



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**STAREJŠI NAD 85 LET IN NJIHOV POGLED
NA ZDRAVJE IN PRIMARNO ZDRAVSTVO**

**THE ELDERLY AGED OVER 85 AND THEIR
VIEWS ON HEALTH AND PRIMARY
HEALTH CARE**

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred. Kandidatka: Alma Hilić

Jesenice, november, 2017

ZAHVALA

Najlepše se zahvaljujem mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., za vso neizčrpno in strokovno pomoč, usmeritve in potrpežljivost, ki mi jo je namenila pri nastajanju diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi recenzentkama Marjani Bernot, viš. pred., in doc. dr. Simoni Hvalič Touzery za opravljeno recenzijo diplomskega dela.

Toplo se zahvaljujem Ani za lektoriranje diplomskega dela. Hvala Marjeti in Lili za vso pomoč in podporo pri ustvarjanju dela. Hvaležna sem sošolkama Joži in Miji za neizmerno podporo in spodbudo, ki sta mi jo nudili v času študija.

Še posebej pa se zahvaljujem svoji celotni družini in fantu Senadu za neizmerno spodbujanje. Hvala, ker ste me podpirali, mi stali ob strani in ves čas verjeli vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zaradi daljšanja življenjske dobe in manjše rodnosti v Sloveniji hitro narašča število starostnikov nad 85 let. Starostniki si želijo ostati čim dlje zdravi in sposobni za samostojno življenje, zato je pomembno njihovo mnenje o tem, kako ohranjati čim daljšo samostojnost in kako so pri ohranjanju le-te zadovoljni s pomočjo primarnega zdravstva.

Cilj: Cilj diplomskega dela je spoznavanje dejavnikov in vrednot, ki imajo največjo vlogo pri ohranjanju kakovostnega življenja starostnika.

Metoda: Raziskava temelji na deskriptivni metodi dela. Uporabljen je kvalitativni raziskovalni pristop. Za instrument zbiranja podatkov pa smo uporabili nestandardiziran, polstrukturiran vprašalnik. Sodelovalo je 13 namensko izbranih pacientov Zdravstvenega zavoda Revita, starih nad 85 let. Intervjuji so bili izvedeni na domu starostnikov v februarju in marcu 2016. Podatke smo obdelali z vsebinsko analizo besedila.

Rezultati: Analiza je podala osnovno kategorijo (Potrebe starostnikov pri soočanju s starostjo) in štiri podkategorije (Doživljanje starosti, Potrebe po zdravstveni oskrbi, Vloga družine, doma in pomembnih drugih in Pogled in doživljanja starostnikov). V starosti na dolgo samostojno življenje in delo po večini vpliva prisotnost zdravja. Starostnikom največje težave predstavlja fizična bolečina. Za pomoč se obračajo na mlajše člane družine, ki so se izkazali za pomemben člen pri vzdrževanju samostojnega življenja starostnika, ter na formalne oblike pomoči. Starostniki navajajo zadovoljstvo z obravnavo na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, kljub temu pa neradi zahajajo v ambulanto družinske medicine. Kot najbolj pomembne in cenjene lastnosti osebja navajajo prijaznost, pozornost in sposobnost empatije.

Razprava: Starostniki gledajo na zdravje kot na priložnost za daljšo samostojnost in sposobnost zadovoljevanja lastnih potreb ter delo. Nezmožnost za samostojnost jim predstavlja veliko stisko in občutek izgube nadzora nad lastnim življenjem. Za realen prikaz stanja bi bilo raziskavo smiselno izvesti na večjem številu starostnikov, živečih v različnih krajih Slovenije, z različno dostopnostjo do zdravstvenih storitev.

Ključne besede: starost, zadovoljstvo starostnikov, primarno zdravstveno varstvo, zdravje, samoocena zdravja

SUMMARY

Background: As life expectancy is increasing and birth rate decreases, Slovenia is faced with the rapid growth of population over the age of 85. Elderly people would like to stay healthy and independent for as long as possible, which is why their opinion on how to achieve that with the help of primary healthcare is important.

Goals: The goal of the thesis is to get to know the factors and values which are the most important for maintaining the quality of life for the elderly.

Methods: The research was based on the descriptive method. We used qualitative research work to achieve our results. A non-standardized, half-structured questionnaire was used to gather data. The participants were 13 purposively selected patients of Revita Health Institute, all above the age of 85. We gathered the data at their homes in February and March 2016 and processed it using the content analysis method.

Results: We categorized the results into one main category: »The needs of the elderly when facing with aging« and four sub-categories: »How they experience aging«, »Their needs for health care«, »The role of family, their home and other significant others« and »Experiences of the elderly«. In the old age, long-term independent living and work are influenced by the health condition. The largest problem seems to be the physical pain they experience. They mostly turn to younger members of the family for help and assistance. The elderly are satisfied with primary health care; however, they are not very enthusiastic about visiting family medical clinics. When it comes to health care personnel, they value kindness, attention and empathy the most.

Discussion: The elderly believe that their health is the most important when it comes to keeping their independence and the capability of taking care of themselves, as well as when it comes to work. The inability to retain independence distresses them and results in the sense of a loss of control over one's own life. For a realistic view of the situation, it would make sense to carry out the research on a larger number of elderly people living in different parts of Slovenia with different levels of access to health services.

Key words: aging, satisfaction of the elderly, primary healthcare, health, self-health reflection

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	STAROST IN STARANJE	3
2.1.1	Življenjska doba nekoč in danes	4
2.1.2	Bolezni, ki znižujejo kakovost življenja starostnikov	5
2.1.3	Kakovostno in aktivno staranje	6
2.1.4	Samoocena zdravja.....	7
2.2	POMEN SOCIALNIH OMREŽIJ ZA ZDRAVJE	8
2.2.1	Družba kot pomemben člen za zdravje starostnika.....	8
2.2.2	Vloga in pomen družine za zdravje starostnika (medgeneracijsko sožitje) ...	10
2.3	VLOGA PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SKRBI ZA STAREJŠE LJUDI.....	11
2.3.1	Primarno zdravstveno varstvo in ambulanta družinske medicine.....	11
2.3.2	Patronažno zdravstveno varstvo v skrbi za starejše	12
2.3.3	Komunikacija in odnosi med medicinsko sestro in pacientom.....	14
3	EMPIRIČNI DEL	17
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	17
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	17
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	18
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	18
3.3.2	Opis merskega instrumenta	18
3.3.3	Opis vzorca.....	19
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	20
3.4	REZULTATI	20
3.4.1	Samoocena zdravja.....	20
3.4.2	Doživljanje starosti.....	23
3.4.3	Vloga družine, doma in pomembnih drugih	25
3.4.4	Potrebe po zdravstveni oskrbi	29
3.4.5	Pogled in doživljanje starostnikov	32

3.5 RAZPRAVA.....	35
4 ZAKLJUČEK.....	42
5 LITERATURA.....	44
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Prikaz glavne teme s kategorijami in pripadajočimi podkategorijami in kodami	23
---	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Prikaz skupine treh trditev, ki ponazarjajo, kolikšne težave ima posameznik v petih »aktivnostih« na tisti dan, ko je vprašan po samooceni zdravja.....	21
Tabela 2: Prikaz povprečne vrednosti in standardnega odklona samoocene zdravja starostnikov na lestvici od 1 do 100 ter njihove povprečne starosti.....	22

SEZNAM KRAJŠAV

SNIPH	Swedish National Institute of Public Health
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
WHO	World Health Organization

1 UVOD

Kaj pomeni starost ali biti star, je na ravni posameznika, to je stvar osebnega stališča in občutkov njega samega. Vsak starostnik je edinstvena oseba, ki ima svoje lastnosti, potrebe, misli in čustva. Treba pa se je zavedati, da starost ni vedno ovira, je le obdobje, ki je lahko ravno tako aktivno in bogato kakor ostala življenjska obdobja. Vsekakor pa sta za uspešno staranje pomembna dobro počutje in sposobnost prilagajanja na spremembe, ki jih prinaša starost (Ramovš, 2013; Skela Savič, 2010).

Staranje pogosto spremljajo številne zdravstvene težave, še posebej zaradi daljšanja življenjske dobe pa so te težave velikokrat dolgoročne in pogojene z različnimi boleznimi (Mirc & Čuk, 2010). Imperl (2012) pravi, da je dolžnost družbe kot take, da starejšim zagotovi ustrezno zaščito, varnost in oskrbo, ko to potrebujejo, in jim tako omogoči najboljši možen način za njihovo udejstvovanje v kakovostnem staranju.

Ker staranje pogosto spremljajo številne zdravstvene težave, le-te povečujejo potrebo po zdravstvenem varstvu. Hvalič Tuzery (2007) pravi, da projekcije in trendi torej kažejo na to, da bo starostnikov, ki so potrebni dolgotrajne oskrbe, v prihodnosti vse več, in si pri tem zastavlja pomembno vprašanje, kdo bo starostnikom to oskrbo nudil. Ob tem pa tudi Slamnik (2009) prihaja do ugotovitve, da strokovnjaki vse bolj opozarjajo na to, da se družba sooča z razpadanjem medgeneracijske solidarnosti, in poudarja, da je tradicionalna skrb družine in sosedstva za onemolega starega človeka vedno manjša.

Maček in sodelavci (2011) menijo, da je družina zelo pomemben člen posameznikovega življenja za zagotavljanje zdravja in kakovosti življenja, in dejstvo je, da so ustrezni socialni odnosi v domačem okolju dejavnik, ki starostniku zagotavlja socialno varnost, lažje sprejemanje sprememb in zadovoljstvo z življenjem v starosti. Torej na ohranjanje zdravja in blažitev težav nima vpliva le formalno zdravstveno varstvo, temveč tudi ohranjanje neformalnih vezi.

Petek Šter (2010) omenja, da starostniki predstavljajo približno 16,5 % populacije in skoraj tretjino vseh obiskov v splošnih ambulantah (29,5 %). Obiski starostnikov

načeloma predstavljajo veliko daljši čas obravnave kot pri mlajših osebah in obravnavajo več zdravstvenih problemov ob enem obisku. Veliko pa je tudi takšnih starostnikov, ki zaradi narave bolezni nimajo možnosti obiska splošnih ambulant, bodisi zaradi svojih bioloških lastnosti, spremenjenih pogojev življenja ali socialne ogroženosti. V skrb za te varovance se vključujejo patronažne medicinske sestre skupaj z ostalimi zdravstvenimi delavci in sodelavci ter družinskimi člani (Horvat, 2011).

Za kakovostno življenje starostnikov je odgovorna celotna družba, zato Ramovš (2013) poudarja, da je skrb za kakovostno staranje ter posebej oskrbo starejših in onemoglih treba pravično porazdeliti med človeško lastno odgovornost, med njegove domače ter civilno in javno sfero. Zato želimo v diplomskem delu ugotoviti, katere so največje težave, povezane z zdravjem, s katerimi se spopadajo starostniki, ter kolikšne pomoči so ob tem deležni s strani svojcev, okolice in formalnega zdravstva.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 STAROST IN STARANJE

Človek se vse življenje stara. To je proces, ki ga ne moremo preprečiti, prične se že z oploditvijo in traja vse življenje. Je proces, ki vse do danes še ni v celoti raziskan. Večina strokovnjakov pa se strinja, da je staranje ljudi posledica različnih vplivov skozi življenje (Milavec Kapun, 2011).

Ramovš (2013) opredeljuje staranje kot individualen proces. Posameznika v življenju ne definira le kronološka oziroma koledarska starost, ki jo imamo po navadi v mislih, kadar govorimo o starosti, temveč tudi funkcionalna starost. Ta je tista, ki se kaže v slabitvi osebnih sposobnosti, zlasti pomembnih za opravljanje vsakdanjih aktivnosti. Poleg navedenih pa poznamo tudi doživljajsko staranje, ki pa je subjektivno doživljanje svoje starosti, zaradi katere je staranje proces, ki ga vsaka oseba doživlja in zaznava drugače ter se pri vsakem človeku kaže na drugačen način.

Na proces staranja in doživljanja starosti pa vplivajo mnogi dejavniki, ki ga bodisi pospešujejo ali zavirajo. Lampe in Poljšak (2011) v svojem članku opredelujeta tri glavne dejavnike, ki bistveno vplivajo na zdravo staranje, in sicer gensko predispozicijo, na katero nimamo vpliva, okolje, v katerem živimo in na katerega lahko vplivamo le delno, in pa življenjske navade, na katere lahko sami bistveno vplivamo.

Staranje prebivalstva pomeni povečanje deleža prebivalstva nad določeno starostno mejo (običajno 65 let), ob hkratnem zmanjšanju števila otrok, mlajših od 15 let, in ob podaljšanju življenjske dobe prebivalcev. Dolgo časa se je med starostnike uvrščalo stare 60 let in več in ravno zaradi podaljševanja življenjske dobe se je sčasoma ta prag dvignil na 65 let in več (SURS, 2010; Šircelj, 2009). Nekoč je bila povprečna človeška življenjska doba trideset let, še v devetnajstem stoletju so ljudje umirali pri petdesetih, danes je povprečna življenjska doba več kot sedemdeset let in stalno narašča, starejši pa postajajo vse bolj aktivni in samostojni. Zatorej starost ni bolezen, je le eno izmed

obdobji v človekovem življenju, je doba od zrelih let pa do smrti. V tem času človek dozoreva, se plemeniti in bogati z izkušnjami (Mirc & Čuk, 2010; Gnezda, 2009).

2.1.1 Življenjska doba nekoč in danes

Spreminjanje povprečne življenjske dobe lahko spremljamo skozi različna zgodovinska obdobja. Nekoč je bila povprečna življenjska doba občutno krajša, saj so neandertalci živeli približno 20 let, ljudje v bronasti dobi 19 let, v stari Grčiji 28 let, v srednjeveški Angliji 33 let. Povprečna življenjska doba v svetu danes pa je približno 68 let (Lampe & Poljšak, 2011).

Podatki Statističnega urada Slovenije (2015) kažejo, da se naša družba stara in da je skoraj petina slovenskega prebivalstva starega 65 let in več. Danes samo 1/7.000 oseb dočaka 100 let, strokovnjaki pa predvidevajo, da bo leta 2025 100 let dočakalo kar 19 % starejše populacije. Z 210.000, kolikor je stoletnikov danes, jih bo v letu 2050 že 3,2 milijona. Do leta 2025 pa bo skoraj tretjina evropskega prebivalstva stara 60 let ali več (Lampe & Poljšak, 2011). Ne le, da se je življenjska doba v zadnjem stoletju podaljšala za približno tretjino, danes govorimo o veliko bolj zdravi, izobraženi, premožnejši in aktivnejši tretji generaciji. Daljšanje življenjske dobe prebivalstva pa se v današnjih časih pripisuje boljšemu zdravstvenemu varstvu, spremenjenemu načinu življenja prebivalstva in izboljšanju socialnih pogojev (Ramovš, 2013; Meden Vatovec, 2011).

Pričakovana življenjska doba je povprečno število let življenja, ki ga novorojenec lahko pričakuje ob predpostavki, da bo od leta opazovanja dalje umrljivost glede na starost ostala nespremenjena. Pričakovana življenjska doba se v Sloveniji postopoma podaljšuje tako za moške kot za ženske, le-ta pa je ob rojstvu nekoliko višja za ženske kot za moške. V Evropi se je v zadnjih štirih desetletjih pričakovana življenjska doba ob rojstvu povečala za 8 let. Ta je za moške presegla 79 let, za ženske pa 84 let (ARSO, 2014).

2.1.2 Bolezni, ki znižujejo kakovost življenja starostnikov

Na kakovostno življenje posameznika vplivata predvsem dobro počutje in zadovoljstvo z lastnim življenjem, to stanje pa je definirano s strani različnih dejavnikov, kot so zdravje, socialni položaj posameznika, okolje, v katerem oseba živi, družabno življenje, življenjske navade posameznika idr. (SURS, 2012).

Staranje pogosto spremljajo številne zdravstvene težave, še posebej zaradi daljšanja življenjske dobe pa so te težave velikokrat dolgoročne in pogojene z različnimi kroničnimi boleznimi, ki poslabšajo funkcijo organizma, potrebujejo nenehen nadzor in zmanjšajo kakovost življenja starostnika. Zaradi daljšanja življenjske dobe in bolezni, ki jih to prinese, starejši ljudje potrebujejo vedno več strokovne in poglobljene zdravstvene oskrbe (Mirc & Čuk, 2010; Železnik, 2010).

Kakovost življenja starostnikov je odvisna tako od telesnih kot duševnih funkcij, ki pa so nemalokrat ohromljene zaradi bolezni. Zaradi njih se spreminjajo čustva, motivacija in celotna osebnost, sposobnost samooskrbe se s starostjo manjša in poveča se odvisnost od okolice. To so večinoma kronična obolenja, ki pa jih je z ustreznim zdravljenjem in rehabilitacijo mogoče obvladovati (Čuk, 2011; Petek Šter, 2010). Pahor in sodelavci (2009) opisujejo, da starejši veliko pogosteje kot mlajša populacija potrebujejo zdravstvene storitve, slabše ocenjujejo svoje zdravje in v zvezi s tem pogosto potrebujejo formalne in neformalne oblike opore.

Med pogosteje spremljajoče kronične bolezni starostnikov Železnik (2010) uvršča povišan krvni tlak, obolenja dihal, rakasta obolenja, bolezni srca in ožilja, depresijo, kronične degenerativne bolezni, sladkorno bolezen, aterosklerozo, osteoporozo in druge. Poleg navedenih bolezni pa starostnikom kakovost staranja poslabšujejo še izguba vida, sluha, slabše fizične sposobnosti in duševne bolezni, kot so demenca, Alzheimerjeva in Parkinsonova bolezen. SURS (2012) delež starostnikov, starih nad 75 let, ki imajo vsaj eno kronično obolenje, ocenjuje na 65 %.

2.1.3 Kakovostno in aktivno staranje

Aktivna starost posameznika je pomemben člen kakovostnega tretjega življenjskega obdobja. Leta 1998 je kot peti cilj v politiki Svetovne zdravstvene organizacije navedeno zdravo oziroma aktivno staranje, podprto s sistematično in načrtovano promocijo zdravja, kjer pa lahko jasno vidimo pomembno vlogo patronažne medicinske sestre pri promociji zdravja in preventivnih obiskih pri starostniku (SNIPH, 2007). S strani Svetovne zdravstvene organizacije je aktivno staranje definirano kot proces izboljšanja priložnosti za zdravje ter sodelovanje starostnikov pri zagotavljanju polnega in kakovostnega življenja. Dobro zdravje in uspešno staranje sta opredeljena v smislu sposobnosti starostnika za samostojno delovanje v določenem družbenem okolju. Aktivno staranje lahko v najširšem smislu razumemo kot neprekinjeno udejstvovanje na socialnem, ekonomskem, kulturnem in civilnem področju, in sicer ne samo kot povečanje fizične aktivnosti starostnikov ali možganskega fitnesa in podaljšanja zaposlenosti. Predstavlja nasprotje starosti kot odvisnemu, pasivnemu obdobju življenja. Torej se za zdravo starejšo osebo lahko šteje oseba, ki je družbeno in intelektualno aktivna tudi v prisotnosti kroničnih bolezni (Železnik, 2010; Kuhar, 2007).

Torej lahko rečemo, da gre skrb za zdravje in čim bolj učinkovito obvladovanje bolezni v starosti vzporedno z aktivnim staranjem. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije se zdravje opredeljuje kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja, ne le odsotnost bolezni ali nemoči (WHO, n.d.). Starost je eden od dejavnikov tveganja, ki močno vplivajo na zdravje starostnikov in tako na njihovo kakovost življenja. Torej je pomembno, da se starejšim zagotovijo ustrezna zaščita, varnost in oskrba, ko to potrebujejo, in se jim tako omogoči najboljši možen način za njihovo udejstvovanje v aktivnem staranju. Pomembni pa so še drugi dejavniki, na katere pa v veliki meri lahko vplivajo tudi sami. Med pomembne dejavnike, ki vplivajo na kakovostno starost, uvrščamo stopnjo izobrazbe, poklic, družbeni razred, status ter osebne zaznave starostnika, ranljivosti, izkušnje in prepričanja, ki so si jih izoblikovali v življenju (Imperl, 2012; Pahor & Domajnko, 2007).

2.1.4 Samoocena zdravja

Samoocena zdravstvenega stanja predstavlja posameznikovo splošno oceno njegovega zdravja, ki zajame fizične in duševne komponente zdravja ter zadovoljstvo z življenjem. Ocena lastnega zdravja je zelo subjektivne narave, zato opazovalec ali raziskovalec ne ve, s katero dimenzijo in po katerem kriteriju oseba ocenjuje svoje zdravje, če le-ti niso dovolj dobro postavljeni (Tomšič & Orožen, 2012; Petek, 2007). To težavo pa Sherman in sodelavci (2012) opisujejo v svoji raziskavi, ki kaže na to, da več kot 40 % anketiranih starostnikov ne razume svojega lastnega zdravja. To razumevanje je pomembno, saj obstaja povezava med slabim zdravjem in pacientovo sposobnostjo razumevanja zdravstvene informacije, to pomanjkanje razumevanja pa lahko vodi v slabo zdravje.

Hvalič Touzery (2014) je v svoji raziskavi ugotovila, da samoocena zdravja starostnikov v Sloveniji s starostjo pada, najslabše so namreč svoje zdravje ocenili starejši nad 75 let. Da se ocena lastnega zdravja pri starostnikih s starostjo statistično značilno znižuje, so v svoji raziskavi potrdili tudi Perušek in sodelavci (2013), saj je najstarejša skupina starostnikov v 42,4 % navedla, da je njihovo zdravstveno stanje slabo. V nasprotju s tem pa je raziskava na Švedskem pokazala, da starostniki nad 75 let svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, kljub temu pa ob tem poročajo o težavah z zdravjem (Sherman, et al., 2012).

Statistični urad Republike Slovenije (2016) pa ugotavlja, da je odstotek starostnikov, starih 66 let ali več, ki so ocenili svoje počutje kot zelo dobro, zelo majhen in ostaja glede na prejšnja leta nespremenjen. Poroča tudi o občutnem nižanju samoocene lastnega zdravja z naraščanjem starosti.

Po podatkih Evropske raziskave kakovosti življenja avtorjev Kavčič, Filipovič Hrast in Hlebec (2012) naj bi bila kakovost življenja starostnikov pri nas slabša kot drugod po Evropi. Podatki za Slovenijo kažejo, da je delež anketirancev, ki so ocenili svoje zdravje kot slabo, višji med starejšimi kot v splošni populaciji, kar ponovno kaže na to, da ima starost zelo velik vpliv na zdravstveno stanje posameznika.

Starost je velikokrat prevladujoč kriterij za slabšo samooceno zdravja. S starostjo se namreč poslabša občutek za orientacijo, poveča se prisotnost kroničnih bolezni pri starejših starostnikih, ki imajo povprečno več kot dve kronični bolezni. Najstarejši starostniki pa se soočajo z največ simptomi različnih bolezni, ki jih omejujejo tudi pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Kriteriji, ki imajo prav tako močan vpliv na slabšo samooceno zdravstvenega stanja, pa so prisotnost kroničnih bolezni, dolgotrajne zmanjšane zmožnosti in bolečine (Tomšič & Orožen, 2012; Hvalič Touzery, 2014).

2.2 POMEN SOCIALNIH OMREŽIJ ZA ZDRAVJE

2.2.1 Družba kot pomemben člen za zdravje starostnika

Pomemben dejavnik zdravega staranja pa so tudi socialna omrežja. »Pripadnost socialnim omrežjem, v katerih potekata komunikacija in medsebojna opora, omogoča ljudem občutek, da so sprejeti in cenjeni« (Pahor, et al., 2009), kar pa ima za posledico zelo pozitivne učinke na zdravje.

Starost je nekaj, kar vsi odlagamo, tako na individualni kot družbeni ravni. Dejstvo je, da obdobje, ki si ga ne želimo, vseeno pride, zato se je nanj pametno ustrezno pripraviti. Vstop v zadnje življenjsko obdobje pomeni za posameznika globok rez v življenju. V moderni in/oziroma postmoderni družbi je odnos do starostnikov zelo specifičen: obravnava se jih kot breme. Tak status pa jim je pripisan zaradi nesposobnosti starost obravnavati kot nekaj pozitivnega. Starejše zaradi veliko sprememb, ki značilno spremljajo staranje posameznika na individualni ravni in širše v družbi, pogosto opredeljujemo kot eno izmed najranljivejših skupin v družbi, zato je eden pomembnejših izzivov družbe, da z ustreznimi zdravstvenimi storitvami zagotovi kakovostno staranje in vključenost starejših v družbo (Pahor, et al., 2009; Kavčič, et al., 2012).

Čeprav je starost lahko zelo aktivno in produktivno obdobje, pa se pri starostnikih pojavlja strah pred starostjo. Strah pred nadaljnjim življenjem, pred zmanjšanjem fizičnih sposobnosti, pred devitalizacijo in v končni fazi tudi strah pred samo smrtjo.

Le-ta pa je prisoten tudi na kolektivni oziroma družbeni ravni – ko se ljudje upokojijo, postanejo za družbo breme. Družba ne zna usmeriti socialnega potenciala starega razreda. Starostnike najbolj zaboli občutenje odvečnosti, nekoristnosti, neproduktivnosti. Vendar ni nujno, da je tako. Mogoče je biti tudi kot starostnik družbeno koristen član družbe – preko svetovalnega dela, različnih oblik pomoči in samopomoči. Iz domačih raziskav, ki proučujejo vplive na zdravje, dobro počutje in na kakovost življenja, pa lahko razberemo, kako pomemben dejavnik obvladovanja tveganj, povezanih z zdravjem, so predvsem ožja družinska socialna omrežja. Ta so pri starostnikih predvsem pomembna tudi zato, ker se socialne mreže, v katere so starostniki vpeti, načeloma vse bolj ožijo (Kavčič, et al., 2012).

Še vedno pa je zelo slabo zavedanje, da je diskriminacija starostnikov pogost pojav današnje družbe in je mnogokrat namenoma ali nenamenoma prezrta. Ramovš (2010) starizem ali staromrzništvo opredeljuje kot odpor do starih ljudi, staranja in starosti ter s tem povezano socialno ali psihično zapostavljanje in podcenjevanje starih ljudi zaradi njihove starosti. Pojav označuje kot tipičen predsodek ali stereotip. Čeprav obstajajo med starostniki velike medosebne razlike, pa je eden glavnih vzrokov za stereotipizacijo le-teh ravno ta, da jih nasilno umeščamo v eno skupino z enako družbeno vlogo (Tomšič, 2010).

S starizmom pa se vsakodnevno srečujemo tudi v zdravstvenih ustanovah, kjer imajo medicinske sestre ključno vlogo pri preprečevanju tega pojava. Majdančević (2013) je s svojo raziskavo potrdil prisotnost starizma v kliničnem okolju in poudarja, da je dolžnost vsakega zdravstvenega delavca preprečevanje le-tega, saj imajo vsi pacienti, ne glede na pripadnost določeni skupini, pravico do enakopravne obravnave. Kot najboljše ukrepe za preprečevanje starizma pa opredeljuje izobraževanje na tem področju ter veliko komunikacije in preživetega časa ob starostniku. Ravno tako pa Hvalič Touzery in sodelavci (2013) pripisujejo velik pomen znanju s področja gerontologije in poudarjajo, da so le-ta pomembna strategija za izboljšanje odnosa »profesije« do starostnikov.

2.2.2 Vloga in pomen družine za zdravje starostnika (medgeneracijsko sožitje)

Hvalič Touzery (2007) v svojem članku ugotavlja, da vse projekcije in trendi kažejo na to, da bo v prihodnje vse več ljudi potrebnih dolgotrajne oskrbe. Penger in Dimovski (2007) v članku o nacionalni strategiji skrbi za kakovostno staranje prebivalstva in za solidarno sožitje generacij v Sloveniji navajata, da v razvitem svetu potrebuje 25 % ljudi, ki so stari nad 60 let, pomoč pri vsakdanji oskrbi, in sicer okrog 15 % sorazmerno malo pomoči, okrog 10 % pa veliko oskrbe in nege. Ob tem pa se avtorjem poraja pomembno vprašanje, in sicer, kdo bo vsem onemoglim in pomoči potrebnim starostnikom to oskrbo nudil.

Doslej se je dalo zaslediti prevladovanje tradicionalne domače ali družinske oskrbe onemoglih in starih ljudi. Podatki kažejo, da je v domači oskrbi še vedno večina starih ljudi, ki potrebujejo nego in oskrbo. Natančnega podatka o tem, kolikšna je razširjenost družinske oskrbe starejših ljudi v Sloveniji, nimamo, dejstvo pa je, da se sodobna družina zelo spreminja in da čedalje večji delež ljudi živi samih (Hvalič Touzery, 2007; Ramovš, 2013).

Maček in sodelavci (2011) menijo, da so ustrezni socialni odnosi v domačem okolju dejavnik, ki starostniku zagotavlja socialno varnost, lažje sprejemanje sprememb in zadovoljstvo z življenjem v starosti. Torej na ohranjanje zdravja in blažitev težav nima vpliva le formalno zdravstveno varstvo, temveč tudi ohranjanje neformalnih vezi. Depresija in bolezen sta vezani na manjšo mero opore, ki jo oboleli pridobi iz okolice. Če ima oseba slabe odnose z ljudmi, ki jo obkrožajo, ima to negativen vpliv na njeno telesno in duševno zdravje (Pahor, et al. 2009). Tudi samsko življenje v starosti je eden od dejavnikov, ki so slaba popotnica za zdravje, kot navajajo Sherman in sodelavci (2012), so tisti starostniki, ki živijo sami, bolj dovzetni za nastanek bolezni in poročajo o slabšem fizičnem ter psihičnem zdravstvenem stanju in dobrem počutju kot druge skupine.

Torej je družina zelo pomemben člen posameznikovega življenja in družbe za zagotavljanje zdravja in kakovosti življenja, in dejstvo je, da upad telesnih in duševnih

funkcij vodi v odvisnost od okolice. Ob tem pa tudi strokovnjaki vse bolj opozarjajo na to, da se poleg rasti deleža starega števila prebivalstva družba sooča z razpadanjem medgeneracijske solidarnosti in poudarja, da je tradicionalna skrb družine in sosedstva za onemoglega starega človeka vedno manjša (Slamnik, 2009).

V nasprotju s tem pa Hvalič Touzery (2007) ugotavlja, da bodo v prihodnje predvsem neformalni viri pomoči, kot na primer družina, imeli ključen pomen pri zagotavljanju socialnega varstva ljudi v tretjem življenjskem obdobju. Posebej pa poudarja, da lahko različni vplivi omajajo ali zmanjšajo dostopnost pomoči družine, še zlasti, če le-ta ne bo deležna ustrezne in strokovne pomoči ter podpore.

Ker staranje pogosto spremljajo številne zdravstvene težave, le-te povečujejo potrebo po zdravstvenem varstvu. To so kronične bolezni in invalidnost, ki imajo velik vpliv na upadanje duševnih in telesnih sposobnosti, zaradi katerih se spreminjajo čustva, motivacija in celotna osebnost. Tudi sposobnost samooskrbe se s starostjo manjša in poveča se odvisnost od okolice. Kronične nenalezljive bolezni lahko čedalje bolje obvladujemo s pomočjo sodobne medicine, zdravil, programov za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni in z življenjskim slogom. Tretja generacija je tudi vedno bolj zdrava, izobražena, premožnejša in aktivnejša. Vse to pa so razlogi, da se obolevnost čedalje bolj gosti v kratkem času pred koncem življenja v pozni starosti, zato so potrebe po oskrbi onemoglih starih ljudi vedno večje (Čuk, 2011; Ramovš, 2013).

2.3 VLOGA PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SKRBI ZA STAREJŠE LJUDI

2.3.1 Primarno zdravstveno varstvo in ambulanta družinske medicine

Pomemben del obravnave starostnikov se prične že na primarni ravni zdravstvenega varstva. Primarna raven zdravstvene dejavnosti je tista dejavnost, ki obsega vse tiste dejavnosti, ki omogočajo hiter in neposreden stik z zdravstveno službo, in naj bi omogočala večjo kakovost, manjše stroške, večjo enakost in večje zadovoljstvo z

zdravstvenim varstvom. Storitve so državljanom dostopne enakomerno po celotni državi in neposredno brez napotnice pri svojem osebnem zdravniku. Na primarni ravni mora biti mreža čim bližje prebivalstvu, da se omogoči hitra in enostavna dostopnost. Zdravstveno varstvo na primarni ravni omogoča prvi stik z zdravnikom za diagnosticiranje ter zdravljenje akutnih in kroničnih bolezni, promocijo zdravja in zdravega načina življenja, preprečevanje bolezni, svetovanje ter vzgojo pacientov (Petrič & Žerdin, 2013).

Petek Šter (2010) omenja, da starostniki predstavljajo približno 16,5 % populacije in skoraj tretjino vseh obiskov v splošnih ambulantah (29,5 %). Velik delež predstavljajo obiski, ki so administrativne narave. Obiski starostnikov načeloma predstavljajo veliko daljši čas obravnave kot pri mlajših osebah in obravnavajo več zdravstvenih problemov ob enem obisku. Starejši ljudje pa velikokrat v ambulanto prihajajo tudi, ko ni objektivne potrebe po zdravstvenih uslugah, ker so težave nezdravstvene narave. Veliko pa je tudi takšnih starostnikov, ki zaradi narave bolezni nimajo možnosti obiska splošnih ambulant, bodisi zaradi svojih bioloških lastnosti, spremenjenih pogojev življenja ali socialne ogroženosti. Starostniki so ena od skupin prebivalstva, ki potrebujejo posebno poglobljeno obravnavo. V skrb za te varovance se vključujejo patronažne medicinske sestre skupaj z ostalimi zdravstvenimi delavci in sodelavci ter družinskimi člani (Horvat, 2011).

2.3.2 Patronažno zdravstveno varstvo v skrbi za starejše

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije opredeljuje patronažno varstvo kot obliko zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Organizirano je kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju. Patronažno zdravstveno varstvo se izvaja na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, lokalni skupnosti in na terenu. Izvajalec patronažne zdravstvene nege je medicinska sestra z višjo ali visoko izobrazbo. Le-ta pa je dolžna pomagati starostniku pri ohranjanju in krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni in dejavnikov tveganja, zgodnjem

odkrivanju bolezni, izvajanju zdravstvene nege ter mu nuditi pomoč pri dvigovanju kakovosti življenja in povrnitvi zdravja (Zavrl Džananović, 2008).

Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) narekujejo, da naj bi bile do dveh patronažnih obiskov letno upravičene osebe, ki imajo kronično bolezen, in osebe, starejše od 65 let, ki so osamele in socialno ogrožene. Tako naj bi patronažna medicinska sestra obiskala starostnika dvakrat letno z namenom ohranitve zdravja ter nudenja pomoči starostniku in njegovi družini za čim bolj kakovostno življenje v domačem okolju. Pa vendar obstaja vprašanje, ali naš zdravstveni sistem omogoča patronažni medicinski sestri izpolnjevanje te postavljene norme.

Berčan (2012) navaja, da je v Sloveniji število opravljenih preventivnih patronažnih obiskov pri starostnikih zanemarljivo majhno, saj se v slovenskem prostoru z leti zmanjšuje delež preventivnih obiskov v patronažnem varstvu, beleži pa se vedno večji odstotek kurativnih obiskov. Ramšak Pajk in Poplas (2017) pa poudarjata, da patronažno zdravstveno varstvo predstavlja pomembno vlogo pri zdravstveno-vzgojnem delu, spremljanju in obravnavi kroničnih bolnikov in odkrivanju dejavnikov tveganja v domačem okolju na primarni ravni.

Delo patronažne medicinske sestre v skrbi za starostnika na terenu predstavlja zbiranje informacij o težavah starejšega bolnika, ki ni sposoben obiska v ambulanti družinske medicine. Patronažna medicinska sestra samostojno vrši storitve zdravstvene nege in storitve, naročene s strani osebnega zdravnika. Zdravstveno stanje in socialno-ekonomske zmožnosti bolnika pa narekujejo frekvenco obiskov patronažne medicinske sestre in trajanje izvajanja storitev zdravstvene nege na domu. Tako patronažna medicinska sestra na domu starostnika ugotavlja potrebe za vsako temeljno življenjsko aktivnost ter na osnovi tega načrtuje in izvaja zdravstveno nego. Bolniku pomaga pri skrbi za optimalno stanje vseh temeljnih življenjskih aktivnosti, preverja socialno stanje starostnika in opravlja zdravstveno vzgojno delo, saj ga usmerja in mu svetuje. Tako poskuša doseči čim večjo samostojnost starostnika pri izvajanju življenjskih aktivnosti

in krepitvi ter ohranitvi tako fizičnega kot psihičnega in socialnega zdravja (Šušteršič, et al., 2006; Slamnik, 2009).

Pomembno je, da se zavedamo, da je patronažno zdravstveno varstvo oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje ne le posameznika, ampak tudi njegove družine. Ramšak Pajk (2016) v priporočilih za obravnavo pacientov v patronažnem zdravstvenem varstvu opisuje zdravstveno vzgojno delovanje v družini in opolnomočenje družin kot prednost pri soočanju in spopadanju z boleznijo ter ohranjanju kakovosti življenja. Zato je pomembno, da patronažna medicinska sestra pozna odnose v družini ter ocenjuje in zadovoljuje potrebe celotne družine in ne le posameznika.

Pomemben cilj zdravstvene nege na domu predstavljajo vzpodbujanje in razvijanje samooskrbe ter omogočanje pogojev za ohranjanje zdravja in zmanjševanje možnosti za poslabšanje bolezni. Tako lahko nudimo pomoč in možnost starejšim ter obolelim, da čim dlje kakovostno živijo v varnem zavetju svojega doma. Čeprav imamo kot človeška bitja za preživetje približno enake potrebe, pa ima za ustvarjanje kakovostnega življenja vsak posameznik svoje edinstvene potrebe (Zavrl Dženanović, 2010). Poleg izvajanja kurativnega dela obiskov pa je temeljna vloga patronažne medicinske sestre tudi izvajanje promocije zdravja in preventivnih obiskov, s katerimi želimo doseči prevzem skrbi in odgovornosti posameznika za lastno zdravje. Z doslednim izvajanjem programa pa želimo doseči spremembo miselnosti in obnašanje posameznika, družine in skupnosti, kar pa se odraža s pozitivnimi spremembami za zdravje in kakovostjo življenja le-teh (Jorm, et al., 2010).

2.3.3 Komunikacija in odnosi med medicinsko sestro in pacientom

Dober odnos med medicinsko sestro in pacientom je ključnega pomena za doseganje vidnih rezultatov v izboljšanju zdravja in zadovoljstvu starejših ljudi s kakovostjo življenja. Doherty in Thompson (2014) v svoji raziskavi poudarjata pomen kakovostnega terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom in kako le-ta pozitivno vpliva na izid prilagajanja pacienta na nove neznane življenjske situacije. Z

dobrim terapevtskim odnosom so patronažne medicinske sestre opora pacientom, obenem pa se s terapevtskim odnosom zmanjša možnost komplikacij in nepotrebnih obiskov ambulant in bolnišnic. Avtorja opisujeta terapevtski odnos kot razmerje med medicinsko sestro in pacientom, kjer se pacient počuti udobno biti iskren. Bistvo pa je nudenje empatije in toplote, da se pacient počuti sproščeno in varno.

Železnik in Rajčič (2014) sta v svoji raziskavi, izvedeni v Osijeku, ugotovili, da pacienti pri izvajanju zdravstvene nege na domu najbolj cenijo spoštovanje diskretnosti in zasebnosti. Sledita jima prijaznost in strokovna izvedba negovalnih aktivnosti. Niso pa bili zadovoljni s časom, ki jim ga je namenila medicinska sestra v smislu poučevanja za čim višjo stopnjo njihove neodvisnosti in promocijo zdravja, kar kaže na to, da si pacienti želijo podpore na tem področju ter udejstvovanja v izboljševanju svojega zdravja in kakovosti življenja. To v svoji raziskavi ugotavljajo tudi Perušek in sodelavci (2013), saj navajajo, da si statistično veliko starostnikov želi, da jih patronažne medicinske sestre vključujejo v odločanje. Starostniki, ki so deležni večjega števila obiskov tedensko, kažejo večje zadovoljstvo s patronažnimi medicinskimi sestrami in zdravstveno nego, večina pa jih tudi navaja, da si želijo več njihovega časa in pogovora z njimi.

Ramšak Pajk in Poplas (2017) poudarjata, da je zelo pomembno pridobiti zaupanje obiskanih pacientov, kadar vstopamo v njihov dom in družinsko okolje, predvsem, kadar na domu izvajamo preventivne obiske in zdravstveno-vzgojno delo. V nasprotju z opisanimi izkušnjami avtoric Železnik in Rajčič (2014) pa v tem članku avtorici poleg dobrih navajata tudi negativne izkušnje patronažnih medicinskih sester s sprejetostjo s strani pacientov na njihovem domu. Anketiranke so navajale nezainteresiranost posameznih pacientov ali celo odklanjanje obiskov, predvsem s strani tistih pacientov, ki k zdravniku ne marajo ali pa k njemu zelo pogosto zahajajo.

Glede na podatke Agencije Republike Slovenije za okolje (2014) se pričakovana življenjska doba zaradi številnih ugodnih dejavnikov kontinuirano podaljšuje. Le-to pripisujejo zvišanju ravni življenjskega standarda, izboljšanju življenjskega sloga, boljši izobrazbi in pa boljšemu dostopu do kakovostnih zdravstvenih storitev. Ob dejstvu, da

se življenjska doba daljša, in s tem tudi življenje v starosti, pa je treba razmisliti o kakovosti življenja in preživljanja v zadnjih letih tega obdobja. Takrat se starostniki spopadajo z najrazličnejšimi tegobami in življenjskimi izgubami, ki jih prinese starost. Tudi Pahor in sodelavci (2009) ugotavljajo, da starejši veliko pogosteje kot mlajša populacija potrebujejo zdravstvene storitve, slabše ocenjujejo svoje zdravje in v zvezi s tem pogosto potrebujejo formalne in neformalne oblike opore. Dejstvo je, da si vsak človek zasluži dostojanstveno preživljanje zadnjih let življenja, zato je pomembno videnje, mnenje in doživljanje starostnikov glede kakovostnega življenja v tretjem življenjskem obdobju. Le na ta način lahko v prihodnosti pripomoremo k ustvarjanju boljših pogojev za življenje v starosti.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati zadovoljstvo starejših s primarno zdravstveno dejavnostjo, odkriti njihova pričakovanja v starosti in izvedeti, kateri dejavniki najbolj vplivajo na obvladovanje starosti.

Cilji:

- Ugotoviti dejavnike za visoko ali nizko samooceno zdravja pri starostnikih.
- Ugotoviti zadovoljstvo starejših s primarno zdravstveno dejavnostjo.
- Raziskati potrebe in pričakovanja starostnikov glede obiskov v splošnih ambulantah.
- Raziskati dejavnike, ki so starejšim najpomembnejši pri obravnavi.
- Raziskati pomembnost dejavnika socialne vezi/družine za ugodno zdravstveno stanje starostnikov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalna vprašanja, na katera smo skušali odgovoriti s pomočjo raziskave:

- Kateri dejavniki so po oceni starostnikov ključni za dobro ali slabo samooceno zdravja?
- Kakšen odnos imajo starejši do zdravstvene oskrbe na domu?
- Kolikšno mero fizične in psihične podpore družinskih članov prejemajo starejši za ohranjanje zdravja in kakovosti življenja v starosti?
- Kakšna je po mnenju starostnikov dostopnost oskrbe v ambulanti družinske medicine in na domu?
- Kateri dejavniki so starejšim najpomembnejši pri obravnavi v ambulanti in na domu?
- Kakšno oviro jim za obisk zdravnika predstavlja starost?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) metodi dela, kjer je bil za teoretični del raziskovanja uporabljen pregled domače in tuje literature. Za namen raziskave smo uporabili kombinacijo kvalitativnega in kvantitativnega raziskovalnega pristopa. Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili nestandardiziran, polstrukturiran intervju ter mednarodni standardiziran vprašalnik o oceni zdravja. Podatke za oblikovanje teoretičnega dela naloge smo zbirali s pomočjo bibliografskih podatkovnih baz, kot so CINAHL, Pubmed, Medline in ProQuest. Literaturo smo iskali tudi s pomočjo slovenskega spletnega bibliografskega brskalnika COBISS.

Pri iskanju literature so bile izbrane sledeče ključne besede: starost, zadovoljstvo starostnikov, primarno zdravstveno varstvo, zdravje, samoocena zdravja, patronažna medicinska sestra, primary healthcare, health, society, district nurse.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov smo izbrali kombinacijo kvalitativnega in kvantitativnega raziskovalnega pristopa s polstrukturiranim intervjujem in vprašalnikom o zdravju. Pripravili in uporabili smo odprta vprašanja, ki so jim sledila podvprašanja, povezana s potekom intervjuja. Intervju je bil sestavljen iz desetih vodilnih vprašanj. Vprašanja za intervju smo sestavili na podlagi strokovne literature in raziskovalnih vprašanj (Železnik & Rajčič, 2012; Hvalič Touzery, 2014; Sherman, et al., 2014). S prvim delom vprašalnika smo pridobili informacije o demografskih podatkih (starost, spol, izobrazba, ocena ekonomskega statusa, število članov družine), ostala vprašanja pa so se navezovala na njihov pogled na lastno zdravstveno stanje, kakovost njihove obravnave na primarnem nivoju zdravstvenega varstva ter pomembnost socialne mreže za njihovo zdravje. Za namen samoocene zdravja pa smo uporabili mednarodno standardiziran vprašalnik o zdravju EQ-5L-3D, ki je sestavljen iz petih vprašanj izbirnega tipa. Vprašalnik vsebuje dva sklopa. Prvi sklop vsebuje skupino treh trditev, ki ponazarjajo,

kolikšne težave ima posameznik v petih »aktivnostih« na tisti dan, ko je vprašan po samooceni zdravja. Svoje zdravje ocenjuje v sklopu pokretnosti, skrbi zase, vsakdanjih aktivnosti, bolečine/neugodja, tesnobe/potrnosti. V drugem sklopu pa posameznik oceni svoje zdravje na izbrani dan na lestvici od 0 do 100.

3.3.3 Opis vzorca

Za potrebe raziskave smo uporabili neslučajnostni (nerandomizirani) namenski vzorec. Za sodelovanje pri izvedbi intervjuja smo prosili 13 načrtno, na podlagi kriterijev izbranih starostnikov, starejših od 85 let, ki so pogovornjivi in so bili priporočeni tudi s strani zdravstvenega tima. Vsi pacienti so opredeljeni pri osebnem izbranem zdravniku v Zdravstvenem zavodu Revita, ki ima sedež v Ljubljani. Intervjuje smo opravljali v Ljubljani in okolici ter osebno na domu starostnikov v februarju in marcu 2016. Pričakovali smo 80 % odzivnost, na prošnjo za intervju pa so se odzvali vsi povabljeni starostniki.

V Zdravstvenem zavodu Revita je v sodelujoči ambulanti zdravnika družinske medicine opredeljenih 36 starostnikov, starih nad 85 let, od tega 7 moških (19 %) in 29 žensk (81 %). Za potrebe intervjuja smo izbrali 3 moške in 10 žensk iz omenjene starostne skupine. Njihova skupna povprečna starost je bila 87 let. Moški so bili v povprečju starejši od žensk, njihova povprečna starost je bila 89 let, povprečna starost žensk pa 86 let. Najmlajša anketiranka je imela 85 let, najstarejši anketiranec pa 90 let.

Izobrazbena struktura intervjuvancev kaže, da ima 5 starostnikov (38 %) višješolsko izobrazbo in 3 (23 %) univerzitetno izobrazbo. Najmanj, le 1 (8 %), ima dokončano osnovno šolo, 4 (31 %) izmed vprašanih pa imajo srednješolsko izobrazbo. Nihče od intervjuvancev ni imel dokončanega magisterija ali doktorata. Na vprašanje o oceni ekonomskega statusa jih je kar 9 (69 %) svoj ekonomski status ocenilo kot dober, 3 (23 %) kot zelo dober in le 1 (8 %) kot slab.

Na vprašanje o statusu razmerja jih je večina, kar 9 (69 %), odgovorila, da so ovdoveli, 3 (23 %) so odgovorili, da so poročeni, in le 1 (8 %) je v zunajzakonski zvezi. Nihče pa

ni samski ali ločen. Po večini vprašani starostniki tudi bivajo sami, in sicer več kot polovica, kar 7 (54 %), jih živi popolnoma samih, 4 (31 %) živijo s partnerjem in le 2 (15 %) z otroki ali vnuki. V povprečju pa so družine vprašanih sestavljene iz 3 družinskih članov.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Najprej smo si s pisnim zaprosilom pridobili soglasje Zdravstvenega zavoda Revita za opravljanje raziskave in izvedbo intervjujev pri starostnikih. Raziskava je bila izvedena osebno, po predhodnem dogovoru z intervjuvanci in njihovem pisnem soglasju k raziskavi, v času, ki je bil najbolj ustrezen za intervjuvanca. Potekala je v mesecih od februarja do marca 2016. Raziskavo smo izvedli tako, da smo starostnikom postavljali vnaprej pripravljena vprašanja, na katera so ustno odgovarjali, mi pa smo odgovore, ob predhodni pisni privolitvi intervjuvancev, posneli. Starostniki so bili predhodno seznanjeni z namenom raziskave in možnostjo prekinitve ali odklonitve, odgovori pa so bili uporabljeni le za namen izvedbe diplomskega dela. Ob izvajanju raziskave sta bila upoštevana kodeks etike medicinskih sester, babic in zdravstvenikov Slovenije in načelo avtonomnosti, neškodovanja in anonimnosti. Za obdelavo podatkov smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo besedila (Vogrinc, 2008). Avdio posnetke intervjujev smo pretipkali, spremenili v pisno obliko, in gradivo sistematično uredili. Besedilo smo razčlenili na sestavne dele in določili enote kodiranja, nato pa tem enotam pripisali kode. V nadaljevanju smo sorodne kode združili v podkategorije ter jih definirali in jim določili pomen. Analizo smo končali z oblikovanjem končne teorije.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Samoocena zdravja

V sklopu intervjuja smo povprašali po samooceni zdravstvenega stanja starostnikov s pomočjo slovenske verzije mednarodnega vprašalnika o zdravju (EQ-5D-3L). Vprašalnik vsebuje dva sklopa. Prvi sklop vsebuje skupino treh trditev, ki ponazarjajo, kolikšne težave ima posameznik v petih »aktivnostih« na tisti dan, ko je vprašan po

samooceni zdravja. Svoje zdravje ocenjuje v sklopu pokretnosti, skrbi zase, vsakdanjih aktivnosti, bolečine/neugodja, tesnobe/potrnosti. Trditve si sledijo v kategorijah hierarhično (npr.: nimam težav, imam nekaj težav, aktivnosti ne zmorem sam). V drugem sklopu pa posameznik oceni svoje zdravje na današnji dan na lestvici od 0 do 100, kjer je 0 najslabše zdravje, ki si ga posameznik lahko zamisli, 100 pa najboljšo zdravstveno stanje, ki si ga posameznik lahko zamisli.

Tabela 1: Prikaz skupine treh trditev, ki ponazarjajo, kolikšne težave ima posameznik v petih »aktivnostih« na tisti dan, ko je vprašan po samooceni zdravja

	Nima težav oz. v popolnosti zmožen	Ima nekaj težav oz. delno zmožen	Ima veliko težav oz. ni zmožen
	Število odgovorov	Število odgovorov	Število odgovorov
Pokretnost	4	8	1
Skrb zase	11	1	1
Vsakdanje aktivnosti	8	4	1
Bolečina in neugodje	3	6	4
Tesnoba in potrnost	8	3	2

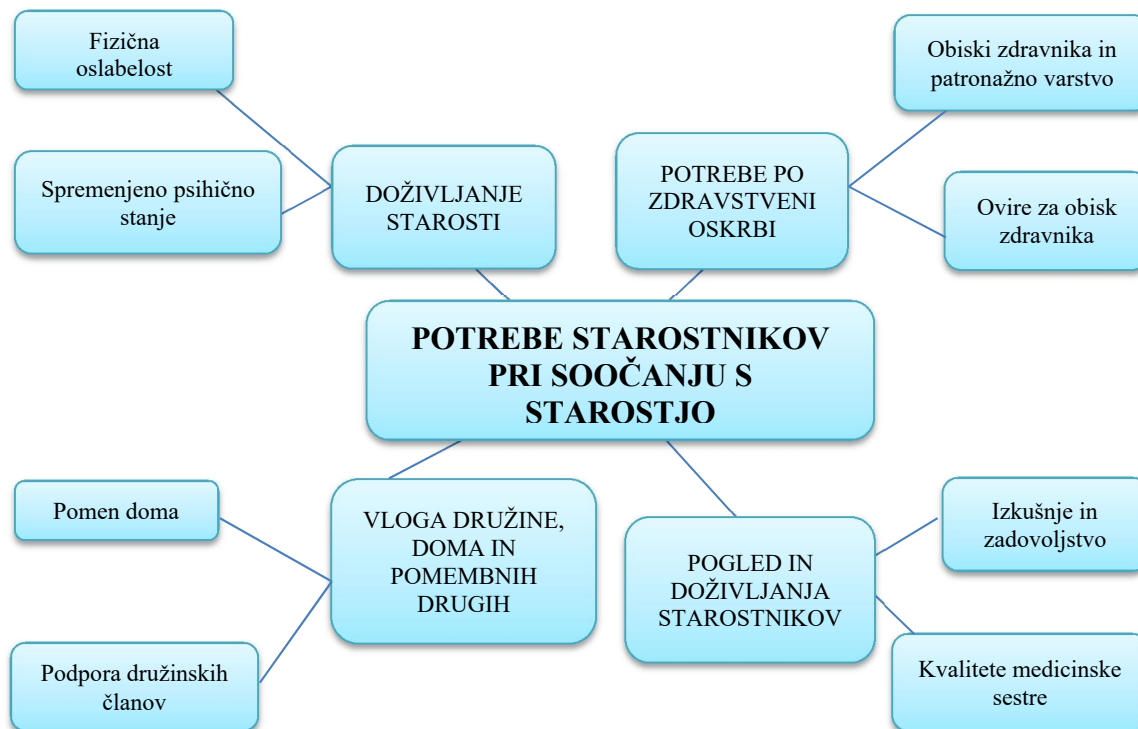
Izračunana povprečna vrednost samoocene zdravstvenega stanja na lestvici od 0 do 100 je bila 58. Pri izvajanju naše raziskave je imela prisotnost bolečine največji vpliv na slabšo samooceno zdravja starostnikov. Posebne povezave med slabšo samooceno zdravja v odnosu na višjo starost nismo dobili, kar pa najverjetneje nakazuje na premajhen vzorec vprašanih. Tudi pričakovanja, da bodo starostniki, ki živijo sami, slabše ocenili svoje zdravje, nismo dokazali, saj je bila povprečna samoocena zdravja tistih starostnikov, ki živijo sami, skoraj enaka samooceni starostnikov, ki živijo s partnerjem ali otroki. Ženske pa so v povprečju slabše ocenjevale svoje zdravstveno stanje kot moški.

Tabela 2: Prikaz povprečne vrednosti in standardnega odklona samoocene zdravja starostnikov na lestvici od 1 do 100 ter njihove povprečne starosti

	Standardni odklon	Povprečna samoocena zdravja	Povprečna starost vprašanih
		Na lestvici od 1 do 100	V letih
Moški	16,3	70	89
Ženske	18,1	54	86
Skupaj	18,9	58	87

Z analizo besedila, pridobljenega z intervjuji, smo prepoznali kode, iz katerih smo oblikovali podkategorije in jim določili glavno kategorijo. S tem smo pridobili pregled nad tem, kako se starostniki spopadajo z boleznijo v starosti, koliko podpore jim pri tem nudijo njihovi bližnji in kakšne izkušnje imajo pri iskanju pomoči za ohranjanje zdravja v primarnem zdravstvenem sistemu.

Rezultati analize intervjujev so predstavljeni v nadaljevanju diplomskega dela, kjer smo navedli pomembne citate posameznih kod, podkrepili pa smo jih tudi s svojimi ugotovitvami. Intervjuvance smo v nadaljevanju označili z IS (intervjuvan starostnik) in pripadajočo številko intervjuja, od 1 do 13.



Slika 1: Prikaz glavne teme s kategorijami in pripadajočimi podkategorijami in kodami

3.4.2 Doživljanje starosti

Pri analizi pogovorov s starostniki smo v podkategoriji »Doživljanje starosti« določili dve vodilni kodi, in sicer sta to fizična oslabeledost in spremenjeno psihično stanje. V nadaljevanju navajamo dodatno izbrane citate intervjuvancev in naše ugotovitve ob izjavah.

Fizična oslabeledost

Starost je ena izmed tistih stvari, za katero lahko rečemo, da jo vsak posameznik doživlja različno, pa vseeno so zdravstvene težave in nemoč ena izmed tistih stvari, ki okrepijo občutenje starosti. Mnoge od starostnikov zmanjšanje fizične zmogljivosti hudo prizadene. Enajst od trinajstih starostnikov pove, da je starost tista, ki prinese bolezen in fizično nemoč, zaradi česar sta zmanjšani njihova samostojnost in varnost.

Velikokrat jih to omejuje že pri izvajanju vsakdanjih aktivnosti, kot so na primer tuširanje, hoja, gospodinjska opravila. Morajo se odpovedati stvarim, ki so jih včasih počeli zlahka, so jih imeli radi in so jim veliko pomenile. Intervjuvanka omenja, da so se zaradi bolezni in nezmožnosti oskrbe morali odpovedati skrbi za hišnega ljubljence, ki jim je veliko pomenil. Drugi intervjuvanec pove, da ga zelo prizadene to, da zaradi izgube vida ne more več brati knjig. Pešata jim tudi spomin in sposobnost mišljenja, ob tem pa občutijo jezo in negotovost.

IS 2: *»Ja, seveda na en način postaneš bolj počasen, bolj neroden. Vse isto počnem kot včasih, samo zdaj porabim za to veliko več časa. To je. Pa kot pravijo: sporo pamtiš, brzoaboravljaš.«*

IS 3: *»Jaz ne morem več pod tuš vsak dan, je preveč naporno. Pa kužka smo morali stran dati, tako sva že betežna, da nisva bila več sposobna skrbeti zanj. Pa tako sva ga imela rada. Tolaži naju le to, da veva, da je v dobrih rokah.«*

IS 7: *»Ja, seveda popušča vse, tako telesno kot duševno. Od svojega telesa ne moreš več pričakovati toliko telesnih naporov. Komaj se včasih do gor privlečem, ampak nič hudega, saj v vsakem nadstropju malo počivam. Pa kako ti včasih spomin zašteda, to sem tako jezna, da bi se kar nekam ugriznila.«*

IS 9: *»Ja, prinese bolezen, prinese. Vsako leto kaj novega.«*

IS 10: *»Čutijo se leta precej in fizično in psihično. Nikoli ni bolje, le še na slabše gre, samo pridobivam bolezni.«*

Spremenjeno psihično stanje

Pri starostnikih pogosto prihaja do sprememb v psihičnem stanju. Več kot polovica anketiranih starostnikov živi samih, kar je lahko pomemben dejavnik za spremembo v psihičnem stanju. Starostniki se v svojih letih spopadajo z mnogimi izgubami. V starosti se veliko starostnikov sooča z osamljenostjo, ko ostanejo brez življenjskega sopotnika, prijateljev in pomembnih drugih. Posledično prihaja tudi do zmanjšanja socialnih

stikov. Takšne življenjske izgube lahko vodijo do močne duševne stiske. Poleg izgube bližnjih pa starostniki čutijo tudi izgubo nadzora nad lastnim življenjem, čutijo negotovost glede prihodnosti. Občutek imajo, da so svojcem in ostalim v napoto. Mnogokrat prihajajo v ambulantno z občutkom krivde in odvečnosti, tudi takrat, ko pridejo z več kot upravičenim razlogom. Nekatere od njih pestijo bolečine, tudi nevzdržne. Vsi naštetih dejavniki pa močno vplivajo na psihično stanje starostnika.

IS 1: *»Odkar moža ni več, se včasih ne počutim najbolje. Pridejo trenutki, ko ne veš, kaj bi ...«, »Potem pa pomisliš, kaj bom kar naprej jambrala, kaj mi je, pa kako mi je ... potem pa to sam nosiš (se potepta po prsih). To te ubija.«, »Sedaj si še lahko pomagam, ampak če se kaj zgodi, ne bi bila rada otrokom v breme ... in si misliš pri 88-ih, kaj še lahko čakaš.«*

IS 2: *»Jaz se vsak dan tuširam in se vsak dan vprašam, ali je zadnjikrat.«*

IS 5: *»Pa to, ko si včasih sam. Tako mi je včasih hudo, ko sem sama. Tam jih je pa cela serija na vrtu. Ampak ne grem tja, ker ne smem delat, da bi pa stala tam, medtem ko drugi delajo ... ne, ne, jih pa ne morem ravno tako motiti. Najhuje je med prazniki, to pa je težko.«*

IS 6: *»Ja, starost je tista, ki prinese bolezen. Mislim, da se bo z vsakim letom le še poslabšalo. Upam, da ne bom kaj preveč dolgo živela s takimi bolečinami.«*

IS 13: *»Zame je to hudo, da nisem več taka kot prej. Bila sem samostojna in samozavestna. Sedaj pa brez pomoči drugih ne zmorem osnovnih stvari. Ob tem mi je včasih zelo hudo.«, »Pa saj se zavedam, da pri svojih letih ne morem biti več kot pri tridesetih. Bolj, ko si hočeš dopovedati, da si zdrav kot riba, slabše je, bolj si razočaran, bolj si nemočen.«*

3.4.3 Vloga družine, doma in pomembnih drugih

Tema zajema vlogo družine in doma v očeh starostnikov, kolikšne pomoči za ohranjanje zdravja so dejansko deležni in kakšen pomen imajo pri ohranjanju zdravja in dobrega počutja njihovi sosledje, prijatelji in pomembni drugi. Tudi v tej podkategoriji sta prepoznani dve kodi, in sicer podpora družinskih članov in pomen doma.

Podpora družinskih članov

Družina je ena prvih in najpomembnejših skupnosti v življenju posameznika in naj bi predstavljala podporo v vseh življenjskih obdobjih. Vendar se vloga tradicionalne družine skozi čase spreminja. Dvogeneracijskih družin je vedno več, družin, ki bi živele skupaj s starši ali starimi starši, pa je vedno manj. Podpora svojcev se razlikuje od družine do družine. Prisotnost in podpora mlajših družinskih članov pa za starostnika nista tako zelo samoumevni, in to se še kako čuti v odgovorih intervjuvancev, ki izražajo neizmerno hvaležnost za vsako pozornost in podporo, ki so je deležni s strani družinskih članov. Veliko intervjuvancev, predvsem tistih, ki živijo sami, je omenilo, da se doma ne počutijo vedno najbolj varno, saj včasih ne zaupajo več v svoje motorične sposobnosti in si želijo nadzora mlajših članov ali drugih bližnjih. Nekateri si občutek varnosti zagotovijo že s preprostimi varnostnimi ukrepi kot na primer, da zaupajo ključ stanovanja bližjim sosedom ali da vsako jutro pošljejo sporočilo družini, da je z njimi vse v redu. Najpogosteje starostniki smatrajo ravno družino kot najučinkovitejši vir tako fizične kot psihične pomoči in podpore. Starostniki pa težje sami postorijo tudi vsakdanje aktivnosti in gospodinjska oziroma hišna opravila, zato večina njih zelo ceni vsako namenjeno pomoč in podporo.

IS 1: *»Mi pomagajo zelo, to moram reči, na vsakem koraku in kadar koli je potrebno. Pa naj bodo otroci ali pa vnuki. Bogu se zahvalim vsak dan za njih.«*

IS 5: *»Ja, naši tako skrbijo zame, jaz včasih pravim, da kar preveč. Vsak dan me pokličejo, če rabim kaj iz trgovine, pa k zdravniku me vedno oni peljejo.«*

IS 6: *»Sin mi zelo pomaga, vsi se čudijo. Vsak dan me pokliče, vsaj po eno uro se pogovarjava. In tudi, ko pride iz Londona domov, vse postori in mi pomaga fizično in nasploh. Vedno me vpraša in opomni, ali si šla k zdravniku, ali si storila to in ono ...«*

IS 11: *»Veliko mi pomeni to, da imamo kontakte vsak dan. Tudi sporočilo na telefonu mi veliko pomeni, pa vnuk mi kakšno sliko pravnukov pošlje. Takrat veš, da mislijo nate, da nisi sam.«*

Dejstvo je, da vse manj starostnikov živi v krogu svoje družine. Mladi ljudje se vse večkrat znajdejo v precepu med odgovornostjo za preživetje svoje družine, vzgojo otrok in mnogimi drugimi obveznostmi in cilji. Kadar starostnik pride v položaj, da potrebuje neprekinjeno pomoč in nego, se družine po navadi znajdejo v stiski, kako mu to nego zagotoviti in hkrati nadaljevati z ustaljenimi življenjskimi navadami. Najpogosteje pride v takšnih situacijah v poštev institucionalno varstvo. Kljub temu da si starostniki želijo bližine in pomoči mlajših družinskih članov, pa navajajo, da se zavedajo njihove preobremenjenosti in ne želijo biti v breme svojim otrokom, niti takrat, ko samostojnega življenja ne bodo več sposobni.

IS 3: *»Saj najin sin niti ne ve, kako se midva rihtava. Včasih mu malo pojамbram, ampak bolje, da nič ne govorim, ker ima on tudi že svojih težav veliko. Ampak se pa slišimo vsak dan po Skypu in že to je veliko.«*

IS 7: *»Ja, veliko, veliko mi hočejo pomagat, ampak jaz vedno odklanjam pomoč. Če mi prinesejo kosilo, se zahvalim, da bi pa sama rekla, pa ni govora, saj oni so tudi zmatrani, pa imajo svojo službo in otroke ...; dokler še zmorem, poskusim vse sama narediti, ko pa ne bom več mogla, potem pa dom, ker njih ne bi mogla obremenjevati.«*

IS 9: *»Ja, hčerka mi veliko pomaga. Sem ter tja ona kaj postori, čeprav je v službi veliko in mi včasih tudi ne more pomagati, ampak kolikor lahko, pa. Zet si je zlomil medenico in je na berglah, tako da tudi on ne more. Vnuki so pa tako zaposleni, da jih tako ali tako niti ne vidiš.«*

IS 10: *»Ja, no, saj mi pomagajo, ampak partnerica najbolj. Če ne bi bilo nje, ne vem, kako bi ...; otroci imajo svojo službo, otroke in obveznosti. Tako da, če ne bi bilo nje, ne vem, kakšno bi bilo moje življenje.«*

9 od 13 starostnikov pa poleg družine v svojo pomoč vključuje tudi zunanje osebe, ki jim proti plačilu občasno pomagajo pri težjih gospodinjskih opravilih, kot so sesanje, pomivanje oken, generalno čiščenje, čiščenje njim težko dostopnih mest. To so opravila, ki zahtevajo pomoč starostnikom, saj tega ne zmorejo več sami.

Pomen doma

Starostnikom njihov dom pomeni zelo veliko. Mlade osebe lažje sprejemajo izzive, kot je na primer selitev, menjava domačega okolja, vključevanje v novo okolje. Pri starostnikih je drugače, svoj dom in družino so gradili mnogo let, navezani so na domače okolje, na svoje bivalne prostore in svojo socialno mrežo. Že misel na to, da bi se stvari popolnoma spremenile, starostniki težko sprejemajo. Anketirani starostniki po večini odklanjajo odhod od doma v institucionalno varstvo. Le 3 od 13 bi se odločili za odhod v dom za starejše občane ali pa varovano stanovanje, ob pripombi, da bi to storili takrat, ko ne bi mogli več skrbeti zase. Nekateri ponovno poudarijo, da bi to storili tudi zaradi tega, da ne bi bili svojcem v breme. Najpogostejša dejavnika, zaradi katerih ne želijo zapustiti svojega doma, sta občutek svobode in samostojnosti, navajeni so na domače okolje in se bojijo omejitev, ki bi jih bili deležni drugod. Večini, predvsem ženskam, pa veliko pomeni tudi to, da si lahko same kuhajo tisto hrano, ki jo želijo in so je navajene. Velikokrat pa so si želje starostnikov v nasprotju z realnimi možnostmi, ki jih imajo.

IS 2: *»Moj dom mi veliko pomeni in jaz pravim, dokler bom mogel, bi rad ostal doma. Če pa enkrat ne moreš ... tukaj ni vprašanje: hočeš ali nočeš, tukaj je samo vprašanje, ali zmoreš ostati doma ali ne.«*

IS 4: *»Sam svoj gospodar si. Pa vse imaš pri roki, kar ti srce poželi. Samostojen si. Tako imaš vse življenje in potem se je težko prilagoditi na drugačne razmere.«*

IS 5: *»To mi veliko pomeni, da sem še lahko doma. Poglejte, tamle je še rezidenca mojega pokojnega moža (pokaže na sliko), tamle so pa igračke za moje punčke, ko*

pridejo, in tele rožice, ki dihajo z mano vred ..., in da bi to pustila in šla? V dom ne bi šla, tukaj sem svobodna, tukaj sem komot.«

IS 7: *»Ja, moj domek, to je zame sreča, ena velika sreča v življenju, velik žegen, da si doma in da nisi odvisen od drugih, da ne ležiš v bolnici. In mi veliko pomeni, da sama zase lahko poskrbim, si skuham, kar mi paše, in pojem, kolikor mi se je. Dokler je tako, rada živim.«*

IS 10: *»Dom pomeni vse, ker sem tukaj navajen. Žena je pa bila en mesec v domu in sem videl, kakšno življenje je to. Zdi se mi, da sem pripadam, da sem tu svoboden. Kakor bi šel v dom, se mi zdi, da bi me pobralo. Ne vem, zakaj, morda, ker se bojim novih okoliščin in tega, da bi bil tam kakor koli omejen.«*

IS 13: *»Ja, jaz sem kandidat za dom, ampak dokler mi ne bo treba, ne bom šla. Kar je tukaj, je vse, pa lahko delam, kar hočem, jem, kar hočem. Jaz sem bila tri mesece in pol v Sežani in ne vprašajte, kakšno hrano smo dobivali.«*

3.4.4 Potrebe po zdravstveni oskrbi

V tej kategoriji bomo obravnavali potrebe starostnikov po zdravstveni oskrbi v ambulantni in na domu ter težave, ki predstavljajo oviro starostnikom za obisk v ambulantni družinske medicine. Prepoznani kodi v tej podkategoriji pa sta obiski osebnega zdravnika in patronažno varstvo ter ovire za obisk zdravnika.

Obiski osebnega zdravnika in patronažno varstvo

Intervjuvanci potrjujejo že znano teorijo, da so na stara leta veliko več v ambulantni splošne medicine in da veliko pogosteje potrebujejo zdravstveno pomoč kot pa v mladosti. To pripisujejo povečanemu številu predvsem kroničnih bolezni v starosti, poškodbam, ki se zgodijo zaradi pešanja motoričnih sposobnosti, in terapiji, ki jo prejemajo in se je skozi leta povečala. Zaradi več pridruženih bolezni ali poškodb pa zdravnik tudi v povprečju za obravnavo starostnika porabi več časa kot za obravnavo drugih starostnih skupin. Anketirani starostniki povedo, da so bili v zadnjem letu v povprečju pri osebnem zdravniku vsaj enkrat na mesec ali enkrat v dveh mesecih.

IS 1: *»To pa sem, ja, velikokrat sem bila v zadnjem letu. Vedno neke preiskave in razni pregledi, tudi pri vas v ambulanti sem bila precejkrat ... po to napotnico, pa ono napotnico, pa zdravila ... zmerja nekaj.«*

IS 5: *»Se mi zdi, da sem zdajle kar največ pri zdravniku, če pogledam skozi leta. Ampak je pa normalno, da moraš z leti tudi kaj potrpet in ne moreš kar tam viseti vedno. Tako, da se poskusim tudi malo izognit, kolikor se le da.«*

IS 7: *»No, mislim, da me imate že kar dovolj (smeh), se mi zdi, da sem bila še preveč v ambulanti. Par mesecev nazaj, ko me je kolesar zbil in sem imela potem tako rano na nogi, ki se ni in ni hotela zarasti. Sladkorna bolezen in starost pač naredita svoje in potem smo se kar dolgo matrali, da smo jo zaprli. Ko sem bila mlada, nisem imela nikoli takih težav, pa vsa potolčena sem bila, ampak mlado telo se drugače celi.«*

IS 10: *»Ja, kar precejkrat hodim zdaj k zdravniku na kontrole. Bil sem lani v bolnici, ker sem padel in se polomil ... hja, star sem že, pa neroden. Pa človek vedno rabi kakšno žaubo, pa zdravila za vsemogoče. Tako je, ko si star.«*

IS 12: *»Ja, na tri mesece sigurno, ker moram po recepte. Včasih pa tudi večkrat vmes, kadar se me kakšna stvar loti. Nisem več tako mlada in se bojim tudi s prehladi okoli hodit, ker se mi je že zgodilo, da sem si pridelala pljučnico po nepotrebnem.«*

3 od 13 intervjuvanih starostnikov obiskuje patronažna medicinska sestra na domu. Ostali intervjuvanci so enotnega mnenja, da obiskov patronažne medicinske sestre ne potrebujejo, saj so še vedno zmožni obiskovati zdravnika ali medicinsko sestro v svojem zdravstvenem zavodu oziroma ambulanti. Pri starostnikih, ki so deležni oskrbe patronažne medicinske sestre na domu, pa le-ta opravlja kurativne obiske. Večina starostnikov je na vprašanje, ali vedo, da jim pripada preventivni patronažni obisk, odgovorilo negativno in bili so še vedno v prepričanju, da obiska patronažne medicinske sestre tako ali tako ne potrebujejo, nekateri so bili celo precej odklonilni.

IS 4: *»Ne, zaenkrat nisem imela potrebe po patronažni sestri, saj prevezovat sem hodila k vam, dokler še lahko grem, sem mi to zdi povsem v redu. Če pa ne bi mogla do vas, bi pa že prosila.«*

IS 5: *»Ne, zakaj pa? Saj nimam nič takega, da bi mi lahko pomagala.«*

IS 8: *»Mislim, da zaenkrat ne potrebujeva. Noben od naju trenutno nima težjih bolezenskih znakov. In sva vesela, da je tako.«*

IS 9: *»Ne, ne rabim. Zakaj pa, kaj pa mi bo naredila?«*

Ovire za obisk zdravnika

Približno polovici starostnikov obisk ambulante splošne medicine predstavlja neko oviro. Čeprav so starostniki pogosti gostje v ambulantah, to še ne pomeni, da tja radi prihajajo oziroma da si to sami želijo. Starostniki navajajo različne ovire za obisk ambulante. Omenjajo tako fizične ovire, kot so slaba pokretnost, utrujenost, dolgotrajno čakanje, kot tudi psihične ovire, kot na primer občutek nezaželenosti, nadležnosti, občutek, da jim zdravnik tako ali tako ne more več pomagati, nekateri občutijo neko podzavestno vznemirjenost, tremo ali celo strah pred tem, da bi zdravnik odkril še kakšno novo bolezen, za katero še ne vedo. Velika večina anketiranih starostnikov je pritrnila, da zaradi različnih razlogov nerada zahaja v ambulanto družinske medicine.

IS 2: *»Zdravje. Veste, ko si mlad, greš k zdravniku v trdi veri, da ti bo pomagal, ko pa si star, pa si, še predno prideš k njemu, prepričan, da ti ne bo mogel pomagati, da ti samo malo lajša težave.«*

IS 3: *»Ja, to pa. Jaz bi zdajle že nekajkrat šla, pa si kar rečem, saj bo minilo tudi brez tega, in ostanem doma. Ne grem pa, ker mi to predstavlja napor, prav hud, hud napor. In to napor fizični in psihični ... včasih te je strah iti k zdravniku, ko vidiš, koliko pacientov čaka, pa ne želiš povedat za vse težave, ostaneš pri eni ali dveh. Mi pa jih imamo več in imaš potem občutek, da si tam nadležen in da si predolgo notri. In to ni fajn občutek.«*

IS 7: *»Ja, imam tremo ... no, tremo, vznemirjen si, kar najraje ne bi šel. Strah te je bolezní. Saj potem, ko si tam, je v redu, samo spraviš se težko tja.«*

IS 10: *»Ne, nimam težav ... No, ja, včasih se mi zdi, ko sem šel večkrat po zdravila ali pa zaradi kakšne druge stvari, se mi je zdelo, da me neradi vidijo, da tako pogosto prihajam. Občutek sem imel ta, nihče ni nič rekel, le občutek sem imel tak. In zaradi tega potem človek nerad gre tja.«*

3.4.5 Pogled in doživljanje starostnikov

V podtemi »Pogled in doživljanje starostnikov« smo prepoznali kode o izkušnjah in pričakovanjih starostnikov, o zadovoljstvu z obravnavo v ambulanti splošne medicine in na domu in njihovo videnje, kakšne lastnosti naj bi imela idealna medicinska sestra.

Izkušnje in zadovoljstvo

Na splošno so intervjuvani starostniki zadovoljni z obravnavo v ambulanti družinske medicine in povedo, da si sprememb v ambulanti sami ne želijo. Veliko jim pomeni lep odnos zdravstvenega osebja. Prijaznost in to, na kakšen način jih zdravstveno osebje sprejme že, ko vstopijo skozi vrata zdravstvene ustanove, naredi na njih velik vtis. Pomembno je, da zdravstveno osebje gradi pozitivne medosebne odnose s pacienti in tako povečuje stopnjo zaupanja pacienta med obravnavo samo. Vsaj tretjina intervjuvanih starostnikov pove, da jim veliko pomeni to, da jim na obravnavo ni treba čakati dolgo časa. Nekateri izmed pacientov so pacienti iste ambulante že vrsto let in neizmerno cenijo občutek domačnosti ter sprejetosti vedno znova in znova, ko obišejo ambulanto.

IS 1: *»Jaz sem kar zadovoljna, ko pridem in mi ni treba čakati. Ko se s svojimi prijateljicami pogovarjam, ki hodijo kam drugam v zdravstveni dom in čakajo po dve uri. Jaz nikoli nisem čakala več kot pol ure.«*

IS 5: *»Ne bi rekla, da bi si želela kaj spremenit, jaz sem zelo zadovoljna. Pa vsi ste tako prijazni, a vete, kaj to pomeni človeku? To, da te človek sprejme tako, to je vredno več kot zdravila. Res! Kakšen pogovor, pa lepa beseda, ki sem je vedno deležna.«*

IS 10: *»Nobenega problema nisem imel. Če je nujno, pridem še isti dan, če ne, pa nikoli nisem čakal več kot tri dni, da sem prišel na vrsto.«*

Veliko zadovoljstvo z obravnavo pa izražajo vsi starostniki, ki so deležni obiskov patronažne medicinske sestre na domu ali pa so bili v stiku z njo preko drugih družinskih članov. Pri izvajanju intervjujev smo ugotovili, da so teh obiskov deležni le trije od anketiranih starostnikov, ostali pa obiskov še nikoli niso potrebovali in so mnenja, da jih tudi ne potrebujejo. Starostniki so pričali o izrednih situacijah, ki so jih doletele na domu, kjer je patronažna medicinska sestra odigrala pomembno vlogo.

IS 1: *»Ja, meni je to veliko pomenilo. Jaz nisem znala ... on je imel noge vse v ranah, obe nogi, in to jaz ne bi znala narediti. To pa je ona vse uštimala, pa tudi napotke mi je dajala. Ene dvakrat se mi je mož tukaj zvrnil in nisem vedela, kaj naj naredim. In ona mi je tako lepo svetovala in me umirila, da sem potem lahko trezno razmišljala in pomagala možu. Zelo sem ji hvaležna.«*

IS 3: *»K meni pride patronažna sestra vsakih 10 dni. In vedno je polna dobrih nasvetov in lepih besed.«*

IS 10: *»Imel sem stik s patronažno medicinsko sestro, ki je hodila k moji ženi. Z njenim delom sem bil zelo zadovoljen in nikoli in nimam niti ene same pripombe čez njo. Bila je izredno prijazna sestra, predana svojemu delu. Vedno je raje naredila kako stvar več, tudi kaj takega, kar ji ne bi bilo treba. Zelo sem ji hvaležen, da je za mojo, sedaj že pokojno, ženo dobro skrbela, ji tudi polepšala mnoge težke trenutke.«*

IS 13: *»Zelo veliko mi pomeni in sestra in negovalke, ki so z mano vsak dan in mi pomagajo, da še kolikor toliko lahko vzdržujem samostojnost v nekaterih stvareh. Brez njih bi bilo življenje doma nemogoče.«*

Ko smo starostnike spraševali, kaj so pri obravnavi pogrešali oziroma ali bi si želeli drugačne obravnave, smo naleteli na precej kritik, vezanih na sekundarni nivo zdravstvene dejavnosti, kot so specialistični pregledi in hospitalizacije. Večina vprašanih je imela izkušnje s predolgimi čakalnimi vrstami in čakanjem v čakalnici tudi po več ur skupaj ter neprofesionalnim odnosom zdravstvenih delavcev.

Kvalitete medicinske sestre (lastnosti, pomembne starostnikom pri obravnavi)

Starostniki imajo zelo dobro izdelano mnenje o tem, kakšne lastnosti naj bi imela dobra medicinska sestra. Čeprav je za dobro medicinsko sestro pomembno veliko več kot samo prijaznost, empatija in ljubezniv človeški odnos, pa smo skozi večino intervjujev opazili, da so ti elementi po pričanju starostnikov najbolj pomembni oziroma najbolj cenjeni pri ocenjevanju zadovoljstva starostnikov osebe, ki jim nudi nego. Večina je med najbolj pomembne lastnosti uvrstila prijaznost in ljubeznivost osebe, ki jih neguje. To so lastnosti, ki opredeljujejo, kakšne bodo interakcije v medosebnem odnosu med pacientom in medicinsko sestro, oziroma lastnosti, ki zadevajo pacientove duševne potrebe, potrebe po podpori, razumevanju in sprejetosti. Manj so omenjali lastnosti, ki lahko potencialno vplivajo na sam izid zdravstvenega stanja, kot so na primer natančnost, strokovnost pri izvajanju posegov, izkušnje ipd.

IS 2: *»Če se samo spomnim, ko sem bil enkrat hospitaliziran ... pa saj ni pomembno kje ... tam sploh govorit niso hotele sestre. Pa saj so te poslušale, obnašale pa so se, kot da te ni. In to te pobije. Pa saj sem potem razmišljal, da nas je veliko in vsak nekaj hoče, ampak vseeno si želiš le to, da ti pokaže, da te posluša in razume.«*

IS 3: *»Osebe mora biti prijazno in imeti potrpljenje. Vsaj jaz si tako to predstavljam, da prijaznost odpre vsa vrata. In potem se tudi pacient veliko bolje počuti in čuti neko podporo. Ne pa, da gre mimo tebe kot led.«*

IS 8: *»V prvi vrsti mora biti vedno ljubeznivo razpoložena, tudi če pride kdaj kakšen tečen bolnik. Morate razumeti, da k vam prihajamo, ko nam nekaj manjka, ko smo v stiski. Takrat je lep odnos zelo pomemben, ker imaš potem eno zaupanje in lažje poveš svoje težave.«*

IS 12: *»Prvenstveno mora imeti do ljudi človeški odnos. Ne sme ji to biti samo služba, ampak ji mora biti v zadovoljstvo, da pomaga človeku. Če je to samo služba, potem oddelaš tistih par ur kot s papirjem, človek pa je bistveno več kot samo papir.«*

Intervjuvani starostniki medicinsko sestro štejejo za pomemben člen zdravstvenega tima in so mnenja, da je njen poklic pomembno in odgovorno delo. Mnogokrat so njihov zaupnik, svetovalec in oseba za tolažbo. Pomembno je, da si zna medicinska sestra vzeti čas in prisluhniti pacientu, mu pokazati, da ji lahko zaupa in da razume njegovo stisko.

IS 7: *»Oh, ja, sploh, če so tako srčne in dobre, se je veliko lažje pomenit kakšne stvari s sestrami. Če je sestra predana svojemu delu in zna dobro delat, je za pacienta in zdravnika zlata vredna.«*

IS 12: *»Včasih se lahko s sestro bolj pomeniš kakšne stvari in jih lahko ona potem prenese naprej zdravniku. Lahko ji poveš tudi kakšne stvari, ki niso medicinske narave, kakšne slutnje in podobne stvari, s katerimi ne želiš zdravnika obremenjevat. Sestri pa lažje zaupaš tudi takšne stvari, ker jo smatraš bolj sebi dostopno.«*

IS 13: *»Ona ima zelo, zelo odgovorno delo in je za to še premalo plačana. Jaz sem to opazovala, ko sem bila v bolnišnici. In bolnik se prej na medicinsko sestro obrača kot na zdravnika. Ona je tista, ki mora pretrpet vse, kar bolnika žuli, pa naj je to bolečina ali pa sitnoba ...«*

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli pridobiti uvid v doživljanje starosti starejših, spoznati in razumeti dejavnike in vrednote, ki imajo največjo vlogo pri ohranjanju kakovostnega življenja starostnika. Zanimalo nas je, kako pomembno in uspešno za ohranjanje njihovega zdravja in kakovostnega življenja je primarno zdravstveno varstvo.

Kot odgovor na prvo raziskovalno vprašanje smo ugotovili, da je samoocena zdravja pri anketiranih starostnikih povezana predvsem z bolečino in fizično omejenostjo za

opravljanje vsakdanjih aktivnosti oziroma aktivnosti, ki bi si jih starostniki želeli opravljati, in ne le od višjega števila prisotnih kroničnih bolezni. To lahko primerjamo s trditvami avtorice Železnik (2010), ki pravi, da sta dobro zdravje in uspešno staranje opredeljena predvsem v smislu sposobnosti starostnika za samostojno delovanje v določenem družbenem okolju. Ko smo intervjuvance vprašali po pokretnosti, jih je večina odgovorila, da se vsakodnevno sooča s tovrstno težavo. Ugotavljamo, da večina nima težav s samostojnim oblačenjem in vzdrževanjem osebne higiene. Opravljanje vsakdanjih aktivnostih (delo, gospodinjska dela, prosti čas, družina ...) pa predstavlja težavo za manj kot polovico intervjuvanih. Le-ti navajajo nekaj težav z opravljanjem aktivnosti ali pa aktivnosti niso zmožni opravljati. Kar slaba polovica intervjuvanih občuti zmerne bolečine ali neugodje do nevzdržne bolečine ali skrajno neugodje, kar ne bi mogli prenesti brez zdravil. Manj kot polovica vprašanih starostnikov pa je navedla težave z zmerno tesnobo ali potrlostjo ali pa skrajno tesnobo ali potrlost. Zirc in Skela Savič (2012) sta v svoji raziskavi prišli do ugotovitev, da se s starostjo zmanjšuje zaupanje o duševnih motnjah, saj so se starostniki iz najstarejše starostne skupine opredelili, da težav z duševnim zdravjem ne bi zaupali nikomur. Ugotovili smo, da nekateri intervjuvani slabše ocenjujejo svoje zdravje, čeprav imajo manj zdravstvenih težav oziroma kroničnih bolezni v primerjavi z drugimi. Prav takšno neskladje pa ugotavljajo tudi Sherman in sodelavci (2012), ki v raziskavi, opravljeni na Švedskem, opažajo, da starostniki nad 75 let svoje zdravje ocenjujejo kot dobro ali zelo dobro, kljub temu pa ob tem poročajo o težavah z zdravjem. Ob tem smo prišli do zaključka, da je rezultat samoocene zdravja pogojen tudi z drugimi faktorji, saj je samoocena subjektivna mera, na katero vplivajo različne okoliščine in ne le trenutno fizično in psihično počutje.

Torej bolezen le ni edina težava, ki pesti starostnike, jim zmanjšuje kakovost življenja in pogojuje slabšo samooceno zdravja. Starostniki so nam v času izvedbe intervjuja zaupali vse tegobe, ki niso nujno bolezenskega izvora, pa vseeno pridejo s starostjo. Najbolj težavna je za večino zavest, da nikoli več ne bodo uživali daru mladosti, ki človeku omogoča brezmejne možnosti za samostojnost v vseh pogledih. Skoraj vsi izmed njih niso več dovolj fizično zmogljivi za opravljanje vseh aktivnosti, ki si jih zadajo, celo vsakdanjih aktivnosti, ki so jih včasih počeli zlahka. Odpovedati se morajo

hobijem in stvarem, ki so jih v življenju veselili, kot na primer hišnemu ljubljencu, branju, skrbi za vnuke in podobno. Zaradi te nemoči sta velikokrat ogroženi njihova samostojnost in varnost, tudi znotraj njihovega lastnega doma. Tudi Zurc in Skela Savič (2012) ugotavljata, da starostniki pripisujejo največji pojav poškodb ravno neprevidnosti, boleznim in težavam z ravnotežjem, ki jih prinese starost. Posledično pa se povečuje strah pred bolečino in odvisnostjo od drugih.

Hvalič Touzery (2014) je v svoji raziskavi ugotovila, da samoocena zdravja starostnikov v Sloveniji s starostjo pada, najslabše so namreč svoje zdravje ocenili starejši nad 75 let, kar med našimi intervjuvanimi nismo mogli dokazati oziroma nismo našli posebne povezave med slabšo samooceno zdravja v odnosu na višjo starost. Vzrok je tudi premajhen vzorec vprašanih in premajhen razpon v starosti intervjuvancev. Tudi pričakovanja, da bodo starostniki, ki živijo sami, slabše ocenili svoje zdravje, nismo dokazali, saj je bila povprečna samoocena zdravja tistih starostnikov, ki živijo sami, skoraj enaka samooceni starostnikov, ki živijo s partnerjem ali otroki. Čeprav Sherman in sodelavci (2012) ugotavljajo, da je samsko življenje v starosti eden od dejavnikov, ki so slaba popotnica za zdravje, kot navajajo, so tisti starostniki, ki živijo sami, bolj dovzetni za nastanek bolezni in poročajo o slabšem fizičnem ter psihičnem zdravstvenem stanju in dobrem počutju kot druge skupine. Veliko slabše so ocenjevali svoje zdravje tisti starostniki, ki imajo veliko težav s pokretnostjo in niso več zmožni samostojnega opravljanja vsakodnevnih aktivnosti, ukvarjanja s hobiji, in tisti, ki vsakodnevno občutijo bolečine. Te ugotovitve pa so primerljive z raziskavo avtoric Tomšič in Orožen (2012), ki ugotavljata, da so glavni kriteriji, ki imajo močan vpliv na slabšo samooceno zdravstvenega stanja, ravno prisotnost kroničnih bolezni, dolgotrajne zmanjšane zmožnosti in bolečine. Ženske so v povprečju slabše ocenjevale svoje zdravstveno stanje kot moški, kar pa je primerljivo s švedsko raziskavo, v kateri so prišli do ugotovitve, da so ženske manj zadovoljne z življenjem v starosti in slabše ocenjujejo svoje tako psihično kot fizično zdravje (Berg, Hoffman, et al., 2008).

Če poskušamo odgovoriti na drugo raziskovalno vprašanje, bi izpostavili, da imajo starostniki po večini precej odklonilen odnos do zdravstvene oskrbe na domu. Skoraj vsi vprašani so bili mnenja, da obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu

ne želijo in nikakor ne potrebujejo. Pomemben podatek, ki ga moramo ob tem izpostaviti, je ta, da večina vprašanih nikoli niti ni bila deležna obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ali zdravnika na svojem domu, kar lahko kaže na odklonilen odnos predvsem zaradi novih in neznanih situacij in oseb, ki bi jih bili deležni v tem primeru. Zorc in Skela Savič (2012) v svoji raziskavi opazata, da s starostjo anketirancev močno upada zaupanje v zdravstveno osebje, zaupanje v družino in prijatelje pa se s starostjo povečuje. Starostniki starost sprejemajo in se na njo prilagajajo zelo različno. Za nekatere starost pomeni le bolezen in onemoglost in tega se bojijo, svojo bolezen pa zanikajo in odklanjajo pomoč drugih. Flakus (2010) pa je s svojo raziskavo dobila precej podobne ugotovitve, in sicer opisuje, da anketiranci ne navajajo velikih potreb po zdravstveni oskrbi na domu in da si večina vprašanih ne želi obiskov patronažne medicinske sestre. V nasprotju s tem pa so bili anketiranci naše raziskave, ki so deležni patronažnih obiskov, z le-timi zelo zadovoljni in hvaležni za vso nego in pomoč, ki jim je bila nudena s strani patronažne medicinske sestre.

Zelo velik pomen za prilagajanje na nove življenjske situacije v starosti in izboljševanje kakovosti življenja v tem življenjskem obdobju imata podpora in pomoč okolice, družinskih članov. Tudi Hlebec in Filipovič Hrast (2009) s svojo raziskavo ugotavljata in poudarjata, da so medgeneracijske vezi v družini nenadomestljiv vir socialne opore, predvsem v primeru onemoglosti in bolezni. Zato smo s tretjim raziskovalnim vprašanjem poskusili raziskati, kolikšno mero pomoči in podpore starostnikom nudijo njihovi družinski člani in pomembni drugi. Večina intervjuvanih starostnikov je vsakodnevno ali večino dni v tednu deležna različnih oblik pomoči s strani svojih otrok ali vnukov. Naši starostniki so kot najpomembnejšo obliko pomoči svojcev izpostavili psihično podporo oziroma že samo vsakdanji stik z mlajšimi družinskimi člani jim pomeni neizmerno veliko. Zmanjša občutek osamljenosti in v večini primerov zviša nivo občutka varnosti pri starostnikih, ki živijo popolnoma sami, kar pa v naši raziskavi predstavlja približno polovica intervjuvanih starostnikov. Tudi Zorc in Skela Savič (2012) sta prišli do primerljivih ugotovitev, in sicer da starostniki občutijo največji strah pred poškodbami ravno takrat, ko so sami, in v zimskem času. Tretjina intervjuvanih živi skupaj z zakonskim ali nezakonskim partnerjem ali v večgeneracijski družini skupaj z mlajšimi člani družine. Kljub temu da starostniki dobijo s strani mlajših družinskih

članov veliko podpore in pozornosti, pa smo dobili občutek, da veliko starostnikov občuti osamljenost oziroma žalost ali celo depresijo. To pripisujemo dejstvu, da je pri svojih letih večina njih že izgubila življenjskega partnerja in mnoge prijatelje, s katerimi so bili navajeni deliti trenutke vsakdana, njihovi otroci in vnuki pa so velikokrat pre zaposleni in imajo premalo časa za družinska druženja.

Tudi Rant (2013) v svojem članku opisuje rezultate raziskave, ki jo je izvedel Inštitut Antona Trstenjaka v Sloveniji. Rezultati kažejo na precej visok odstotek starostnikov, ki v gospodinjstvu živijo sami. Kar tretjina starostnikov, starih nad 75 let, si gospodinjstva ne deli z nikomer. Same pogosteje živijo predstavnice ženskega spola. Poleg psihične podpore pa so starostniki še kako potrebni tudi fizične pomoči svojcev. Kot najpotrebnejšo fizično pomoč v naši raziskavi starostniki omenjajo čiščenje, sploh na višini, in pomoč pri ostalih gospodinjskih opravilih. Prav tako zanje predstavlja težavo prinašanje živil iz trgovine, sploh če živijo v višjih nadstropjih in so brez dvigala. Več kot polovica starostnikov omenja, da je deležna tudi fizične pomoči družinskih članov, kar večina pa jih ima proti plačilu organizirano občasno ali stalno dodatno fizično pomoč na domu.

V četrtem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšna je po mnenju starostnikov dostopnost do oskrbe v ambulanti družinske medicine in na domu. Petek Šter (2010) ugotavlja, da starostniki predstavljajo skoraj tretjino vseh obiskov v splošnih ambulantah in da obiski starostnikov načeloma predstavljajo veliko daljši čas obravnave kot pri mlajših osebah ter obravnavajo več zdravstvenih problemov ob enem obisku.

Tudi v naši raziskavi so intervjuvanci potrdili dejstvo, da v starosti bistveno večkrat potrebujejo zdravstveno obravnavo kot v mlajših letih svojega življenja. To pripisujejo predvsem večji prisotnosti kroničnih in akutnih obolenj, bolečinam ter številnim poškodbam in priznavajo, da postajajo s starostjo ranljivejši. Ravno tako pa Kersnik (2014) ugotavlja, da enako velja tudi za obiske družinskega zdravnika na domu pacienta, saj so v največjem deležu, in sicer v 74 % obiskov zdravnika na domu, deležni ravno pacienti v tretjem življenjskem obdobju. Intervjuvani so v večini primerov zelo zadovoljni z dostopnostjo oskrbe v ambulanti družinske medicine. Najpomembnejše jim

je dejstvo, da na obravnavo v povprečju ne čakajo dlje kot dva do tri dni in da v čakalnici ambulate družinske medicine po navedbah ne čakajo dlje kot 15–30 minut. Veliko bolj pa se pritožujejo nad čakalnimi dobami in čakanjem v čakalnici na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva. Zelo majhen delež anketirancev pa je bil deležen tudi obiska osebnega zdravnika na svojem domu, in sicer le ena anketiranka, ki je tudi gibalno ovirana.

Kljub dobri dostopnosti do zdravstvene oskrbe na primarnem nivoju zdravstvenega varstva pa anketirani starostniki navajajo tudi določene ovire, ki jim predstavljajo težavo za obisk osebnega zdravnika v ambulanti družinske medicine. Pri petem raziskovalnem vprašanju ugotavljamo, da je takšnih približno polovica anketiranih starostnikov. Ovire smo v grobem razdelili na fizične in psihične ovire. Kot najpogostejše fizične ovire so starostniki navajali slabo pokretnost in težave s prevozom do ambulate. Bolj pogosto kot fizične pa vprašani navajajo psihične ovire, in sicer navajajo občutek nezaželenosti, nadležnosti, občutek, da porabijo preveč zdravnikovega časa, in občutek, da jim zdravnik tako ali tako ne more več pomagati, ter strah pred tem, da bi zdravnik odkril kakšno novo bolezen. Lahko rečemo, da je velika večina anketiranih starostnikov pritrčila, da zaradi različnih razlogov nerada zahaja v ambulanto družinske medicine. Nekateri starostniki navajajo, da imajo med obravnavo občutek, da se jim v ambulanti nekam mudi, in ne želijo prebiti v ambulanti veliko časa, ker vedo, da na zdravnika zunaj čakajo tudi drugi pacienti. Takrat velikokrat pozabijo omeniti kakšno stvar, zaradi katere so pravzaprav prišli. Williams, Haskard in DiMatteo (2007) v svojem članku opisujejo, da poleg ustreznega dostopa do zdravstvenih storitev dobra terapevtska komunikacija s starostnikom predstavlja bistven del njihovega zdravljenja. Izid zdravljenja ni odvisen le od zdravstvenega stanja starostnika in skrbi za njegovo fizično zdravje, temveč je treba pozornost in skrb usmeriti tudi v njegove psihosocialne potrebe. Tudi iz naše raziskave lahko sklepamo, da ima pomembno vlogo pri tem, da starostnik rad ali pa brez strahu pride v ambulanto družinske medicine, tako verbalna kot neverbalna komunikacija vseh zaposlenih v ambulanti, ki pridejo v stik s pacientom. Pomembno je, da starostnik ob prihodu in obravnavi dobi občutek, da je v ambulanti zaželen in sprejet. Tako se bo lažje sprostil, nam lažje zaupal težave in strahove in posledično bo tudi obravnava takega pacienta lažja in bolj učinkovita.

Da bi lažje razumeli starostnike, pa smo pri šestem raziskovalnem vprašanju ugotavljali, kateri dejavniki so po njihovem mnenju najpomembnejši pri obravnavi v ambulanti družinske medicine in na domu. Največ odgovorov je bilo povezanih predvsem z odnosom med osebjem in pacientom, zato lahko iz raziskave ugotovimo, da intervjuvani najbolj cenijo prijazno komunikacijo in občutek sprejetosti. Poleg tega zelo cenijo to, da je oseba, s katero imajo stik, dostopna, potrpežljiva, empatična ter da zna prisluhniti sogovorniku. Le eden od intervjuvanih je pred odnose postavil strokovnost in delavnost zdravstvenih delavcev. Svoje ugotovitve pa lahko primerjamo z ugotovitvami avtoric Železnik in Rajčič (2014), ki prav tako opisujeta, da je anketiranim pacientom iz njune raziskave pri obravnavi na domu najpomembnejša prijaznost medicinskih sester. Poleg tega so izpostavili tudi spoštovanje diskretnosti in zasebnosti pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege ter strokovno izvedbo negovalnih aktivnosti. Tudi Perušek in sodelavci (2013) ugotavljajo, da je anketiranim starostnikom njihove raziskave pri obravnavi diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu najbolj pomembna vljudnost in prijaznost medicinskih sester, in poudarjajo, da so spoštovanje, vljudnost, prijaznost, poslušanje in razumevanje ključnega pomena za profesionalno delovanje medicinskih sester in vzpostavitev človeškega odnosa med zdravstvenim delavcem in pacientom.

Opozoriti moramo, da je imela raziskava tudi določene omejitve, ki se kažejo v tem, da smo raziskavo izvedli le s starostniki, opredeljenimi v Zdravstvenem zavodu Revita, kjer je dostopnost do zdravnika dobra in morda ni primerljiva z dostopnostjo v drugih delih države. Treba je poudariti, da pridobljenih rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo starostnikov nad 85 let in bi za realno oceno stanja na tem področju morali raziskavo opraviti na večjem številu starostnikov, živečih v različnih predelih Slovenije. Ravno tako pa ima raziskava omejitve z vidika aktivne vpletenosti raziskovalca v obdelavo podatkov, in sicer zaradi možne subjektivne interpretacije intervjujev.

4 ZAKLJUČEK

Z našo raziskavo smo ugotovili, da imajo intervjuvani zelo različne potrebe in poglede na to, kaj pomeni kakovostna starost in kaj jim pri zagotavljanju kakovostnega staranja najbolj pripomore ali jih ovira. Vsekakor pa smo pri skoraj vseh intervjuvanih starostnikih izluščili skupne, najbolj pogoste in pomembne dejavnike, ki zagotavljajo dostojno, bogato in polno zadnje življenjsko obdobje. Prišli smo do zaključka, da sta v starosti najbolj cenjeni vrednoti samostojnost in neodvisnost, ti pa sta zelo tesno povezani z zdravjem. Delo jim pomeni zelo veliko, jim daje občutek zadovoljstva, koristnosti in jih krepi. Tudi samoocene svojega zdravstvenega stanja ne povezujejo direktno samo z zdravjem, ampak s svojo sposobnostjo samostojnega opravljanja različnih opravil ter skrbjo zase in pa občutenjem bolečine. Starostniki na starost gledajo s pozitivne plati in se je ne branijo, dokler so še sami sposobni skrbeti zase. Kadar pa jih začneta bolezen in bolečina hromiti in načenjati njihovo sposobnost, da poskrbijo sami zase, se morajo začeti v življenju odpovedovati mnogim stvarem, ki so poprej bogatile njihov vsakdan.

Pri ohranjanju zdravja in neodvisnosti starostnika igrajo pomembno vlogo njegova družina in pomembni drugi. Čeprav intervjuvani starostniki po večini živijo sami, pa imajo s strani mlajših družinskih članov zelo veliko pomoči in podpore. Pomembno jim je, da imajo urejeno družinsko okolje in dovolj stikov z družinskimi člani. Družina jim pomeni zelo veliko in jim daje občutek varnosti, opore in pripadnosti ter na njihovo ohranjanje zdravja vpliva zelo pozitivno.

Starostniki, ki so sodelovali v raziskavi, so še dodatno potrdili dejstvo, da so v starosti pogosti obiskovalci ambulante družinske medicine in da zdravstvene usluge s staranjem potrebujejo vse pogosteje. Kljub mnogim zdravstvenim težavam v starosti pa zanikajo potrebe po zdravstveni oskrbi na domu in pravijo, da ne želijo po nepotrebem obremenjevati že tako preobremenjenega zdravstvenega sistema. S starostjo pridobivajo veliko več akutnih in kroničnih bolezni ter bolečin, večkrat se ponesrečijo in potrebujejo več zdravil. Ugotovili smo, da neradi zahajajo v ambulanto družinske medicine, kljub temu da so z uslugami primarnega zdravstva po večini kar zadovoljni. Velikokrat ob

prehitrem tempu dela in gnečah v ambulanti družinske medicine pozabimo, da smo tu ravno zaradi pacientov, ki so v svojih stiskah, zaradi katerih prihajajo, večkrat zelo občutljivi in zelo hitro dobijo občutek odvečnosti in nezaželenosti. Ob prihodu v ambulanto ali pri oskrbi na domu se starostnikom zdijo najbolj pomembni lep odnos, prijaznost, nasmeh in lepa, vzpodbudna beseda. Radi se počutijo sprejete in veliko jim pomeni, da jih poslušamo in razumemo njihovo stisko.

S pomočjo raziskave smo dobili pomembne podatke, ki nam služijo kot pomoč pri razumevanju problematike najstarejših starostnikov v tem obdobju življenja. Dobljeni rezultati zaradi omejitve raziskave žal ne morejo biti odraz realnega stanja na tem področju, saj so le okvirni prikaz stanja in težav, s katerimi se spopadajo starostniki in katere so odgovorne za znižano kakovost življenja v starosti, in nam lahko služijo le kot vodilo k nadaljnjemu raziskovanju. Raziskavo bi bilo smiselno izvesti na večjem številu starostnikov, prav tako pa bi morali izbrati starostnike iz različnih slovenskih krajev, z različno dostopnostjo do zdravstvenih storitev.

5 LITERATURA

Agencija Republike Slovenije za okolje, 2014. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu. [online] Available at: http://kazalci.arso.gov.si/?data=indicator&ind_id=805 [Accessed 26 July 2017].

Berčan, M., 2012. Staranje prebivalstva in patronažno zdravstveno varstvo. *Kakovostna starost*, 15(2), pp. 35-38.

Čuk, V., 2011. Celostna obravnava starostnika z duševno motnjo. In: M. Jurdana, T. Poklar Vatovec & M. Peršolja Černe, eds. *Razsežnosti kakovostnega staranja*. Koper: Univerzitetna založba Annales, pp. 179-197.

Doherty, M. & Thompson, H., 2014. Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. *British Journal of Community Nursing*, 19(10), pp. 502-507.

Flakus, N., 2010. *Starejši ljudje v domačem okolju: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Gnezda, M., 2009. *Andragog kot svetovalec odraslemu za zdravje v starosti: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta – Oddelek za pedagogiko in andragogiko.

Hlebec, V. & Filipovič Hrast, M., 2009. Medgeneracijska solidarnost v družini. In: V. Tašner, I. Lesar, M. Antić Gaber, V. Hlebec & M. Pušnik, eds. *Brezspopada : kultur, spolov, generacij*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, pp. 257-273.

Horvat, M., 2011. Obravnava starostnika v domačem okolju. In: R. Medved, Z. Tičar & R. Jože, eds. *Geriatrja in gerontologija v slovenskem prostoru: zbornik referatov. Brdo 15. september 2011*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, pp. 15-30.

Hvalič Touzery, S., 2014. Zdravje, počutje in zadovoljstvo z življenjem najstarejših starih v Sloveniji. *Teorija in praksa*, 51(2-3), pp. 458-474.

Hvalič Touzery, S., 2007. »Tukaj smo! Opazite naše delo! Pomagajte nam!« – Raziskava o oskrbi starega človeka v družini. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 10(2), pp 4-27.

Hvalič Touzery, S., Kydd, A. & Skela Savič, B., 2013. Odnos do dela s starostniki med kliničnimi mentorji. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), pp. 157-168.

Imperl, F., 2012. *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co.

Jorm, L.R., Walter, S.R., Lujic, S., Byles, J.E. & Kending, H.L., 2010. Home and community care services: a major opportunity for preventive health care. *Geriatrics*, 10(26), pp. 1-9.

Kersnik, J., 2014. Mesto hišnega obiska pri delu zdravnika družinske medicine. In: E. Zelko, ed. *VII. Zdravčevi dnevi: Hišni obisk, urgencia in paliativna oskrba bolnika v ambulanti družinske medicine. Moravske Toplice, 12. in 13. 9. 2014*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 5-9.

Kovačič, M., Filipovič Hrastar, M. & Hlebec, V., 2012. Starejši ljudje in njihove strategije shajanja s tveganji za zdravje. *Zdravstveno varstvo*, 51(3), pp. 163-172.

Kuhar, M., 2007. *Sociološki vidik: prevrednotenje staranja in starosti*. [pdf] Available at: http://www.kapitalska-druzba.si/_files/506/kad_zbornik2007_metka_kuhar.pdf [Accessed 11 August 2017].

Lampe, T. & Poljšak, B. 2011. Proces staranja: vzroki, posledice in ukrepi. In: D. Rugelj & F. Sevšek, eds. *Aktivno in zdravo staranje. Ljubljana, 10. marec 2011*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Maček, B., Skela Savič, B. & Zurc, J., 2011. Dejavniki socialne integracije starostnika v domačem okolju. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), pp. 181-187.

Majdančević, S., 2013. *Vloga medicinske sestre pri preprečevanju starizma: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Meden Vrtovec, H., 2011. Staranje ženske populacije. In: Medved R., Ramovš J. & Tičar Z., eds. *Geriatrija in zdravstvena gerontologija v slovenskem prostoru*, Brdo 15. september 2011. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, pp. 51-58.

Milavec Kapun, M., 2011. *Starost in staranje*. 1. izd. Ljubljana: Zavod IRC/Inpletum.

Mirc, A. & Čuk, V., 2010. Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanca z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), pp. 163-172.

Pahor, M. & Domajnko, B., 2007. Kdo me bo gledal? Socialna opora, zdravje in bolezen starejših ljudi. *Teorija in praksa*, 44(1-2), pp. 254-276.

Pahor, M., Domajnko, B. & Hlebec, V., 2009. Spleti zdravja in bolezni: Socialna omrežja starejših kot dejavnik zdravja. In: V. Hlebec, ed. *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej, pp. 221-236.

Penger, S. & Dimovski, V., 2007. *Strategija aktivnega staranja prebivalstva Slovenije s poudarkom na kakovostnem staranju in medgeneracijskem sožitju*. [pdf] Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. Available at: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/ib/2007/ib1-07.pdf#4 [Accessed 11 August 2017].

Perušek, A., Zorc, J. & Skela Savič, B., 2013. Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(3), pp. 253-259.

Petek Šter, M., 2010. *Najpogostejši zdravstveni problemi starostnikov v ambulanti družinske medicine*. [online] Available at: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/7ec4a6b3212d270fb2d4f8dd5880fc9c.pdf> [Accessed 11 August 2017].

Petek, D., 2007. Pomen samoocene zdravstvenega stanja. In: M. Bulc, H. Turk & J. Kersnik, eds. *Vključevanje bolnikov v zdravljenje: učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, oktober 2007*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 29-33.

Petrič, D. & Žerdin, M., 2013. *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji*. [pdf] Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mreza_na_primarni__sekundarni_in_terciarni_ravni/Mreza_za_ZS_13-11-2013-lektorirano.pdf [Accessed 11 August 2017].

Ramovš, J., 2013. Današnje zanimanje za staranje, starost in medgeneracijsko sožitje. In: J. Ramovš, ed. *Starost in staranje*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, pp. 23-36.

Ramovš, J., 2010. *Gerontologija*. [online] Available at: <http://www.instantrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1045.html> [Accessed 21 September 2017].

Ramšak Pajk, J. & Poplas Susič, T., 2017. Izkušnje medicinskih sester v patronažnem varstvu z obiski na domu v okviru projekta Nadgrajena celovita obravnava pacienta: rezultati pilotne raziskave. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), pp. 24-33.

Ramšak Pajk, J., 2016. Uvodno poglavje h knjigi Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. In: A. Ljubič, ed. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. 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. 15-20.

Rant, M., 2013. Sobivanje in samovanje v starosti. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 16(2), pp. 3-12.

Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A. & Törnkvist, L., 2012. The 75-year-oldpersons' self-reported health conditions: a knowledge base in the field of preventive home visits. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), pp. 3170-3182.

Skela Savič, B., 2010. Staranje in zdravje – izzivi za zdravstveno nego. In: J. Hvalič Touzery, B. M. Kaučič, M. Kocijančič & N. Rustja, eds. *Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika. Ljubljana 21. in 22. junij, 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 17-27.

Slamnik, M., 2009. *Pomen poznavanja socialne opore v starosti za dobro zdravstveno nego: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Statistični urad Republike Slovenije, 2010. *Prebivalstvo Slovenije se stara-potrebno je medgeneracijsko sožitje*. [pdf] Statistični urad Republike Slovenije. Available at: http://www.stat.si/doc/pub/Staranje_prebivalstva_slo.pdf [Accessed 11 August 2017].

Statistični urad Republike Slovenije, 2015. *Leta 2060 bo predvidoma skoraj vsak tretji Slovenec star 65 ali več let*. [online] Statistični urad Republike Slovenije. Available at: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/5477> [Accessed 10 September 2017].

Statistični urad Republike Slovenije, 2012. *Kakovost življenja*. [pdf] Statistični urad Republike Slovenije. Available at: <http://www.stat.si/doc/pub/Kakovost.pdf> [Accessed 11 August 2017].

Statistični urad Republike Slovenije, 2015. *Projekcije 2015: v 2080 naj bi bilo prebivalcev Slovenije manj kot danes, delež starejših višji*. [online] Available at: <http://www.stat.si/StatWeb/Arhiv/prikazi-novico?id=6584&idp=17&headerbar=15> [Accessed 11 August 2017].

Statistični urad Republike Slovenije, 2016. *Svetovni dan zdravja*. [online] Available at: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/5867> [Accessed 11 August 2017].

Swedish National Institute of Public Health, 2007. *Healthy Ageing – A Challenge for Europe*. [pdf] Swedish National Institute of Public Health. Available at: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_26_frep_en.pdf [Accessed 11 August 2017].

Šircelj, M. 2009. Staranje prebivalstva v Sloveniji. In: V. Hlebec, ed. *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristotelj, pp. 15-44.

Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Perernelj, A. & Brložnik, M., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 245-252.

Tomšič, M., 2010. Antropološki pogled na obdobje starosti. *Monitor ISH*, 12(2), pp. 173-200.

Tomšič, S. & Orožen, K., 2012. Samoocena zdravja. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel-Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 17-27.

Uradni list Republike Slovenije, 1998. *Navodila za izvajanje primarnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*. [online] Available at: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=199819&stevilka=807> [Accessed 11 August 2017].

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Williams, S., Haskard, K. & DiMatteo R., 2007. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clinical Interventions in Aging*, 2(3), pp. 453-467.

World Health Organization, n.d. *Constitution of WHO: principles*. [online] Available at: <http://www.who.int/about/mission/en/> [Accessed 11 August 2017].

Zavrl Džananović, D., 2008. *Patronažno varstvo Slovenije v obdobju od leta 2000 do 2008*. [pdf] Inštitut za varovanje zdravja. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/pod_pv_obdobje_2000 do2008.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/pod_pv_obdobje_2000_do2008.pdf) [Accessed 11 August 2017].

Zavrl Džananović, D., 2010. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 117-125.

Zurc, J. & Skela Savič, B., 2012. Življenjski slog starostnikov v Gorenjski regiji na področju duševnega zdravja in preventive pred poškodbami. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(3), pp. 209-217.

Železnik, D., 2010. Pomen izobraževanja študentov za zdravstveno nego starega človeka. In: S. Hvalič Touzery, B.M. Kavčič, M. Kocijančič & N. Rustja, eds. *Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju zdravstvene nege starostnika: zbornik prispevkov / strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo*. Ljubljana, 21. in 22. junij, 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 38-46.

Železnik, D. & Rajičič, S., 2014. Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 195-205.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Sem Alma Hilić, študentka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. V okviru diplomskega dela z naslovom »Starejši nad 85 let in njihov pogled na zdravje in primarno zdravstvo« pod mentorstvom mag. Jožice Ramšak Pajk, viš. pred., želim izvesti raziskavo med starostniki, starimi nad 85 let.

Z izvedbo intervjuja bi pridobila dragocene podatke za izvedbo raziskave, zato Vas vljudno prosim za Vaše sodelovanje. Pridobljeni podatki služijo zgolj za namen raziskave v okviru diplomskega dela in zagotovljena bo anonimnost pridobljenih podatkov.

Za sodelovanje se Vam najlepše zahvaljujem!

Vprašanja za prvi sklop intervjuja:

Pred vsakim vprašanjem z X v kvadrateg označite ustrezen odgovor ali ga napišite na črto.

1. SPOL

- ženski
- moški

2. STAROST

Dopolnjena starost – v letih _____

3. KAKŠEN JE VAŠ STATUS RAZMERJA?

- samski/-a
- poročen/-a
- ločen/-a
- ovdovel/-a
- vrazmerju

4. IZOBRAZBA

- osnovnošolska
- srednješolska
- višješolska
- visokošolska

- univerzitetna
- magisterij, doktorat

5. OCENA VAŠEGA EKONOMSKEGA STATUSA

- zelo slab
- slab
- dober
- zelodober

6. S KOM BIVATE

- sam/-a
- partner/zakonec
- otroci
- drugi _____

7. Koliko članov šteje vaša družina (vključno z vami): _____

Vodilna vprašanja za intervju:

– Kako bi ocenili svoje trenutno zdravstveno stanje? Lestvica!

- a. Kako bi na splošno ocenili svoje zdravje v zadnjem letu na lestvici od 1 do 10, pri čemer pomeni 10 najboljše?
- b. Kako ste s stanjem trenutno zadovoljni? Ponovno ocenite od 1 do 10, pri čemer pomeni 10 najbolj zadovoljen.

– Kako Vi doživljate spremembe v zdravju v zvezi s starostjo? Opišite!

- a. Kaj po Vašem mnenju predstavlja kakovostno življenje?
- b. Kateri dejavniki najbolj načenjajo Vašo kakovost življenja (fizični, psihični, socialni ...)?

– Kako in na kakšen način doživljate podporo Vaše družine pri ohranjanju Vašega zdravja?

- a. Na kakšen način okolica (prijatelji in sosedje, drugi ...) pripomorejo k Vašemu zdravju in dobremu počutju?
- b. Koga poleg družine še vključujete v Vašo pomoč?

- Opišite, kaj za Vas pomeni to, da lahko živite doma.
 - a. Kateri so poglavitni dejavniki, zaradi katerih si želite ali ne želite ostati doma?

- Kako pogosto ste v zadnjem letu potrebovali zdravstvene storitve (zdravnika, patronažno medicinsko sestro)?

- Kako ste bili zadovoljni z obravnavo v ambulanti/s strani patronažne dejavnosti?
 - a. Ali ste kaj pogrešali?
 - b. Bi si želeli drugačne obravnave?

- Katere kvalitete mora po vašem mnenju imeti medicinska sestra/kateri dejavniki so Vam pri obravnavi najbolj pomembni?

- Ali za Vas obisk zdravnika predstavlja kakšno oviro?
 - a. Ali bi potrebovali obravnavo patronažne medicinske sestre?

- Ali se Vam zdi, da je obisk medicinske sestre ravno tako pomemben kot obisk zdravnika?
 - a. Kaj Vam pomeni obisk patronažne medicinske sestre na Vašem domu? (izkušnje)

- Ali nam lahko zaupate, kakšna je Vaša življenjska filozofija ali moto?

Vprašalnik o zdravju EQ-5D-3L

(slovenska verzija za Slovenijo)

V vsaki od spodnjih skupin treh trditev označite tisti odgovor, ki najbolj ustrezno opiše Vaše počutje na današnji dan.

Pokretnost

Pri hoji nimam nobenih težav.

Pri hoji imam nekaj težav.

Priklenjen/-a sem na posteljo.

Skrb zase

Zase poskrbim brez težav.

Pri umivanju ali oblačenju imam nekaj težav.

Ne morem se sam/-a umivati ali oblačiti.

Vsakdanje aktivnosti (npr. delo, študij,

gospodinjska dela, družina, prosti čas)

Vsakdanje aktivnosti mi ne povzročajo težav.

Vsakdanje aktivnosti opravljam z nekaj težavami.

Vsakdanjih aktivnosti nisem zmožen/-na opravljati.

Bolečina/neugodje

Ne čutim bolečin oziroma nimam občutka neugodja.

Pestijo me zmerne bolečine ali občutki neugodja.

Čutim nevzdržne bolečine ali skrajno neugodje.

Tesnoba/potrnost

Nisem tesnoben/-na ali potrt/-a.

Sem zmerno tesnoben/-na ali potrt/-a.

Sem skrajno tesnoben/-na ali potrt/-a.

Da bi Vam pomagali označiti, kako dobra ali slaba so določena zdravstvena stanja, smo izrisali lestvico, podobno termometru. Na njej smo s 100 označili najboljše zdravstveno stanje, ki si ga lahko zamislite, z 0 pa najslabše zdravstveno stanje, ki si ga lahko zamislite.

Prosimo, da na tej lestvici označite, kako dobro ali slabo je po Vašem mnenju Vaše zdravstveno stanje danes. To naredite tako, da od črnega pravokotnika spodaj povlečete črto do tiste točke na lestvici, ki najbolje označuje, kako dobro ali slabo je Vaše zdravstveno stanje na današnji dan.

**Vaše
zdravstveno
stanje**

Najboljše
zdravstveno
stanje, ki si ga
lahko zamislite

