb ( $p = 0,001$ ), informacije, pridobljene od Rdečega križa, Karitasa ( $p = 0,001$ ), krajevne skupnosti ( $p = 0,001$ ).

**Tabela 6: Najpogostejši način ukrepanja patronažnih medicinskih sester v primeru odkritja socialne problematike glede na njihovo starostno strukturo**

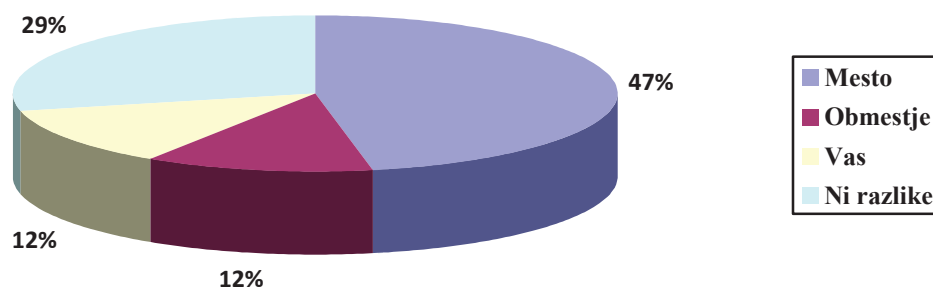
Način ukrepanja	pod 40 let			nad 40 let			skupaj			t-test	p
	N	PV	SO	N	PV	SO	N	PV	SO		
Pogovor/svetovanje pacientom	18	2,97	0,77	33	2,71	0,27	51	2,84	0,37	5,20	<b>0,001</b>
Svetovanje svojcem	18	2,83	0,69	33	2,51	0,46	51	2,67	0,58	3,41	<b>0,001</b>
Konzultacije z družinskim/osebim zdravnikom	18	2,80	0,56	33	2,59	0,36	51	2,70	0,46	2,56	<b>0,010</b>
Pogovori s sodelavci	17	2,70	0,55	32	2,60	0,40	49	2,65	0,48	1,78	0,110
Sodelovanje s Centrom za socialno delo	18	2,25	0,66	32	2,32	0,43	50	2,29	0,55	-1,21	0,240
Sodelovanje z nevladnimi organizacijami	16	1,89	0,68	30	1,22	0,53	46	1,56	0,61	4,98	<b>0,001</b>

N - število odgovorov, Min - minimalna vrednost, Max - maksimalna vrednost, PV - povprečna vrednost, SO - standardni odklon, t-test - vrednost t-testa, p - statistična pomembnost, Lestvica: 1 - nikoli, 2 - občasno, 3 - vedno

Tabela 6 prikazuje, katerih načinov ukrepanja se najpogosteje poslužujejo patronažne medicinske sestre v primeru odkritja socialne problematike pri pacientu. Najvišje povprečne vrednosti so razvidne pri pogovoru/svetovanju pacientom (PV = 2,84), v čemer so si patronažne medicinske sestre tudi najbolj enotne (SO = 0,37). Kot najmanj pogosti načini sodelovanja so izpostavljeni sodelovanje s Centrom za socialno delo (PV = 2,29) in z nevladnimi organizacijami, kjer so si v mnenju tudi najmanj enotne (PV = 1,50; SO = 0,55). Statistično pomembne razlike pri načinu ukrepanja pri patronažnih medicinskih sestrah, mlajših in starejših od 40 let, se kažejo v pogovoru s pacientom (t = 5,20; p = 0,001), pri svetovanju svojcem (t = 3,41; p = 0,001), konzultacijah z osebnim zdravnikom (t = 2,56; p = 0,010) in v sodelovanju z nevladnimi organizacijami (t = 4,98; p = 0,001).

Slika 2 prikazuje lokacije terena, kjer je socialna problematika po ocenah patronažnih medicinskih sester največja. 47 % anketiranih je mnenja, da je več socialne problematike v mestu, 29 % jih meni, da med lokacijami ni razlike, 12 % jih meni, da je socialna problematika večja v obmestju, enak delež (12 %) pa meni, da je problematika večja na vasi.





Slika 2: Delež vrste terena, kjer je socialna problematika največja

Tabela 7: Mnenja patronažnih medicinskih sester o pogostosti pojavljanja posameznih vidikov socialne problematike

Problem	N	Min	Max	PV	SO
Revščina	50	2	5	3,50	0,76
Slabi bivalni pogoji	50	2	5	3,52	0,68
Zasvojenost	50	1	4	2,86	0,83
Nasilje	50	1	4	2,52	0,76
Neenakosti v spolu	45	1	4	<b>2,51</b>	<b>0,87</b>
Slab ekonomski položaj	49	2	5	3,82	0,73
Osamljenost	50	3	5	<b>4,14</b>	0,61
Nezaposlenost	49	2	5	3,67	0,77
Socialna izključenost	47	1	5	2,94	<b>0,87</b>
Nezdrav življenjski slog	50	3	5	3,96	0,60
Drugo	3	3	4	3,33	0,58

N - število odgovorov, Min - minimalna vrednost, Max - maksimalna vrednost, PV - povprečna vrednost, SO - standardni odklon  
Lestvica: 1 - nikoli, 2 - redko, 3 - včasih, 4 - pogosto, 5 - največkrat

Tabela 7 prikazuje mnenja patronažnih medicinskih sester o pogostosti pojavljanja posameznih vidikov socialne problematike. Najpogosteje se srečujejo z osamljenostjo (PV = 4,14), sledijo nezdrav življenjski slog (PV = 3,96), slab ekonomski položaj (PV = 3,82), brezposelnost (PV = 3,67), neustrezni bivalni pogoji (PV = 3,52), revščina (PV = 3,50). Kot najmanj pogosta problema sta izpostavljena nasilje (PV = 2,52) in neenakosti v spolu (PV = 2,51). Odgovori so bili najbolj razpršeni pri trditvah v razlikah v spolu (SO = 0,87) in socialni izključenosti (SO = 0,87).

**Tabela 8: Mnenje patronažnih medicinskih sester o prevladujoči problematiki v mestu in primestju**

KODE	KATEGORIJE
Brezposelnost	Slabše ekonomsko in izobrazbeno stanje
Revščina	
Stanovanjska problematika	
Neurejeno zdravstveno zavarovanje	
Neizobraženost	
Osamljenost	Nekakovostni sožitveni odnosi
Ni pomoči svojcev	
Nezdrav način življenja	Nezdrav življenjski slog
Alkoholizem	
Odvisnost od drog	
Umazanija	

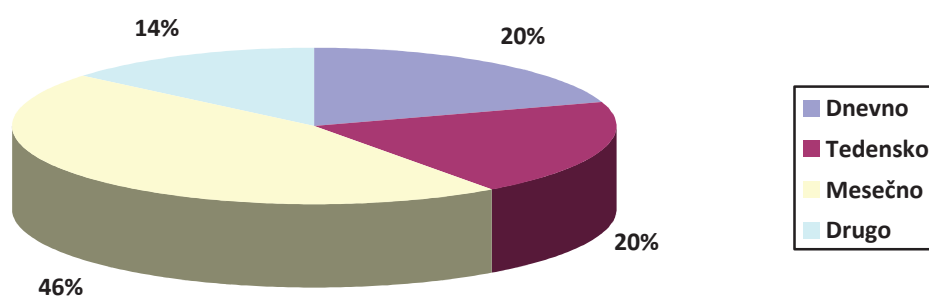
Tabela 8 prikazuje, katera problematika po mnenju patronažnih medicinskih sester prevladuje v mestu in primestju. Vprašanje je bilo odprtega tipa. Odgovorom smo določili 10 vsebinskih kod in jih uvrstili v 3 kategorije. Najpogostejša problematika v mestu sta po mnenju anketiranih slabo ekonomsko in izobrazbeno stanje, kjer prevladujeta brezposelnost in revščina, ter nekakovostni sožitveni odnosi, kjer so anketirani izpostavili predvsem osamljenost. Pojavlja se tudi nezdrav življenjski slog, kjer prevladuje alkoholizem in odvisnost od drog.

**Tabela 9: Mnenja patronažnih medicinskih sester o prevladujoči socialni problematiki na vasi**

KODE	KATEGORIJE
Revščina	Slabo ekonomsko stanje
Brezposelnost	
Neurejeno zdravstveno zavarovanje	
Zadolženost	
Slabi bivalni pogoji	
Alkoholizem	Nezdrav življenjski slog in kronične nenalezljive bolezni
Nezdrava prehrana	
Odvisnost od drog	
Kronične bolezni	Nekakovostni sožitveni odnosi
Osamljenost	
Nesoglasja v družini	

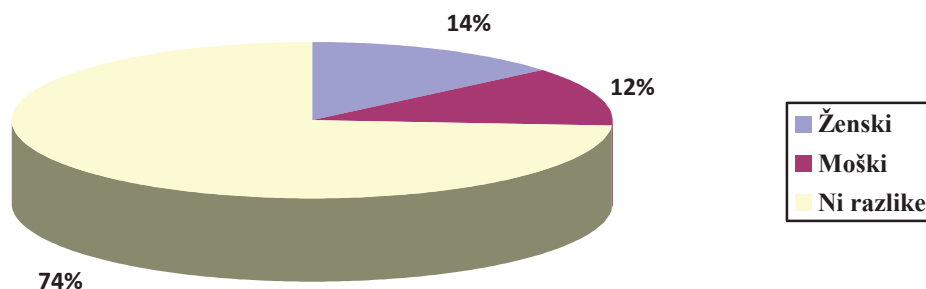
V tabeli 9 vidimo prevladujočo socialno problematiko, ki se po mnenju patronažnih medicinskih sester pojavlja na vasi. Vprašanje je bilo odprtega tipa. Odgovorom smo

določili 12 vsebinskih kod, uvrstili smo jih v 3 kategorije. Najpogostejša problematika na vasi je po mnenju anketiranih slabo ekonomsko stanje, kjer prevladuje revščina, pojavljajo se tudi neakovostni sožitveni odnosi, kjer so anketirani izpostavili predvsem osamljenost, pojavlja pa se tudi nezdrav življenjski slog z izpostavljenim alkoholizmom.



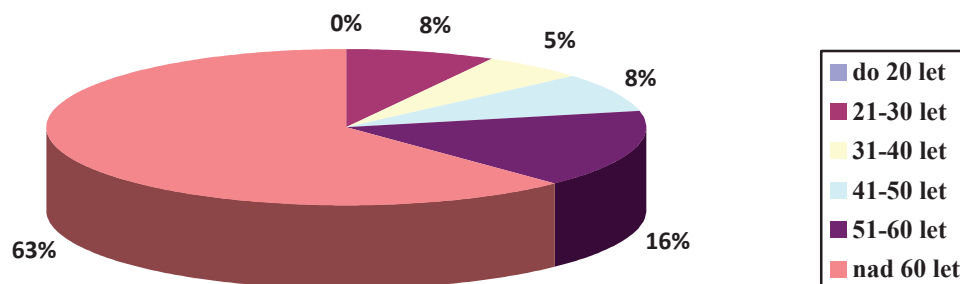
**Slika 3: Pogostost obravnave pacienta/družine s socialno problematiko**

Pogostost obravnave pacientov oz. družin s socialno problematiko prikazuje slika 3. Največkrat izbran je bil izbran odgovor, da se s takimi pacienti srečujejo mesečno, saj je tako dogovorilo 46 % anketiranih. Dnevno in tedensko se z obravnavo pacientov s socialno problematiko srečuje 20 % anketiranih. 14 % jih je pod odgovor drugo navedlo nekajkrat na leto, občasno, redko, vsak mesec.



**Slika 4: Pogostost obravnave socialne problematike glede na spol pacienta**

Slika 4 prikazuje pogostost obravnav glede na spol pacientov. 74 % patronažnih medicinskih sester je odgovorilo, da razlike v pogostosti obravnave socialne problematike glede na spol ni, 14 % jih je odgovorilo, da pogosteje obravnavajo problematiko pri ženskah, 12 % pa jih meni, da je socialna problematika pogostejša pri moških.



**Slika 5: Starostna struktura obravnavanih oseb s socialno problematiko**

Slika 5 prikazuje starostno strukturo obravnavanih oseb s socialno problematiko. 63 % anketiranih obravnava največ socialne problematike pri osebah, starih nad 60 let, 16 % anketiranih pri osebah, starih od 51 do 60 let, enak delež (8 %) obravnava socialno problematiko pri osebah med 21. in 30. letom ter med 41. in 50. letom. 5 % anketiranih obravnava paciente s socialno problematiko najpogosteje v starosti od 31 do 40 let.

Anketiranim smo postavili odprto vprašanje, katera problematika je najpogostejša v posamezni starostni skupini. Odgovore, ki smo jih dobili, smo kodirali in uredili v kategorije.

Pri vprašanju, katera problematika je najpogostejša pri mladih (tabela 10), smo iz odgovorov določili 12 vsebinskih kod, ki smo jih uvrstili v 3 kategorije. Največ anketiranih je izpostavilo slabo ekonomsko stanje, kjer prevladuje brezposelnost, sledi nezdrav življenjski slog, pri katerem so izpostavljene droge. Anketirani izpostavljajo tudi psihosocialno problematiko odraščanja, kjer izpostavljajo nezmožnost samostojnega življenja.

**Tabela 10: Mnenja patronažnih medicinskih sester o najpogostejši socialni problematiki pri mladih**

KODE	KATEGORIJE
Brezposelnost	Slabo ekonomsko stanje
Stanovanjski problemi	
Revščina	
Droge	Nezdrav življenjski slog
Alkoholizem	
Nezdravo življenje	
Kajenje	
Nezmožnost samostojnega življenja	Psihosocialna problematika odraščanja
Ni volje do življenja	
Preveč časa	
Težave v odraščanju	
Nasilje	

**Tabela 11: Mnenja patronažnih medicinskih sester o najpogostejši socialni problematiki pri srednji generaciji**

KODE	KATEGORIJE
Brezposelnost	Slabo ekonomsko stanje
Revščina	
Preobremenjenost	Psihosocialna problematika
Preveč časa	
Alkoholizem	Nezdrav življenjski slog
Nezdravo življenje	
Kajenje	
Uživanje drog	
Slabi medgeneracijski odnosi	Nekakovostni sožitveni odnosi
Ločitev	
Mobing v službi	
Nasilje	

Pri vprašanju, katera problematika je najpogostejša pri srednji generaciji (tabela 11), smo iz odgovorov, ki smo jih dobili na zastavljeno vprašanje, določili 12 vsebinskih kod, ki smo jih uvrstili v 4 kategorije. Največ anketiranih je izpostavilo slabo ekonomsko stanje, kjer prevladujeta brezposelnost in revščina, psihosocialno problematiko, predvsem preobremenjenost, nezdrav življenjski slog, kjer so izpostavili alkoholizem in nekakovostne sožitvene odnose.

V tabeli 12 vidimo, katera problematika je po mnenju patronažnih medicinskih sester najpogostejša pri starejših. Iz odgovorov na zastavljeno vprašanje smo določili 15 vsebinskih kod, ki smo jih uvrstili v 4 kategorije. Največ anketiranih meni, da je

najpogostejša problematika pri starejših v nekakovostnih sožitvenih odnosih, kar je povezano z osamljenostjo ostarelih. Izpostavili so tudi slabo ekonomsko stanje, predvsem revščino. Po njihovem mnenju se pojavljajo tudi neurejene stanovanjske razmere in kronična obolenja.

**Tabela 12: Mnenja patronažnih medicinskih sester o socialni problematiki pri starejši generaciji**

KODE	KATEGORIJE
Osamljenost	Nekakovostni sožitveni odnosi
Slab odnos mlajših	
Socialna izključenost	
Revščina	Slabo ekonomsko stanje
Nezmožnost poskrbeti zase	
Nizki dohodki	
Nezmožnost plačevanja oskrbe na domu	
Zadolženost	
Slaba prehrana	Neurejene stanovanjske razmere
Bivalni pogoji	
Umazanija	
Alkoholizem	Kronična obolenja
Zasvojenost	
Telesne bolezni, slabše zdravstveno stanje	

**Tabela 13: Izvajanje preventivnih obiskov pri pacientih s socialno problematiko**

Preventivni obiski	N	%
Da	38	84,0
Ne	7	16,0
Skupaj	45	100,0

N - število anketiranih, % - odstotek

Tabela 13 prikazuje, da 84 % patronažnih medicinskih sester izvaja preventivne obiske pri pacientih s socialno problematiko, 16 % pa teh obiskov ne izvaja.

V tabeli 14 so prikazani razlogi neizvajanja preventivnih obiskov, po katerih smo povprašali patronažne medicinske sestre, ki so na zgornje vprašanje odgovorile negativno. Kot razlog so navedle spremembe pravil zdravstvenega zavarovanja – neupoštevanje obiskov s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije –

neobveščanje patronažne službe s strani drugih služb in pomanjkanje časa zaradi preveč kurative.

**Tabela 14: Vzroki neizvajanja preventivnih obiskov pri pacientih s socialno problematiko**

Odgovor	f
Zaradi spremembe pravil zdravstvenega zavarovanja: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ne upošteva obiskov	4
Ni obveščanja patronažne službe	2
Premalo časa - preveč kurative	1
Skupaj	7

f - frekvenca

**Tabela 15: Mnenja patronažnih medicinskih o koristnosti obiskov pri pacientih s socialno problematiko**

Koristnost preventivnih obiskov	N	%
Zelo koristni	10	24,0
Koristni	15	37,0
Koristni, vendar se počutim nemočno pri reševanju problemov	14	37,0
Nekoristni	1	2,0
Nimam časa za preventivni obisk pri pacientu s socialno problematiko	0	0,0
Skupaj	40	100,0

N - število anketiranih, % - odstotek

Tabela 15 prikazuje oceno koristi preventivnih obiskov patronažnih medicinskih sester pri pacientih s socialno problematiko. Da so preventivni obiski koristni, je odgovorilo 37 % patronažnih medicinskih sester, prav tako jih 37% meni, da so koristni, vendar se počutijo nemočne pri reševanju problemov. 24 % anketiranih meni, da so preventivni obiski zelo koristni, samo 2 % pa menita, da so preventivni obiski nekoristni.

Tabela 16 prikazuje odgovore na odprto vprašanje, koga pri svojem delu najpogosteje vključijo v reševanje odkrite problematike. Več kot polovica anketiranih pri svojem delu najpogosteje sodeluje s Centrom za socialno delo, tretjina pa najpogosteje v reševanje problematike vključuje zdravnika in zdravstveno službo za reševanje zdravstvenih problemov. V manj primerih sodelujejo tudi s svojci, humanitarnimi

organizacijami, negovalko, krajevno skupnostjo in socialno delavko občine. Nekateri anketirani so omenili tudi sodelovanje z vodjo patronažne službe in županom.

**Tabela 16: Koga patronažne medicinske sestre najpogosteje vključujejo v reševanje socialne problematike**

Odgovor	%
Center za socialno delo	66,67
Zdravnik, splošna ambulanta, druge službe	37,25
Svojci	13,73
Humanitarne organizacije	7,84
Negovalka	5,88
Krajevna skupnost	3,92
Socialna delavka občine	3,92
Vodja patronažne službe	1,96
Župan	1,96

% - odstotek

Tabela 17 prikazuje načine ukrepanja patronažnih medicinskih sester v posameznih primerih odkrite problematike. S Centrom za socialno delo se najpogosteje povežejo v primeru odkrite revščine (52,94 %) in slabih bivalnih pogojev (37,25 %), zasvojenosti (71,43 %), odkritju slabega ekonomskega stanja (52,94 %), nezaposlenosti (29,41 %), pri odkritju druge socialne problematike (19,62 %). S pacientom se najpogosteje pogovorijo in mu svetujejo v primeru nezdravega življenjskega sloga (58,82 %), pri osamljenosti (29,41 %) in socialni izključenosti (35,29 %). Z zdravnikom stopijo v stik pri odkritju nasilnega vedenja (71,43 %) in neenakosti med spoloma (23,53 %).



**Tabela 17: Ukrepanje patronažnih medicinskih sester v primeru odkritja socialne problematike**

Socialna problematika	Revščina %	Slabi bivalni pogoji %	Življenjski slog %	Zasvojenost %	Nasilno vedenje %	Neenakosti med spoloma %	Slab ekonomski položaj %	Osamljenost %	Nezaposlenost %	Socialna izključenost %	Druge socialna problematika %
Ukrepi											
Napotitev v humanitarne organizacije	19,61	0	0	0	0	0	11,76	5,88	1,96	0	1,96
Obvestijo – posvet s Centrom za socialno delo	<b>52,94</b>	<b>37,25</b>	15,69	<b>71,43</b>	43,14	17,65	<b>52,94</b>	19,62	<b>29,41</b>	27,45	<b>19,62</b>
Posvet z zdravnikom	17,65	17,65	27,45	41,18	<b>71,43</b>	<b>23,53</b>	17,65	19,62	19,62	23,53	15,69
Posvet s sodelavci	5,88	5,88	5,88	5,88	5,88	7,84	5,88	5,88	5,88	7,84	5,88
Posvet in/ali vključitev negovalke	5,88	3,92	3,92	3,92	3,92	3,92	3,92	3,92	3,92	3,92	3,92
Poskrbijo za enkratno denarno pomoč, oskrbo z oblačili	7,84	0	0	0	0	0	3,92	0	0	0	1,96
Pogovor, svetovanje, zdravstvena vzgoja	17,65	23,53	<b>58,82</b>	23,53	21,57	17,65	19,61	<b>29,41</b>	21,57	<b>35,29</b>	0
Ureditev in motivacija za vključitev v skupine za zdravljenje odvisnosti	0	0	<b>0</b>	5,88	0	0	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0
Usmeritev v druge delavnice, skupine	0	0	5,88	0	0	0	0	9,80	3,92	3,92	1,96
Obvestilo in vključitev svojcev, bližnjih	13,73	25,49	7,84	13,73	11,76	7,84	11,76	27,45	13,73	19,62	9,80
Nemočni – brez ukrepov	0	0	1,96	0	0	0	0	0	0	0	0

% - odstotek

**Tabela 18: Sodelovanje patronažnih medicinskih sester z drugimi ustanovami, institucijami in posamezniki**

Ustanova, posamezniki, institucije	VISOKOŠOLSKA IZOBRAZBA					SREDNJEŠOLSKA IZOBRAZBA					$\chi^2$	p
	N	Min	Max	PV	SO	N	Min	Max	PV	SO		
Socialna delavka	43	2	5	3,60	0,90	7	2	4	3,00	0,34	18,71	<b>0,040</b>
Osebni zdravnik	43	2	5	4,26	0,72	7	3	5	4,20	0,31	9,78	0,220
Specialisti – bolnišnica	41	1	5	2,94	0,91	7	2	4	2,80	0,44	5,87	0,810
Humanitarne organizacije	43	1	4	2,40	0,97	7	1	3	2,00	0,29	33,22	<b>0,000</b>
Društva	41	1	4	1,98	0,78	7	1	2	1,70	0,17	24,56	<b>0,000</b>
Svojci	42	1	5	4,10	0,82	7	3	5	4,13	0,23	12,11	0,170
Drugi	1	3	3	3,00	0,00	0					0,00	0,000

N - število odgovorov, Min - minimalna vrednost, Max - maksimalna vrednost, PV - povprečna vrednost, SO - standardni odklon,  $\chi^2$  - vrednost hi kvadrat testa, p - statistična pomembnost, Lestvica: 1 - nikoli, 2 - redko, 3 - včasih, 4 - pogosto, 5 - največkrat

V tabeli 18 vidimo, kako pogosto anketirani sodelujejo z drugimi ustanovami, institucijami in posamezniki pri reševanju socialne problematike. Najpogosteje sodelujejo z osebnim zdravnikom, kjer so si v odgovorih tudi najbolj enotni (PV = 4,26, SO = 0,72). Sledita sodelovanje s svojci (PV = 4,10) in socialno delavko (PV = 3,60). Najmanj sodelujejo s specialisti v bolnišnicah (PV = 2,94) in humanitarnimi organizacijami (PV = 2,40). Rezultati kažejo statistično pomembne razlike glede na izobrazbo medicinskih sester pri sodelovanju s socialnimi delavkami (p = 0,040), humanitarnimi organizacijami (p = 0,001) in z društvi (p = 0,001).

**Tabela 19: Ocena patronažnih sester o usposobljenosti, znanju in izkušnjah v obravnavi socialne problematike**

Sposobnosti	N	Min	Max	PV	SO
Znanje	48	2	5	3,42	0,58
Izkušnje	49	1	5	3,41	0,79
Usposobljenost za prepoznavanje	49	2	5	<b>3,45</b>	0,68
Usposobljenost za ukrepanje	49	2	5	3,22	0,80

N - število odgovorov, Min - minimalna vrednost, Max - maksimalna vrednost, PV - povprečna vrednost, SO - standardni odklon  
Lestvica: 1- nezadostno, 2 - zadostno, 3 - dobro, 4 - zelo dobro, 5 - odlično

Tabela 19 prikazuje ocene znanj, izkušenj in usposobljenosti patronažnih medicinskih sester v obravnavi socialne problematike. Vse so štiri naštetih postavke ocenile s

povprečnimi vrednostmi med dobrim in zelo dobrim. Najvišje ocenjena je sposobnost za prepoznavanje (PV = 3,45), najslabše pa usposobljenost za ukrepanje (PV = 3,22). Najbolj enotni odgovori so pri postavki znanje (SO = 0,58), najmanj pa pri usposobljenosti za ukrepanje (SO = 0,80).

**Tabela 20: Ocena vloge patronažnih medicinskih sester v obravnavi socialne problematike**

KODE	KATEGORIJE
Aktivno ukrepanje	Strokovno reševanje socialne problematike
Pomembna vloga pri odkrivanju, reševanju problematike	
Pomembno, ker je na terenu, v stiku s pacientom	
Možnost timske obravnave, skupni obiski in reševanje problematike s socialno delavko in osebnim zdravnikom	
Zna zaznati, a preobremenjena	Neučinkovita, omejena vloga
Nerešljivi finančni problemi	
Premajhna povezava s Centrom za socialno delo	
Neučinkovita vloga	
Omejena vloga	
Premalo izkušenj	
Pasivna	

Na vprašanje, kako patronažne medicinske sestre ocenjujejo svojo vlogo v obravnavi socialne problematike, smo dobili odgovore, ki smo jih razvrstili v 11 kod, te pa združili v 2 kategoriji. Največ (18) anketiranih svojo vlogo ocenjuje kot možnost strokovnega reševanja socialne problematike, ki vključuje tudi timski pristop, kjer so izpostavili aktivno sodelovanje z zdravnikom in s socialno delavko. Ostali anketirani svojo vlogo ocenjujejo kot neučinkovito in omejeno, pri čemer je problem v premajhni povezavi s Centrom za socialno delo in s preobremenjenostjo zaposlenih.

Na zadnje odprto vprašanje, v katerem smo anketirance spraševali po mnenju v zvezi s socialno problematiko, je iz odgovorov razvidno premajhno sodelovanje s Centrom za socialno delo ter premajhna povezanost med Zdravstvenim domom in Centrom za socialno delo. Socialni delavci so hudo obremenjeni, veliko je birokracije. Vse manj ljudi si lahko privoščijo zdravo prehrano, dobre bivalne pogoje, pomoč na domu.

### 3.5 RAZPRAVA

Cilj naše raziskave je bil predstaviti patronažno zdravstveno varstvo z vidika obravnave socialne problematike. Raziskava je bila usmerjena k medicinskim sestram, zaposlenim v patronažnem varstvu. Več kot polovica anketiranih ima nad 20 let delovne dobe in povprečno opravijo več kot šest obiskov dnevno, iz česar lahko sklepamo, da imajo veliko znanja in izkušenj, kar naj bi pripomoglo k boljšemu odnosu in razumevanju tudi socialno ogroženih pacientov. Kelly in Symonds (2003 cited in Vetrnik, 2014, p. 37) navajata, da mora imeti medicinska sestra zaupljiv in empatičen odnos do pacienta s socialno problematiko, saj ji ta tako veliko lažje zaupa svojo stisko in žalost. Na ta način lahko patronažna medicinska sestra skupaj s socialno ogroženim pacientom ugotavlja, kakšne so najboljše rešitve za nastalo situacijo in kaj posameznik lahko pri tem sam stori.

Večina anketiranih patronažnih medicinskih sester pri svojem delu zaznava neenakosti v zdravju. V visoki meri se strinjajo, da se neenakosti povečujejo, ter ugotavljajo, da sta zaposlenost in dohodek ključna za zmanjševanje socialnih razlik v zdravju. Prav tako menijo, da so nedopustne nizke pokojnine. Neenakosti v zdravju so prisotne v vseh državah, tako v državah v razvoju kot v razvitih državah, so velike in se marsikje povečujejo (Buzeti, et al., 2011). Isti avtorji (2011) navajajo, da so analize pokazale, da v Sloveniji socialno-ekonomski pogoji pomembno vplivajo na življenjske navade prebivalcev, da med različnimi socialno-ekonomskimi skupinami prebivalcev obstajajo pomembne razlike v obolevnosti in da razlike med prebivalstvom vplivajo tudi na pričakovano trajanje življenja. Večmesečne raziskave v okviru projekta Skupaj za zdravje razkrivajo, da se z nezavarovanostjo soočajo tudi nekatere nove skupine prebivalcev, npr. samozaposleni in drugi prekarni delavci, ki ne zmorejo plačati prispevkov za zdravstveno zavarovanje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).

Skoraj polovica anketiranih mesečno obravnava pacienta s socialno problematiko. Strinjajo se, da je delež socialno ogroženih ljudi velik, menijo, da je potrebna celostna obravnava, z vključitvijo družine in skupnosti. Najpogosteje se srečujejo s prebivalci, ki živijo pod pragom revščine, najmanjkrat pa obravnavajo spolne delavke/delavce. Poleg omenjene socialne problematike se na terenu srečujejo tudi z osebami s posebnimi potrebami, z brezdomci, etničnimi manjšinami, uživalci drog, zaporniki, migranti ter

otroki in mladostniki s težavami v odrasčanju. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je stopnja revščine v letu 2013 znašala 14,5 %, kar je za odstotek več kot leto prej. Stopnja tveganja socialne izključenosti se je zvišala z 19,6 % na 20,4 %. Revščina pomeni, da oseba nima dostopa do dobrin, storitev, varnosti in moči, ki jih ljudje potrebujemo, da lahko uživamo človekove pravice. Pomeni marginalizacijo in diskriminacijo (Amnesty International, 2011).

Polovica patronažnih medicinskih sester največ socialne problematike zaznava v mestu. Slaba četrtina anketiranih pojav pogosteje opaža na vasi in v obmestju. Rezultati so skladni z raziskavo Cvetko (2013), katere rezultati prav tako kažejo, da se revščina pogosteje pojavlja v mestnem okolju, manj pogosta pa je v izvenmestnih okoljih. Antolič Peternel (2014) je v svoji raziskavi z vidika alkoholne problematike ugotovila, da je po mnenju patronažnih medicinskih sester alkoholna problematika pogostejša v vaškem okolju, manj v obmestju in najmanj v mestih.

Patronažne medicinske sestre socialno problematiko najpogosteje odkrijejo med obiskom na domu pacienta, in sicer osebno s pogovorom in z opazovanjem. O problematiki jo informirajo tudi svojci. Tudi Kobal (2012) je v svoji raziskavi ugotovila, da je pacientova družina lahko dodaten vir informacijo o pacientu. La Motte (2012) opozarja na pomembno dejstvo, da patronažna medicinska sestra v veliki večini pridobi zaupanje posameznika in družine, kar ji omogoča realen pogled na stanje posameznika ter tako lahko razume in analizira svoje ugotovitve in koordinira delo med posameznikom in drugimi službami. Ob obisku na domu se srečuje z velikim številom podatkov pri ugotavljanju stanja oz. razmer, na osnovi katerih oblikuje negovalno diagnozo, načrtuje in izvaja zdravstveno nego ter jo vrednosti (Šušteršič, 2008).

Rezultati raziskave kažejo, da se patronažna medicinska sestra, ko ugotovi prisotnost socialne problematike, najprej pogovori s pacientom in mu svetuje. Pogosto se obrne na zdravnika, posvetuje pa se tudi s svojci in sodelavci. V obravnavo vključuje tudi socialno delavko. Patronažne medicinske sestre se strinjajo, da je pri pojavu socialne problematike potrebna vzpostavitev mreže zdravstvene službe z drugimi pomembnimi ustanovami oz. službami. V primeru odkritja revščine in zasvojenosti se najpogosteje povežejo s Centrom za socialno delo. Ob zaznavi nezdravega življenjskega sloga in

socialne izključenosti se najpogosteje pogovorijo s pacientom in mu svetujejo. Če pa odkrijejo nasilno vedenje, se najpogosteje posvetujejo z zdravnikom. Kobal (2012) je v svoji raziskavi ugotovila, da večina diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu obvešča osebnega zdravnika o pacientovem zdravstvenem stanju. Satler (2010) navaja, da socialna delavka pogosto pomaga patronažnim medicinskim sestram pri reševanju socialne problematike. Patronažne medicinske sestre morajo dobro poznati svoj teren in vedeti, s katerimi organizacijami in službami na tem območju se lahko povežejo, da lahko načrtujejo zdravstveno nego in usmerjajo socialno ogroženega posameznika ali skupino ter pomagajo urejati pomoč in poiskati rešitve iz socialne stiske (Železnik, et al., 2011).

Socialno problematiko patronažne medicinske sestre najpogosteje zaznajo pri osebah, ki so starejše od 60 let. Leta 2011 je delež starostnikov med obravnavanimi pacienti v patronažnem varstvu znašal že 87 % (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014). Po 65. letu se vse pogosteje pojavijo zdravstvene težave, zato bi starostniki potrebovali obiske patronažne medicinske sestre, ki bi jih spodbudila k aktivnemu staranju, ohranitvi zdravja in nudenju pomoči za kakovostnejše življenje v domačem okolju (Skale, 2012). Pri starejših se najpogosteje pojavljata osamljenost in revščina. Tudi Ownova (2007) v raziskavi ugotavlja, da se s starostjo povečuje tveganje za osamljenost in socialno izolacijo. Slaba desetina anketiranih starostnikov je vedno ali zelo pogosto osamljena (Owen, 2007).

Po mnenju patronažnih medicinskih sester razlike med spoloma glede socialne problematike niso opazne. V nasprotju pa podatki Statističnega urada Republike Slovenije (2007) kažejo, da stopnja socialne izključenosti in revščine ranljivih skupin ni enaka pri obeh spolih. V večini držav Evropske unije so ženske bolj izpostavljene revščini kot moški. Amnesty International (2011) navaja, da so ženske in dekleta na vseh kontinentih in v vseh družbah izpostavljene zakonski, politični in vsakodnevni diskriminaciji pri dostopanju do različnih storitev, možnosti in dobrin. Revščina je tudi bolj razširjena med starši samohranilci, ovdovelimi starostniki in družinami z več kot tremi otroki (Matković, et al., 2007), kar v naši raziskavi nismo dodatno raziskovali.

Rezultati raziskave kažejo, da večina patronažnih medicinskih sester opravlja preventivne obiske, ki se jim zdijo koristni, se pa obenem počutijo nemočne pri reševanju problemov. Patronažna medicinska sestra lahko v okviru preventivne dejavnosti samostojno planira in v skladu s Pravilnikom o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) opravi dva obiska letno pri pacientih z mišičnimi, živčno-mišičnimi boleznimi, paraplegijo, tetraplegijo, multiplo sklerozo, cerebralno paralizo, osebah z motnjami v razvoju, invalidih in kronično bolnih osebah, ki so stare več kot 65 let in so osamele in socialno ogrožene (Zakon o zdravstvenem varstvu iz zdravstvenem zavarovanju, 1992). Drugih obiskov pa Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije ne financira.

Ugotovitve raziskave kažejo, da patronažne medicinske sestre v srednji generaciji najpogosteje opažajo brezposelnost in alkoholizem. Podobno stanje kažejo tudi rezultati raziskave (Antolič Peternel, 2014), v kateri avtorica ugotavlja, da je največ čezmernih pivcev starih med 51 in 60 let. Glede brezposelnosti podobno potrjujejo rezultati raziskave (Šverko, et al., 2006), in sicer da so najbolj ogrožene osebe za brezposelnost starejše od 45 let, z nižjo izobrazbo in dolgotrajno nezaposlene.

Med mladimi opažajo zasvojenost z drogami in prav tako kot v srednji generaciji brezposelnost. Leta 2006 je bila stopnja brezposelnosti najvišja med mladimi osebami (15–24 let), in sicer 13,9 % (Statistični urad Republike Slovenije, 2007). Rezultati raziskave (Strojinc, 2009) kažejo, da vse mlajši otroci segajo po drogah in da jim pogosto pomenijo pomoč iz stiske. V Sloveniji je izstopajoča droga alkohol. Izsledki raziskave (Kovše & Hočevár, 2011) kažejo, da se opija in redno pije alkoholne pijače relativno velik delež slovenskih mladostnikov, delež pa se s starostjo povečuje.

Ugotavljamo, da patronažne medicinske sestre svoje znanje, izkušnje ter usposobljenost za prepoznavanje in ukrepanje ocenjujejo s povprečnimi vrednostmi od dobre do zelo dobre. Rezultati raziskave, ki jo je opravila Satler (2010), kažejo podobne rezultate, da je večina anketiranih patronažnih medicinskih sester prepričanih, da imajo dovolj znanj in izkušenj za odkrivanje socialne problematike, prav tako pa tudi veliko pripomorejo k reševanju le te. V naši raziskavi dobra polovica anketiranih svojo vlogo v obravnavi socialne problematike ocenjuje kot pomembno in aktivno v sodelovanju z zdravnikom

in s socialno delavko. Druga polovica anketiranih pa meni, da je njihova vloga neučinkovita, omejena in da imajo premalo izkušenj. Kljub temu da nismo spraševali o potrebah po izobraževanju, sklepamo, da bi bila ta potrebna glede na njihove ugotovitve, da imajo premalo izkušenj. Potrebo po dodatnem izobraževanju s področja reševanja socialne problematike navajajo tudi rezultati raziskave avtorice Satler (2010). Patronažne medicinske sestre imajo pomemben položaj, da prepoznajo dejavnike tveganja, škodljive za zdravje, in so pomemben člen med posameznikom in okoljem, ki posameznika obdaja (Leach & Burton Shepherd, 2013). Zato je potrebno izvajalcem preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni zagotoviti informacijsko podporo z jasno določeno dostopnostjo podatkov in ažurnimi povratnimi informacijami ter kontinuirano izobraževanje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

V nadaljnjih raziskavah bi lahko vključili patronažne medicinske sestre še iz drugih regij. Z razširitvijo vzorca bi pridobili podatke iz različnih regij in jih primerjali. Raziskavo bi bilo smiselno razširiti tudi na druge poklicne skupine, ki so povezane in najpogosteje sodelujejo s patronažnimi medicinskimi sestrami v obravnavi socialne problematike (socialne delavce). Zanimivo je, da 66,67 % anketiranih najpogosteje vključuje v reševanje socialne problematike Center za socialno delo, obenem pa jih ta le redko oz. včasih informira o odkriti socialni problematiki, zato bi bilo potrebno poglobiti sodelovanje med patronažnimi medicinskimi sestrami in Centrom za socialno delo. V nadaljnjih raziskavah bi lahko tudi raziskovali, med katerimi posamezniki oz. skupinami je revščina bolj razširjena (starši samohranilci, ovdoveli starostniki, družine z več otroki).



## 4 ZAKLJUČEK

V Sloveniji socialna problematika narašča. Zaradi različnih stopenj gospodarske razvitosti, demografskih in družbenih sprememb se vedno bolj srečujemo z revščino, brezposelnostjo in hudimi stiskami, ki najprej prizadenejo najbolj ranljive skupine prebivalstva. S tem so povezane tudi neenakosti v zdravju.

Patronažne medicinske sestre se dnevno srečujejo z osebami v socialnih stiskah. Z vsoto potrebno zdravstveno nego in oskrbo posameznikom in družinam pomagajo pri vzpostavljanju ustreznega funkcionalnega stanja glede na njihovo ogroženost in v svojem delovanju stremijo k zagotavljanju oz. izboljševanju kakovosti življenja pacientov tudi z vidika socialnega stanja in enakosti v zdravju. Za kvalitetno opravljanje dela in uspešno reševanje socialne problematike je pomembno timsko sodelovanje in povezovanje.

Ugotovitve raziskave kažejo, da patronažne medicinske sestre na terenu opažajo neenakosti v zdravju ter odkrivajo socialno problematiko oz. prepoznavajo ogrožene posameznike in skupine prebivalcev. Pri reševanju odkrite socialne problematike ima velik pomen tudi sodelovanje z drugimi organizacijami oz. institucijami (Center za socialno delo, nevladne organizacije), ki pa se je izkazal za premalo izkoriščenega. Pri odkrivanju in reševanju socialne problematike imajo patronažne medicinske sestre pomembno vlogo. Način dela na terenu in prisotnost v intimni družinski klimi pacientov in v lokalni skupnosti jim omogoča dostop in vpogled v življenje pacientov ter pridobitev njihovega zaupanja. S tem pacienti s socialno problematiko obravnavajo celostno, kot del družine in kot del skupnosti. To predstavlja potencial, ki bi se ga morali zavedati družba, politika in stroka.

Neenakostim v zdravju in socialni problematiki bo v prihodnosti zagotovo potrebno posvetiti več pozornosti. Dejstva, kot so demografske spremembe z vidika staranja prebivalstva, gospodarska situacija in družbene razmere, od stroke zdravstvene nege zahtevajo aktivno vključevanje in ukrepanje. Posebno pozornost bo v prihodnosti potrebno posvetiti starim ljudem. Ker pa se patronažne medicinske sestre vedno pogosteje srečujejo z neenakostmi v zdravju in s tem povezano socialno problematiko, je pomembno tudi nenehno izobraževanje in usposabljanje, ki jim omogoča

kakovostnejše delo s socialno ogroženimi pacienti. Brez izobraževanja, usposabljanja ter timskega sodelovanja pa kakovosti ne moremo pričakovati.

## 5 LITERATURA

Amnesty International, 2011. *Spoštuj moje pravice, spoštuj moje dostojanstvo*. Available at : [http://www.mzz.gov.si/fileadmin/pageuploads/Zunanja\\_politika/ZDH/Ozavescanje\\_javnosti/Didakticna\\_gradiva/Revscina\\_in\\_clovekove\\_pravice.pdf](http://www.mzz.gov.si/fileadmin/pageuploads/Zunanja_politika/ZDH/Ozavescanje_javnosti/Didakticna_gradiva/Revscina_in_clovekove_pravice.pdf) [Accessed at 5 May 2014].

Antolič Peternel, M. 2014. *Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi alkoholizma v družini: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Bliss, J. & While, A., 2007. District nursing and social work: paliative and continuing care delivery. *British Journal Community Nursing*, 12(6), pp. 268-72.

Bojc, A., 2011. *Emocionalno delo socialnih delavcev v Sloveniji: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Buzeti, T., Djomba, J.K., Gabrijelčič Blenkuš, M., Ivanuša, M., Jeriček Klanšček, H., Kelšin, N., Kofol Bric, T., Koprivnikar, H., Korošec, A., Kovše, K. Maučec Zakotnik, J., Mihevc Ponikvar, B., Nadrag, P., Paulin, S., Pečar, J., Pečar Čad, S., Rok Simon, M., Tomšič, S., Truden Dobrin, P., Zadnikar, V. & Zver, E. 2011. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. In: T. Buzeti, M. Gabrijelčič Blenkuš, M. Gruntar Činč, M. Ivanuša, J. Pečar, S. Tomšič, P. Truden Dobrin & B. Vrabič Kek, eds. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 11-41. [pdf] Available at: [http://cZR.si/files/neenakosti\\_v\\_zdravju\\_v\\_sloveniji\\_615.pdf](http://cZR.si/files/neenakosti_v_zdravju_v_sloveniji_615.pdf) [Accessed at 5 May 2014].

Buzeti, T. & Gobec, M., 2012. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 51(1), pp. 75-79.

Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Couffinhal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P.Y., Grignon, M., Jusot, F., Lavis, J., Naudin, F. & Polton, D., 2005. Policies for reducing inequalities in health, what role can the health system play? A European perspective. Part I: Determinants of social inequalities in health and the role of the healthcare system. *Issues in health economics*, 93(2), pp. 1-8.

Cvetko, J., 2013. *Vpliv revščine na zdravje ljudi, ki živijo v domačem okolju: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Dekleva, B. & Razpotnik, Š., 2007. Definiranje brezdomstva in merjenje njegovega obsega. *Socialna pedagogika*, 11(1), pp. 1-36.

Dokmanac, M., 2009. *Zaposlovanje, brezposelnost in aktivna politika zaposlovanja v območni službi Celje: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo.

Drnovšek, F., Vrhovec, D., Gomezelj, S., Hudoklin, U., Lesjak, J., Manojlovič, A. & Kobe, K., 2011. *Neenakosti v dostopnosti in dosegljivosti zdravstvenega varstva in ranljive skupine*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Evropska komisija, 2012. *Vaše pravice iz socialne varnosti v Sloveniji*. [pdf]. Available at:

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Slovenia\\_sl.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Slovenia_sl.pdf) [Accessed 20 March 2015].

Horvat, M., 2015. *Vključevanje patronažne službe v izvajanju "Programa integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih"*. In: J. Farkaš Lainščak, I. Huber & K. Mlakar, eds. *Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju odraslih. Zreče, 14. maj 2015*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: [http://www.skupajzazdravje.si/media/horvat\\_zrece\\_14052015.pdf](http://www.skupajzazdravje.si/media/horvat_zrece_14052015.pdf) [Accessed 6 September 2015].

Ivetić, V., 2008. Sodelovanje zdravnika družinske medicine in patronažne medicinske sestre pri paliativni oskrbi. In: Z. Koletnik ed. 2. *Strokovno srečanje Patronažna*

medicinska sestra ob umirajočem bolniku. *Spodnji Duplek*, 15 april 2008. Spodnji Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, pp. 31-39.

Kobal, K., 2012. *Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu in njena vloga v družini: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Kovše, K. & Hočevar, T., 2011. Pitje alkoholnih pijač. In: H. Jeriček Klanšček, S. Roškar, H. Koprivnikar, V. Pucelj, M. Bajt & T. Zupanič, eds. *Neenakosti v zdravju povezanih vedenjskih slovenskih mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravje Republike Slovenije, pp. 216-227.

Krampač, I., 2005. *Socialne determinante zdravja – Trdna dejstva, izziv in perspektiva evropskega programa zdravih mest Svetovne zdravstvene organizacije*. Maribor: Zavod za zdravstveno varstvo Maribor, Center za spremljanje zdravstvenega varstva prebivalstva in promocija zdravja, Izobraževalni center Pekre, pp. 40-47.

La Motte, E., 2012. The nurse as a social worker. *Public health nursing*, 29(2), pp. 185-7.

Leach, K. & Burton Shepherd, A., 2013. The role of nurses in commissioning services within primary care. *British Journal Community Nursing*, 18(4), pp. 187-92.

Leskošek, V., 2012. Social determinants of health: the indicators for measuring the impact of poverty on health. *Zdravstveno varstvo*, 51(1), pp. 21-32.

Lucas, S., 2013. The missing link: district nurses as social connection for older people with type 2 diabetes mellitus. *British Journal Community Nursing*, pp. 18(8), 390-7.

Marmot, M., 2013. *Health inequalities in the EU – Final report of a consortium*. [pdf]. European Commission Directorate-General for Health and Consumers. Available at: [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/healthinequalitiesineu\\_2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf) [Accessed 5 May 2014].

Matković, T., Šučur, Z. & Zrinščak, S., 2007. Inequality, Poverty, and Material Deprivation in New and Old Members of European Union. *Croatian Medical Journal*, 48(5), pp. 636-652.

Maurer, F.A., 2009. Vulnerable populations. In: C.M. Smith, ed. *Community/public health nursing practice: health for families and populations*. United States: Elsevier, pp. 531.

Mernik Merc, A., 2010. Odnos med patronažno medicinsko sestro in pacientom. In: P. Metlikovič, L. Verbič, K. Valenček, H. Cvetko & S. Krebs, eds. *6. strokovno srečanje Združenja ZPMS. Murska Sobota, 25. november 2010*. Krško: Združenje patronažnih medicinskih sester, pp. 20-29.

Mesec, B., 2006. Očarani z močjo. *Socialno delo*, 45(3/5), pp. 235-247.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadevi in enake možnosti, n.d. *Socialnovarstvene storitve*. [pdf] Available at: [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/socialnovarstvene\\_storitve/](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/) [Accessed 10 May 2015].

Ministrstvo za zdravje, 2013. *Kriteriji za ugotavljanje sprejemljivosti planov s stališča pristojnosti varovanja zdravja ljudi pred vplivi iz okolja v postopkih celovite presoje vplivov na okolje*. [pdf] Available at: [http://www.mz.gov.si/uploads/media/Kriteriji\\_MZ\\_CPVO-2013.pdf](http://www.mz.gov.si/uploads/media/Kriteriji_MZ_CPVO-2013.pdf) [Accessed 10 May 2015].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Gibanje obiskov in zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije od leta 2007 do 2011*. Available at: [http://www.ivz.si/podatkovne\\_zbirke?pi=5&\\_5\\_Filename=attName.png&\\_5\\_MediaId=6436&\\_5\\_AutoResize=false&pl=46-5.3](http://www.ivz.si/podatkovne_zbirke?pi=5&_5_Filename=attName.png&_5_MediaId=6436&_5_AutoResize=false&pl=46-5.3) [Accessed 17 December 2014].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Skupaj za zdravje*. Available at: <http://www.nijz.si/skupaj-za-zdravje> [Accessed 8 May 2015].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Skupaj za zdravje. Bilten*. Available at: <http://us11.campaign-archive1.com/?u=406b61a9b044a8b852e7194a8&id=73a4f5ff5b&e=c4e76bb69d> [Accesed 30 September 2015].

Nolimal, D., 2008. Socialna vključenost in zdravje: posebej ogrožene skupine in pomen terenskega dela v zdravstvu. *Isis*, 17(2), pp. 56-61.

Owen, T., 2007. Working with socially isolated older people. *British Journal of Community Nursing*, (12)3, pp. 115-6.

Peckover, S. & Chidlaw, G.R., 2007. The (un)-certainties of district nurse in the context of cultural diversity. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), pp. 377-85.

*Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*, 1998. Uradni list Republike Slovenije št. 19.

Ramšak Pajk, J., 2012. Obravnava neozdravljivo bolnih v patronažnem varstvu in teoretični modeli. In: M. Horvat, ed. *Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja: zbornik predavanj z recenzijo*. Nova Gorica, 19.-20. april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 86-96.

*Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020*, 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 39.

Reutter, L. & Eastlick Kushner, K., 2010. 'Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*. 17(3), pp. 269–280.

Satler, T., 2010. *Patronažna medicinska sestra in socialna dejavnost: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Skale, M., 2012. *Preventivni obiski patronažne medicinske sestre pri starostniku: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Statistični urad Republike Slovenije, 2007. Dejstva o ženskah in moških v Sloveniji. In: P. Vertot, M. Urbas, Zobec I. D. Weiss & A. Poklač, eds. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije.

Straughair, C., 2011. Safeguarding vulnerable adults: the role of the registered nurse. *Nurse standards*, 25(45), pp. 49-56.

Strban, G., 2005. *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Strojinc, N., 2009. *Zdravstveno stanje mladih: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Svetovna zdravstvena organizacija, 2009. *Zmanjševanje razlik v času ene generacije*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Šverko, B., Galić, Z. & Maslić Seršić, D., 2006. Nezaposlenost i socijalna isključenost: longitudinalna studija. *Revija za socialnu politiku*, 13(1), pp. 1-14.

Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, A. & Brložnik, M., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega- nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 247-252.

Šušteršič, O., 2008. Družina kot subjekt v patronažni zdravstveni negi. *Patronažna zdravstvena nega nosečnice, novorojenčka in dojenčka. 3. strokovno srečanje, Žalec, 4. november*. Žalec: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, pp. 14-5.

Valjavec, M., 2009. Vloga socialne službe pri obravnavi pacientov v času hospitalizacije – multidisciplinarni pristop pri oskrbi starejših in kronično bolnih. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Želenik & D. Klemenc, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.–13. maj 2009*. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege



Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Veternik, L., 2014. *Vloga patronažne medicinske sestre pri socialno ogroženem pacientu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Vračko, P., 2014. *Skupaj za zdravje – za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju. Program integriranega preprečevanja kroničnih bolezni pri odraslih v Sloveniji*. [pdf] Available at: <http://www.skupajzazdravje.si/media/2461-7714.pdf> [Accesed 5 May 2014].

*Zakon o socialnem varstvu*, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 54.

*Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 9. Available at: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=74309> [Accesed 5 May 2014].

Zavrl Džananović, D., 2010. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 117-25.

Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., Filej, B., Vidmar, I., Šušteršič, O., Peroša, M., Fras, D., Rihtar, A. & Kutin, P., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

World health organization, 2009. *Health determinants*. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/health-determinants> [Accesed 20 Januar 2014].

World health organization, 2003. *Social determinants of health: the solid fact. Second edition*. In: R. Wilkinson & M. Marmot, eds. Oxford: Oxford University Press. Available at: <http://www.google.si/books?hl=sl&lr=&id=QDFzqNZZHLMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=>

social+problems+in+community+health&ots=xTwJcIVlky&sig=JJ7qxCGkSHffYrZho  
ACKmQSUUe8&redir\_esc=y#v=onepage&q&f=false [Accesed 15 March 2014].

World Health Organization, 2013. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: executive summary*. UCL Institute of Health Equity. Available at: <https://www.instituteofhealthequity.org/projects/who-european-review> [Accesed 17 December 2014]

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

Spoštovani, sem Špela Mihelič. Absolventka Visoke sole za zdravstveno nego Jesenice in opravljam raziskavo za diplomsko delo z naslovom "Socialna problematika v patronažnem varstvu" pod mentorstvom Erike Povšnar, pred.

Anketa je popolnoma anonimna in namenjena izključno v raziskovalne namene. Za sodelovanje v anketi se vam že vnaprej zahvaljujem!

#### **1. Starost:**

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

#### **2. Spol:**

- a) Ž
- b) M

#### **3. Izobrazba:**

- a) Srednja
- b) Višja
- c) Univerzitetna
- d) Drugo

#### **4. Delovna doba:**

- a) Do 5 let
- b) Nad 5 do 10 let
- c) Nad 10 do 20 let
- d) Nad 20 do 30 let
- e) Nad 30 let

**5. Ali menite, da dobro poznate svoje terensko območje?**

- a) Da
- b) Ne
- c) Delno

**6. Koliko obiskov povprečno opravite na dan?**

- a) 1-3
- b) 4-5
- c) Nad 5

**7. Ali pri svojem delu zaznate neenakosti v zdravju?**

- a) Da
- b) Ne
- c) Delno

**8. V tabeli je navedenih nekaj trditvev, ki se nanašajo na neenakosti v zdravju. Izrazite stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami, tako, da obkrožite ustrezno številko trditve.**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Popolnoma se ne strinjam</b>	<b>Se ne strinjam</b>	<b>Niti se ne, niti se strinjam</b>	<b>Se strinjam</b>	<b>Popolnoma se strinjam</b>
Neenakosti v zdravju so velike in se povečujejo.	1	2	3	4	5
Neenakosti v zdravju lahko preprečimo in so zato nepravilne.	1	2	3	4	5
Pripadniki socialnih skupin v z nižjim socialno-ekonomskim statusom so slabšega zdravja kot pripadniki socialnih skupin, ki imajo višji socialno-ekonomski status.	1	2	3	4	5
Nižji socialno-ekonomski položaj je povezan v višjo umrljivostjo.	1	2	3	4	5
Delež čezmerno hranjenih in debelih odraslih je večji med prebivalci z nizkim socialno-ekonomskim položajem.	1	2	3	4	5

Socialno šibkejši obolevajo bolj pogosto.	1	2	3	4	5
Stopnja umrljivosti prebivalcev iz skupine občin z nizko osnovo za dohodnino na prebivalca je pomembno večja kot v skupini občin z visoko osnovo za dohodnino na prebivalca.	1	2	3	4	5
Izobrazba je ključna za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju.	1	2	3	4	5
Zaposlenost in dohodek sta ključna za zmanjševanje socialnih neenakosti v zdravju.	1	2	3	4	5

**9. Kako pogosto se srečujete z navedenimi ranljivimi skupinami prebivalstva na terenu?**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Nikoli</b>	<b>Redko</b>	<b>Včasih</b>	<b>Pogosto</b>	<b>Največkrat</b>
Osebe s posebnimi potrebami	1	2	3	4	5
Prebivalci, ki živijo pod pragom revščine	1	2	3	4	5
Brezdomci	1	2	3	4	5
Etične manjšine	1	2	3	4	5
Spolne delavke in delavci	1	2	3	4	5
Uživalci drog	1	2	3	4	5
Zaporniki	1	2	3	4	5
Migranti/begunci	1	2	3	4	5
Otroci in mladostniki s težavami v odraščanju	1	2	3	4	5

**10. Na kakšen način odkrijete socialno problematiko pri pacientu?**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Nikoli</b>	<b>Redko</b>	<b>Včasih</b>	<b>Pogosto</b>	<b>Vedno</b>
Osebo s pogovorom	1	2	3	4	5
Osebo z opazovanjem	1	2	3	4	5
Informira me zdravnik	1	2	3	4	5

Informacije pridobim od drugih zdravstvenih služb	1	2	3	4	5
Informacije pridobim od svojcev	1	2	3	4	5
Informacije pridobim od sosedov, sovaščanov, someščanov	1	2	3	4	5
Informacije pridobim od prijateljev pacienta	1	2	3	4	5
Informacije pridobim od CZSD	1	2	3	4	5
Informacije pridobim od drugih služb	1	2	3	4	5
Informacije pridobim od Rdečega križa, Karitasa	1	2	3	4	5
Informacije pridobim od društev, nevladnih organizacij	1	2	3	4	5
Informacije pridobim iz krajevne (lokalne) skupnosti	1	2	3	4	5
Drugo (dopišite): _____	1	2	3	4	5

### 11. Katerega načina ukrepanja se najpogosteje poslužujete?

	<b>1</b> <b>Nikoli</b>	<b>2</b> <b>Občasno</b>	<b>3</b> <b>Vedno</b>
Pogovora/svetovanja pacientom	1	2	3
Svetovanja svojcem	1	2	3
Konzultacije z družinskim/osebim zdravnikom	1	2	3
Pogovorim se s sodelavci	1	2	3
Sodelovanje s CSZD	1	2	3
Sodelovanje z nevladnimi organizacijami	1	2	3
Drugo: _____	1	2	3

### 12. Na kateri lokaciji vašega terena je socialna problematika večja?

- a) Mesto
- b) Obmestje
- c) Vas
- d) Ni razlike

**13. Katera problematika prevladuje na posameznih lokacijah? (dopišite)**

a) V mestu:

---

b) V obmestju:

---

c) Na vasi:

---

**14. Kako pogosto se srečujete z obravnavo pacienta/družine s socialno problematiko?**

a) Dnevno

b) Tedensko

c) Mesečno

d) Drugo (dopišite): \_\_\_\_\_

**15. Pri katerem spolu pogosteje obravnavate socialno problematiko?**

a) Ženski

b) Moški

c) Ni razlike

**16. Kakšna je povprečna starost oseb s socialno problematiko?**

a) < 20 let

b) 21-30 let

c) 31-40 let

d) 41-50 let

e) 51-60 let

f) > 60 let

**17. Kakšna problematika je najpogostejša v posamezni starostni skupini? (dopišite)**

a) Pri mladih:

---

b) V srednji generaciji:

\_\_\_\_\_

c) Pri starejših:

\_\_\_\_\_

**18. Ali izvajate preventivne obiske pri pacientih s socialno problematiko?**

a) Da

b) Ne

Če ne, zakaj ne: \_\_\_\_\_

**19. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z da, kako koristni se vam zdijo preventivni obiski pri pacientih s socialno problematiko?**

a) Zelo koristni

b) Koristni

c) Koristni, vendar se počutim nemočno pri reševanju problemov

d) Nekoristni

e) Nimam časa za preventivni obisk pri pacientu s socialno problematiko

**20. Kako pogosto se srečujete z naštetimi problemi?**

	<b>1 Nikoli</b>	<b>2 Redko</b>	<b>3 Včasih</b>	<b>4 Pogosto</b>	<b>5 Največkrat</b>
Revščina	1	2	3	4	5
Bivalni pogoji	1	2	3	4	5
Nezdrav življenjski slog	1	2	3	4	5
Zasvojenost	1	2	3	4	5
Nasilje	1	2	3	4	5
Spol (neenakost, razlike)	1	2	3	4	5
Slab ekonomski položaj	1	2	3	4	5
Osamljenost	1	2	3	4	5
Nezaposlenost	1	2	3	4	5
Socialna izključenost	1	2	3	4	5
Drugo (dopišite):	1	2	3	4	5

**21. Kako v posameznih primerih ukrepate, ko odkrijete socialno problematiko na terenu?**

- revščina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



- bivalni pogoji:

---

---

- nezdrav življenjski slog:

---

---

- zasvojenost:

---

---

- nasilje:

---

---

- spol:

---

---

- slab ekonomski položaj:

---

---

- osamljenost:

---

---

- nezaposlenost:

---

---

- socialna izključenost:

---

---

- drugo:

---

---

**22. Koga pri svojem delu najpogosteje vključite v reševanje odkrite socialne problematike pri pacientu?**

---



---

**23. Kako pogosto sodelujete z drugimi ustanovami, institucijami in posamezniki pri reševanju socialne problematike na terenu?**

	<b>1 Nikoli</b>	<b>2 Redko</b>	<b>3 Včasih</b>	<b>4 Pogosto</b>	<b>5 Največkrat</b>
Socialna delavka	1	2	3	4	5
Osebni zdravnik	1	2	3	4	5
Specialisti – bolnišnica	1	2	3	4	5
Center za socialno delo	1	2	3	4	5
Humanitarne organizacije (Rdeči križ, Karitas,...)	1	2	3	4	5
Društva (bolnikov, ...)	1	2	3	4	5
Svojci	1	2	3	4	5
Drugo (dopišite): _____	1	2	3	4	5

**24. V tabeli je navedenih nekaj trditev. Izrazite strinjanje z navedenimi trditvami s pomočjo Likertove lestvice. Obkrožite številko v stolpcu z ustrežno trditvijo.**

	<b>1 Se sploh ne strinjam</b>	<b>2 Se ne strinjam</b>	<b>3 Niti se ne strinjam/niti se strinjam</b>	<b>4 Se strinjam</b>	<b>5 Zelo se strinjam</b>
Prvi stik pacienta s socialno problematiko je najpogosteje na ravni primarnega zdravstvenega varstva.	1	2	3	4	5
Pri pojavu socialne problematike je potrebna vzpostavitev mreže zdravstvene službe z drugimi pomembnimi ustanovami.	1	2	3	4	5
Pacienta s socialno problematiko je potrebno obravnavati celostno, kot del družine in kot del skupnosti.	1	2	3	4	5
V Sloveniji je velik delež ljudi s socialno problematiko.	1	2	3	4	5
Pri odkrivanju socialne problematike mora imeti medicinska sestra dovolj znanja.	1	2	3	4	5
Menim, da je vključenost socialne delavke pri reševanju socialne problematike v patronažnem varstvu pomembna.	1	2	3	4	5

**25. Kako ocenjujete svoje znanje in izkušnje, usposobljenost za prepoznavanje in ukrepanje v primeru socialne problematike na terenu?**

	<b>Nezadostno</b>	<b>Zadostno</b>	<b>Dobro</b>	<b>Zelo dobro</b>	<b>Odlično</b>
Znanje	1	2	3	4	5
Izkušnje	1	2	3	4	5
Usposobljenost za prepoznavanje	1	2	3	4	5
Usposobljenost za ukrepanje	1	2	3	4	5

**26. Kako ocenjujete svojo vlogo v obravnavi socialne problematike? (dopišite)**

---



---



---

**27. Če imate še kakšno dodatno mnenje v zvezi z socialno problematiko in v vprašalniku niste imeli možnosti, da bi ga izrazili, ga prosimo dopišite.**

---

---

---

---

Hvala!