



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POMEN PATRONAŽNIH OBISKOV PRI
OHRANJANJU KAKOVOSTI ŽIVLJENJA
STAREJŠIH S POUDARKOM NA
PREPREČEVANJU PADCEV**

**THE IMPORTANCE OF COMMUNITY
NURSE VISITS IN RETAINING THE
QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY
WITH THE EMPHASIS ON PREVENTING
FALLS**

Diplomsko delo

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidatka: Simona Žen

Jesenice, september, 2019

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., ki mi je svetovala in mi ves čas nudila strokovno pomoč in prijazno podporo. Zahvaljujem se doc. dr. Radojki Kobentar za recenzijo in Kaji Otovič, univ. dipl. spl. jez., za lektoriranje diplomskega dela.

Iskreno se zahvaljujem tudi svoji družini za potrpežljivost in podporo v času študija ter vsem, ki so v intervjujih sodelovali in tako pripomogli k izvedeni raziskavi.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Starostna doba ljudi se daljša. Naraščajoče število starostnikov zahteva kompleksno obravnavo in pristop. Patronažna služba se kot nosilka preventivne oskrbe z obiski v družinskem okolju srečuje z zahtevnimi nalogami in izzivi pri preprečevanju padcev pri starostnikih.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti, kako in v kolikšni meri diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu z obiski na domu vplivajo na boljšo kakovost življenja in na preprečevanje padcev pri starostnikih.

Metoda: Uporabili smo polstrukturiran intervju. Vzorec je namenski. V raziskavo smo vključili osem intervjujev z vprašanji v zvezi s preventivnimi obiski patronažne medicinske sestre pri starostnikih na domu. Po privolitvi smo ga izvedli s tremi zaposlenimi diplomiranimi medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu v okviru Osnovnega zdravstva Gorenjske. Vseboval je osem vodilnih vprašanj. Po privolitvi smo z verižnim vzorčenjem izvedli še pet intervjujev s starostniki s 16 vprašanji in Likertovo lestvico z devetimi trditvami, ki smo jih uporabili pri interpretaciji vsebine. Uporabili smo kvalitativno metodo analize besedila.

Rezultati: Pri analizi citatov udeležencev raziskave smo po doseženi nasičenosti prepoznali 18 pomembnih kod in jih oblikovali v sedem podkategorij, ki so: preventiva, dejavniki tveganja, socialna opora, posledice padcev in stanje, rehabilitacija in oskrba, doživljanje in pričakovanja ter podpora diplomirane medicinske sestre in patronažni obiski. Iz podkategorij smo oblikovali tri kategorije: preventivno delovanje, prepoznani dejavniki tveganja ter doživljanje in pričakovanja.

Razprava: Rezultati pokažejo, da so preventivni obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu potrebni. S svojim znanjem in kompetencami izboljšajo kakovost življenja starostnika, zlasti po padcu. Kontinuiteta dela patronažnega varstva temelji na odličnosti in opozarja na značilne dejavnike tveganja. Starostniki se dobro odzivajo in pričakovano prepoznajo pozitivnost preventive. Ugotovili smo odstopanja: vsi starostniki niso obravnavani. Treba bo ugotoviti razloge in odpraviti vzroke. Potrebne bi bile podobne raziskave na večjem vzorcu obravnavane skupine.

Ključne besede: patronažno varstvo, socialno okolje, preventiva poškodb, starostniki

SUMMARY

Background: Life expectancy is prolonging, and the growing number of the elderly demand complex healthcare provision and approaches. Community nursing, the service of providing health care and preventive services to patients by visiting them in their home setting, tackles the demanding tasks and challenges in the prevention of falls in the elderly.

Aims: The aim of the thesis was to establish how and to what extent registered nurses in community nursing influence the quality of life of the elderly and the prevention of falls in this group by visiting them in their domestic environment.

Methods: A semi structured interview was employed. The sample was purposive. The study included eight interviews with questions related to preventive visits of the elderly by a community nurse. After obtaining consent, interviews were first conducted with three registered nurses employed in community nursing of the Gorenjska Basic Healthcare Services. It included eight leading questions. After again obtaining consent, we performed five additional interviews with older chronic patients by chain sampling; the interview included 16 questions and a Likert scale with nine items which were used in the content analysis. The quantitative method of text analysis was employed.

Results: A total of 18 significant codes emerged in the analysis of respondents' statements after saturation was reached; these were grouped into seven subcategories: prevention, risk factors, social support, consequences of falls and the resulting health status, rehabilitation and care, experiences and expectations, and support of a registered nurse and their community nursing visits. Three categories were derived from the subcategories: preventive action, identified risk factors, and experiences and expectations.

Discussion: Results revealed that the preventive visits of registered nurses employed in community nursing are necessary. With their knowledge and competencies, they improve the quality of life of the elderly, especially after a fall. The continuity of community nursing work is based on excellence standards and detects warning signs of characteristic risk factors. The elderly respond well to community nursing and, as expected, understand the benefits of prevention. We also established some irregularities, namely that all elderly are not included in community nursing services. It is necessary to

identify the reasons for that and eliminate them. Similar research on a bigger sample of the target group is necessary.

Key words: community nursing, social environment, prevention against injuries, the elderly

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	4
2.1 PADCI PRI STAROSTNIKI.....	4
2.1.1 Dejavniki tveganja v domačem okolju	4
2.1.2 Spremembe po poškodbi zaradi padca	6
2.1.3 Patronažno zdravstveno varstvo in izzivi	7
2.2 STAROSTNIK IN KAKOVOST ŽIVLJENJA.....	9
2.2.1 Vpliv na kakovost življenja	9
2.2.2 Pojavnost in obseg kroničnih bolezni.....	10
2.2.3 Projekti in strategije.....	11
2.3 PREVENTIVA IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA PADEC	12
2.3.1 Preventivna obravnava starostnika	12
2.3.2 Vloga patronažnega zdravstvenega varstva.....	13
2.3.3 Vloga referenčne ambulante družinske medicine.....	14
2.3.4 Razvoj programov nadgradnje zdravstvenega varstva	15
3 EMPIRIČNI DEL.....	16
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	16
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	16
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	17
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
3.3.2 Opis merskega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca.....	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	20
3.4 REZULTATI.....	21
3.4.1 Preventiva.....	21

3.4.2 Dejavniki tveganja.....	23
3.4.3 Socialna opora	25
3.4.4 Posledice padcev in stanje	27
3.4.5 Rehabilitacija in oskrba	29
3.4.6 Doživljanje in pričakovanja.....	30
3.4.7 Podpora diplomiranih medicinskih sester in patronažni obisk.....	31
3.5 RAZPRAVA.....	35
4 ZAKLJUČEK	41
5 LITERATURA	42
6 PRILOGE.....	51
6.1 INSTRUMENT	51
6.1.1 Vprašalnik za intervju z diplomirano medicinsko sestro.....	51
6.1.2 Vprašalnik za intervju s pacienti	52

KAZALO SLIK

Slika 1: Model odvisnosti prepoznanih podkategorij in kategorij	35
---	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Predstavitev demografskih podatkov udeleženk patronažnega varstva	18
Tabela 2: Predstavitev demografskih podatkov udeleženih starostnikov	19
Tabela 3: Preglednica ogroženosti za padeč in dejansko stanje starostnika	25
Tabela 4: Pregled pridobljenih kod, podkategorij in kategorij	34

SEZNAM KRAJŠAV

DMS	Diplomirana medicinska sestra
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
Ur. l. RS	Uradni list Republike Slovenije
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 UVOD

Število starostnikov v Sloveniji hitro narašča. Delež vseh oseb, starejših od 65 let, se je v obdobju 2008–2015 povečal za 2,7-odstotnih točk. Na polovici leta 2014 je delež znašal 17,7 %, ob polletju 2018 pa že 19,7 %. Gibanje kazalcev v občinah Zgornje Gorenjske je približno za 1 % višje kot za povprečje Slovenije, predvidevanje za leto 2035 pa dosega 27 % (Statistični urad Republike Slovenije, 2018). V zadnjih desetletjih hitro narašča delež prebivalcev, starih 65 let in več, porast pa naj bi se v naslednjih desetletjih pospešeno nadaljeval. Navedena demografska sprememba predstavlja na eni strani številne zdravstvene ter socialnoekonomske izzive in priložnosti, na drugi strani pa se odnos družbe do staranja in pozne starosti spreminja bistveno počasneje. V prihodnjih letih bo vse bolj pomembno preventivno izobraževanje starejših: poznavanje zdravega življenjskega sloga tako v širši družbi kot pri strokovnem delu, priznavanje in upoštevanje različnih vidikov učinkovitega delovanja starostnikov ter zagotavljanje spodbudnega okolja, vključno z izboljšanjem komunikacije med generacijami (Zupančič, Kavčič in Colnerič, 2011 cited in Svetina & Zupančič, 2013, p. 67).

Starejši ljudje so v večini razvitih držav najhitreje rastoča skupina prebivalstva. Njihova pričakovanja glede zdravja in vključenosti v družbo ter njihovi dosežki izpodbijajo dogmo o neizbežnem upadanju sposobnosti in zdravja v starosti. Izboljšanje zdravja in daljšo pričakovano življenjsko dobo starostnikov pripisujemo delovanju javnega zdravstva, socialnim programom v zdravstveni negi, pravilnemu in zdravemu prehranjevanju, zmanjševanju dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni in raka, bivalnim pogojem in boljšim možnostim vzdrževanja socialnih stikov. Bolj izobraženi in premožnejši ljudje živijo bolj zdravo, saj jim njihov dohodek omogoča večjo izbiro pri načinu življenja, mogoče tudi zato, ker pričakujejo ugodnejšo starost (Schpolarich, 2016).

V starostnem obdobju se bistveno spremenijo telesne, duševne, socialne in duhovne lastnosti organizma, spremenita se tudi izvajanje in delovanje življenjskih dejavnosti. Zato starostnik potrebuje celostno obravnavo. Preventivni obiski se opravljajo dvakrat letno pri kronično obolelih, osamljenih in socialno ogroženih osebah, starejših od 65 let

(Gačnik, 2011). Sedanja ureditev zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji zagotavlja pravico do zdravljenja in nege na domu v obsegu, ki ga ugotovi ali odredi osebni zdravnik. Pravica vključuje potrebne obiske zdravnika ali storitve patronažne službe na domu, pri čemer patronažna medicinska sestra izvaja storitve zdravstvene nege in skrbi za preventivo (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2014).

Pravica uporabnika iz obveznega zavarovanja po 23. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2013) so patronažni obiski, zdravljenje in nega v socialnovarstvenih zavodih in na domu. V priporočilih za obravnavo pacientov v patronažnem varstvu je navedeno, da je nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu prav diplomirana medicinska sestra. Poleg naraščanja kroničnih obolenj in staranja prebivalstva je še veliko razlogov, da aktivno in odgovorno vstopa v pacientov dom in njegovo družinsko okolje. Kljub običajno individualni obravnavi posameznika mora diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu v svojo obravnavo zajeti vso družino. Je velika poznavalka odnosov med družinskimi člani ter njihova nepristranska in poštena zagovornica. Posebej sta izpostavljena pomen komunikacije in kontinuiteta zdravstveno-vzgojnega dela (Ramšak Pajk, 2016). Obiski na domu in podporno zdravstveno-vzgojno delovanje diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so pomembni za posameznike na primarni ravni, predvsem z namenom ohranjanja in vzdrževanja kakovosti življenja posameznika in njegove družine v domačem okolju. Glede na izkušnje patronažno varstvo kot oblika primarnega zdravstvenega varstva povečuje zadovoljstvo uporabnika (Royal College of Nursing, 2013 cited in Ramšak Pajk & Poplas Susič, 2017, p. 25).

Rezultati raziskav v Sloveniji kažejo, da so padci vzrok za 77 % vseh hospitalizacij starostnikov in kar 44 % smrti zaradi poškodb ima za vzrok padec, medtem ko kar četrtina vseh starostnikov, ki padejo, utrpi poškodbe, zaradi katerih sta okrnjeni njihova gibljivost in samostojnost, hkrati pa se poveča tveganje za prezgodnjo smrt (Grmek Košnik, 2012). Največ poškodb se zgodi, ko poškodovancu spodrsne, se spotakne ali narobe stopi. Pogosti vzroki so zvin stopala, šibkost v nogah, motnje ravnotežja in nenadna slabost. Več kot polovica starostnikov pade večkrat. Najbolj nevarni so padci v domačem okolju, kjer se starejši počutijo varno. Smrtnost je v okolju doma največja,

ker je prizadeti pogosto sam. Verjetnost padcev povečujejo predhodne poškodbe, zlasti zlomi in odvisnost od pomoči in nege (Voljč, 2011). Velik vpliv na pogostejše padce v starosti imajo slabša mišična moč in zmanjšan obseg gibljivosti v sklepih, poslabšanje vida in drugih čutov, spremembe v živčnem sistemu za nadzor gibanja, težave z notranjim ušesom (Adlam, et al., 2013).

Aktivno in zdravo staranje je izziv in zahteva številne spremembe na vseh ravneh preventive kot tudi na promociji zdravja. Želja starejših je ohranjanje skrbi za telesno in duševno zdravje ter mobilnost. Prav tako je želja družbe preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni ter izboljšanje preživetja. Z odkrivanjem dejavnikov tveganja bodo bolezni odkrite prej in bolj uspešno zdravljene ali preprečene, s tem pa se bo zvišala kakovost življenja starejših (Hafner, 2012).

2 TEORETIČNI DEL

Namen preventivnega obiska na domu je izboljšati kakovost življenja starostnika z ugotavljanjem vitalnih funkcij, aktivnosti in stopnjo samostojnosti. Prav tako želimo preprečiti zaplete morebitnega kroničnega obolenja, opozorimo na dejavnike tveganja in nakažemo rešitve. Proces preventive prilagodimo posamezniku in zmožnosti sodelovanja njegove družine (Nešič, et al., 2016).

2.1 PADCI PRI STAROSTNIKI

Starejše med poškodbami najbolj ogrožajo padci. Verjetnost za padeč narašča in se s staranjem povečuje, nanje pa vplivajo predvsem bolezni in zunanji vzroki. Mnogo padcev, povezanih z največjim deležem smrtnosti, se zgodi v domačem okolju. Najpogostejše poškodbe z zdravstvenimi posledicami so zlomi in kirurške obravnave, posledično pa tudi bolnišnično zdravljenje. Tako padci predstavljajo pomembno področje v vsakodnevni zdravstveni praksi, zdravstveni negi in pri delu socialnih služb. Prav tako pomenijo tudi pomembno postavko kot strošek zdravstvenega varstva, saj so povezani z dragimi zdravljenji in rehabilitacijami (Voljč, 2011). V Sloveniji je bilo v letu 2017 po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Ministrstva za zdravje zaradi padca v bolnišnični oskrbi 19.585 oseb, od tega 10.117 žensk. Zaradi visoke povprečne starosti se največ padcev pripeti v domovih starejših občanov. Padcev v domačem okolju ni mogoče natančno opredeliti (Voljč, 2019).

2.1.1 Dejavniki tveganja v domačem okolju

V starosti sta kot posledica padca tipični poškodbi zlom kolka in zlom zapestja. Vzrok zanj je oslABLJENA kostnina in osteoporoza. V primeru, da poškodovanec živi sam, po taki poškodbi ne more poklicati na pomoč in je posledično še huje prizadet. Poškodovani starostniki so za negovalno osebje velika obremenitev in izziv. Vrnitev poškodovanca na raven aktivnosti pred nezgodo je dokaj redka. Uspeh za večinoma samostojno življenje je že samostojno opravljanje dnevnih aktivnosti ob pomoči svojcev in negovalnih služb (Herman, 2011). Tudi zmanjšana pozornost in neprepoznane

nevarnosti tveganja za padec pri dnevnih aktivnostih starejših je v porastu. Ocene tveganja starostniki navadno napačno presodijo. Zato tvegani načini mobilnosti in aktivnosti za starostnike niso priporočljivi, saj zvišajo možnost padcev in poškodb (Fischer, 2014).

Prav tako verjetnost padcev povečujejo bolezni gibal, bolečinam prilagojena hoja, vrtoglavica, znižan krvni tlak, slabokrvnost, motena možganska prekrvavitev, stanje po kapi, ohromitev, božjast, demenca in druga stanja. Med dejavnike nevarnosti doma in v okolju štejemo neurejeno domače okolje, neprimerno prehrano, kajenje, alkohol, premalo gibanja, neprimerno obučeno in oblačila, napačno rabo pomagala pri hoji, hojo v mraku ali temi. Okoliščinam za padce botrujejo tudi neuskaljeno predpisovanje zdravil in možni neugodni učinki njihovih kombinacij. Še posebej to velja za pomirjevala, uspavala, antidepresive, odvajala, diuretike, zdravila za boljšo prekrvavitev, protivnetna zdravila in njihove kombinacije (Voljč, 2011). V raziskavi pojava padcev po vsej Sloveniji leta 2010 so bili največkrat navedeni naslednji vzroki: gibanje (44,1 %), delo (13,4 %) in zdravstveni vzroki (12,8 %). Podatki so pokazali, da se več padcev zgodi zunaj doma, vendar z naraščajočo starostjo raste tudi število padcev v zaprtih prostorih, ker se starejši več zadržujejo doma (Voljč, 2016).

Pri osebah, ki večkrat padejo, si pomagamo z oceno padcev (multifaktorska ocena padcev), pri kateri zastavimo več vprašanj. Vprašamo, če je bolnik resnično padel, kakšen je bil padec ali več padcev in kakšen je bil vzorec padcev. Ocenimo vpliv dejavnikov tveganja, ali je prišlo do motenj zavesti, vrtoglavice, omotice, kolikšna je moč v nogah, razlikujemo med izgubo ravnotežja in motnjo hoje, ali je šlo za izgubo opore, premik težišča mimo opore, ocenimo smer padca. Ocenimo tudi prisotnost poškodb (Salobir, 2011). Pri oceni tveganja za padec se uporabljajo ocenjevalne lestvice, kot so Morsejeva, Norton in Bradenova lestvica. Morsejevo lestvico (po Janice Morse) uporabljajo v slovenskih bolnišnicah od leta 2007 (Štuhec & Forjan, 2012). V uporabi je tudi lestvica po modelu DAME (Drugs and alcohol, Age related physiological changes, Medical causes, Environmental causes), po kateri obravnavajo vpliv zdravil in alkohola, s starostjo pogojene telesne spremembe, zdravstvene vzroke in obolenja ter dejavnike okolja (Ramšak Pajk, n. d.). V ameriški raziskavi so uporabili

večfaktorski pristop ocenjevanja dejavnikov tveganja za starejše osebe z zgodovino padcev in ugotovili, da se v primarnem zdravstvu premalo pozornosti posveča zdravlilom, ki predstavljajo visoko tveganje za padec (Phelan, et al., 2016). V smeri povečevanja zavesti o padcih in spodbujanja inovativnih programov se med drugim spremljajo tudi kazalniki kakovosti, uporabljajo pa se tudi informacijski sistemi, kot je na primer ameriški BIRPIS 21 (Gradišek, 2017).

2.1.2 Spremembe po poškodbi zaradi padca

Čeprav se večina padcev konča brez posledic, se jih polovica konča s podplutbo. Pri težjih poškodbah se jih 5 % konča z zlomi. V starosti 75 let je padec pomemben vzrok smrti. Zdravstvene posledice padcev so povezane s psihološkimi posledicami, kot so strah in posledično nerazgibanost, osamljenost in upad samozavesti, ter z ekonomskimi posledicami, in sicer stroški zdravlil, oskrbe in izgubljen dohodek (Voljč, 2016). Zaupanje v zdravljenje v bolnišnici je upravičeno, vendar večino bolnikov in njihovo družino napotitev na kliniko še vedno hudo vznemiri. Kadar ni posebnih medicinskih in prostorskih razlogov, ki terjajo ležanje in zdravljenje v bolnišnici, ni vzroka, da bolnika ne bi negovali doma, v krogu družine. Negovalec, ki neguje bolnega sorodnika, si pridobi ročnost in spretnost, pogloblja svoje znanje, spodbuja tudi svoje duševne moči in se nauči potrpežljivosti ter obzirnosti. Ob tem imamo na voljo še pomoč družbe, ki nas lahko razbremeni – fizično in delno finančno. To pravico in možnost nam daje zakonodaja (Schpolarich, 2016).

Strah pred padcem je velik zdravstveni problem pri starejših. Izvedena je bila raziskava glede mobilnosti in življenjskega prostora, ki je zajela 1841 starostnikov, starih od 56 do 82 let, iz različnih socialnoekonomskih in kulturnih okolij Kanade, Kolumbije, Brazilije in Albanije. Rezultati kažejo, da je strah pred padcem psihološki dejavnik, ki je močno povezan z urejenostjo življenjskega prostora starostnika. Funkcionalno urejeno bivalno okolje pomaga izboljšati socialno izključenost kot posledico strahu pred padcem in s tem povezano kakovost življenja (Auais, et al., 2016).

Pri obravnavi poškodovanega starostnika ne smemo pozabiti, da so poškodbe lahko hujše, kot se nam zdijo na prvi pogled, prav tako pridružene bolezni lahko poslabšajo klinično stanje, saj imajo starostniki bistveno manj fizioloških rezerv in so manj stabilni zaradi fizioloških sprememb organizma v starosti. Oskrba in zdravljenje morata biti hitra in agresivna. Obravnava mora upoštevati tudi vse druge okoliščine, ki vplivajo na potek bolezni, napoved izida in funkcionalno stanje. Sposobnost dobre komunikacije pomaga vzpostaviti pristen odnos s starostnikom, s svojci ter z drugimi službami in neformalnimi organizacijami, ki so vključene v zagotavljanje zdravstvenega in socialnega varstva. Zdravstvena obravnava starostnikov je zahtevna in kompleksna naloga (Kešpert, 2009).

Pacienta, ki mora zaradi poškodbe spremeniti svoj življenjski slog, lahko sprememba močno prizadene. Zato mu v pogovoru vzbudimo občutek razumevanja, da smo mu v oporo pri premagovanju težav, negotovosti in prevzemanju odgovornosti za svoje zdravje. Zdravnik in medicinska sestra mu nudita strokovno pomoč, da si lahko pomaga sam (Maučec Zakotnik & Keršič Svetel, 2017). Za uspešno sporazumevanje s starejšimi pa je pomembno predvsem:

- oceniti splošni nivo delovanja osebe,
- izogibati se stereotipov o starejši osebi kot telesno in mentalno spremenjeni,
- prilagoditi se posebnostim, ki so povezane s starostjo osebe (Schpolarich, 2016).

2.1.3 Patronažno zdravstveno varstvo in izzivi

Odnosi, ki se razvijejo med izvajalci patronažne zdravstvene oskrbe in posamezniki v domačem okolju, močno vplivajo na obravnavo in na pogoje oskrbe na domu. Dobra komunikacija in vloga vseh v zdravstvenem timu na primarni ravni pa so osnovnega pomena za dobro in učinkovito delovanje (Ramšak Pajk & Poplas Susič, 2017). Zdravstvena nega je znanstvena kot tudi praktična disciplina in se v patronažnem varstvu nenehno spreminja, predvsem se prilagaja potrebam posameznikov, družin in skupnosti, družbe in aktualni politiki. Tako kot se razvija patronažno varstvo, z razvojem raste tudi znanje. Prepletenost znanja s teorijami, prakso in z raziskovanjem daje vedno nove izzive praksi. Osnova raziskovanju in okvir delovanju medicinske

sestre v patronažnem varstvu pa sta uporaba in sledenje teoretičnim modelom (Ramšak Pajk & Murphy, 2012). V raziskavah o komunikaciji in odnosih med starostniki v zdravstveni oskrbi je bilo ugotovljeno, da je pri profesionalnem delu patronažnih medicinskih sester empatičen človeški odnos do starostnika ključnega pomena: spoštovanje, prijaznost, poslušanje in razumevanje omogočijo načrtovanje in izvajanje profesionalnih storitev in vključevanje starostnika (Perušek, et al., 2013). Tudi etična načela naj bi bila osnova delovanja vseh zdravstvenih delavcev, saj sodobni čas, napredki medicine in kriza moralnih kvalitet terja globoko etično zavest. Za prepoznavanje stisk in težav pacientov je treba razvijati spretnosti zaposlenih v zvezi z medosebnim komuniciranjem in hkrati dosegati odličnost pri še bolj humani obravnavi pacientov (Ovijač, 2012). Slovenske avtorice navajajo ugotovitve o diskriminacijskih prepričanjih o starejših, ki negativno vplivajo na postopke pri strokovnem delu s starostniki. Prepoznale so naslednja najpogostejša zmotna prepričanja o starejših: da so osebe, starejše od 65 let, neproduktivne, bolne, same in osamljene, rigidne in neprilagodljive, senilne ter da psihološka obravnava starejših oseb nima posebnega učinka (Zupančič, et al., 2010).

Empatija je izrednega pomena pri delu v zdravstvu. Pomembno je ločiti empatijo od sočutja, saj sočutje posledično ovira strokovno presojo in objektivnost ter povzroči izgorelost. Empatični odnos med zdravstvenimi delavci in pacienti močno vpliva na zaupanje, adherenco in tudi na uspešnost preventivnih ukrepov (Maučec Zakotnik & Keršič Svetel, 2017). Medtem ko se človek stara, navade zavzamejo celoto njegovega življenja in toliko bolj ga menjava okolja, ki mu je domače, izguba osebnega družjenja, ki ga je bil vajen, prenehanje odnosa, ki mu je prešel v navado, izkoreninijo (Schmidt, 2015). Celostna in kakovostna obravnava je še posebej pomembna. Preprečevanje padcev lahko izvajamo tudi tako, da izboljšamo osebne sposobnosti starostnika, lahko pa delujemo tudi na okolijske dejavnike: načrtujemo bivanjsko okolje prijazno starejšim. Po izvedeni raziskavi v slovenskem prostoru je kar 40 % padcev povzročil spotik ob neraven asfalt in rob pločnika. Avtorica raziskave navaja, da načrtovalci mestnega okolja v skandinavskih državah posvečajo posebno pozornost pri načrtovanju infrastrukture s čim manj ovirami. Zato je preprečevanje padcev pri starejših kompleksna naloga različnih strokovnjakov (Tomšič, 2011).

2.2 STAROSTNIK IN KAKOVOST ŽIVLJENJA

Starostnik ima pogosto dve ali več telesnih ali duševnih bolezenskih stanj. To stanje imenujemo multimorbidnost. Pacientova oskrba mora biti zato kompleksnejša, kar zaradi tradicionalno naravnane oskrbe bolnikov velikokrat predstavlja izziv. V okviru projekta JA-CHRODIS je predstavljen model oskrbe, ki predvideva sistematično skrb za bolnikovo samooskrbo, ki jo je samostojno zmožen, podporo svojcev in povezovanje s socialnim okoljem. Vse to močno vpliva na kakovost življenja starostnika (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2019). Po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije je tudi pomanjkanje gibanja med vodilnimi dejavniki tveganja in vzrok za kronična nenalezljiva obolenja. S pregledno študijo je bila v desetletni raziskavi ugotovljena uspešnost intervencij gibalne aktivnosti pri zmanjševanju tveganj, zlasti na področju srčno-žilnih obolenj in diabetesa tipa 2. Ugotovljen pozitiven učinek daje izhodišče za sprejemanje programov gibalnih aktivnosti kot preventivo pred nastankom kroničnega obolenja (Zurc, 2014).

2.2.1 Vpliv na kakovost življenja

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu želi s preventivnim obiskom predvsem izboljšati kakovost življenja starostnika na domu. Ugotavlja še ohranjene vitalne funkcije, dnevne aktivnosti in stopnjo samostojnosti. Če odkrije odstopanja in zaplete, nakaže morebitne rešitve. Usmerja se v ozaveščanje in motivacijo pacientov ter dejavnike tveganja. Načrt izvajanja preventive prilagodi posamezniku in njegovim svojcem z namenom, da jih usposobi za čim bolj bogato in polno življenje kljub obolenju. Proces preventive zajema oceno stanja, cilje in intervencije, kontinuirano obravnavo pacienta ter obveščanje izbranega osebnega zdravnika kot tudi koordiniranje in dokumentiranje stanja. Najpogostejši cilji za izboljšanje kakovosti življenja pacienta so:

- doseči dobro počutje pacienta in odkriti rizične dejavnike, ki vplivajo na zdravje,
- spodbujati samooskrbo, mobilnost in spretnost,
- izvajati terapevtske predpise in vključevati službe za pomoč na domu,
- zmanjševati posledice bolezni in preprečevati zaplete,

- svetovati, spremljati in nadzorovati predpisane terapije in izvajati navodila nege,
- ugotoviti ovire, ki vplivajo na izvajanje sprememb in zdravje pacienta (Nešič, et al., 2016).

2.2.2 Pojavnost in obseg kroničnih bolezni

Kronične nenalezljive bolezni sodijo med vodilne vzroke smrti in povzročajo do kar 80 odstotkov vseh smrti. Zaradi dolgotrajnega poteka in pogosto hude prizadetosti povzročajo tudi veliko družbeno in ekonomsko breme. Najpogostejše kronične nenalezljive bolezni med starejšimi od 65 let so srčno-žilne bolezni, rak, sladkorna bolezen, bolezní kostno-mišičnega sistema, kronične bolezni dihal ter nekatere duševne bolezni. Povišan krvni tlak ima več kot polovica starejših, sladkorno bolezen približno 14 % oseb, okoli 6 % jih je že prebolelo srčni infarkt. Vzrok smrti pri starejših so pogosto padci, ki se zgodijo doma. Zaradi teh je v zadnjem času vsako leto umrlo okoli 320 ljudi, starejših od 65 let. Z zdravim načinom življenja v zdravem okolju lahko zmanjšamo tveganje in upočasnimo napredovanje naštetih kroničnih nenalezljivih bolezni (NIJZ, 2016a).

Tudi kronična bolečina lahko pripelje do resnih zdravstvenih težav. Bolečina, zaradi katere nastopi motnja spanja, lahko vodi v sladkorno bolezen, visok krvni tlak, oslabi imunski sistem, poveča se tveganje za nesreče. Tudi strah in tesnoba lahko povečata bolečino. Za obvladovanje bolečine v vse več ambulantah za zdravljenje bolečin nudijo več disciplinarnih pristopov, pri katerih kombinirajo visokotehnološka zdravila in postopke s preprostimi pristopi, kot so ustrezna prehrana, vadba, masaža in tehnike sproščanja (Foltz-Grey, 2012).

Primeri potrjujejo, da je pri ocenjevanju kakovosti pacientovega življenja potrebna obravnava konkretnega posameznika in njegovih svojcev, ki najboljše vedo, kaj zmore in česa ne zmore več, v čem je prikrajšan, kako je živel pred boleznijo in kako se je njegovo življenje spremenilo po bolezni (Rakovec-Felsner, 2009). Pogost spremljevalec kroničnih bolezni je depresija. Raziskave so pokazale 50 % spregledanih primerov, največ blažje narave. Tudi ameriške raziskave kažejo, da se po prepoznavanju predolgo

čaka z začetkom zdravljenja, ustrezno pa je zdravljeno le 40 % depresivnih oseb. V Sloveniji je zdravljenje depresije uspešno samo pri enem od 15 depresivnih pacientov (Rifel, 2017).

2.2.3 Projekti in strategije

Med pomembne projekte uvrščamo preiskovanje navidezno zdravih oseb, ko simptomi še niso opazni: imenujemo ga presejanje (angleško screening). Osnovni namen presejanja je zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja ali bolezni z namenom, da se napredovanje bolezni upočasni ali zaustavi, zniža pojavnost zapletov bolezni in umrljivosti, poveča kakovost življenja in izboljša počutje. Za odraslo populacijo se v Sloveniji izvajajo naslednja presejanja:

- presejanje za raka dojke (Program DORA),
- presejanje za raka na materničnem vratu (Program ZORA),
- presejanje za raka na debelem črevesju in danki (Program SVIT).

Referenčne ambulante družinske medicine izvajajo presejanje glede srčno-žilnih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2, kronične obstruktivne pljučne bolezni, arterijske hipertenzije, osteoporoze in depresije (Bulc & Vračko, 2017).

Poleg Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakona o socialnem varstvu, izvajanju programov, kot je Regionalni razvojni program Gorenjske 2014–2020, referenčnih ambulant družinske medicine, zdravstveno-vzgojnih centrov in centrov za krepitev zdravja se preventiva ogroženih skupin, tudi starostnikov, v patronažni dejavnosti izvaja na več ravneh (Kranjc, 2016):

- primarno-primarna raven preventive v patronažni dejavnosti; ciljna skupina preventive je na videz zdravo prebivalstvo (skrb za higieno okolja, osebno higieno, zdrav način življenja),
- primarna raven preventive v patronažni dejavnosti; ciljna skupina preventive so ogrožene skupine prebivalstva (zdravstvena vzgoja, zmanjševanje dejavnikov, ki negativno vplivajo na zdravje),

- sekundarna raven preventive v patronažni dejavnosti; iskanje znakov bolezni v njenem predkliničnem obdobju; pripomore k zgodnjemu odkrivanju prisotnosti bolezni, dvigu zavedanja ljudi, samopregledovanja in sodelovanja v preventivnih programih,
- terciarna raven preventive v patronažni dejavnosti; ciljna skupina so pacienti s klinično izraženo obliko bolezni, namen je omiliti posledice bolezni in ohraniti posamezniku čim višjo sposobnost samostojnega življenja; sem sodijo ukrepi za zmanjševanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti in preprečevanje bolečine.

Tudi predlog Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025 poudarja pomen krepitve patronažne službe v smislu celovitega pristopa pri obvladovanju problemov starostnikov in razvoja dolgotrajne oskrbe. Ob dejstvu, da se populacija hitro stara, je cilj vseh držav obdržati starega človeka na njegovem domu (Berčan & Krajnc, 2016).

2.3 PREVENTIVA IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA PADEC

Programi in dejavnosti v zvezi s preprečevanjem upada telesne aktivnosti in kognitivnih funkcij na institucionalni ravni preventivno delujejo na dejavnike tveganja za poškodbe in padce ter na podaljševanje funkcionalne sposobnosti starejših, ki živijo na domu (Salminen, et al., 2017).

2.3.1 Preventivna obravnava starostnika

Starejši človek za kakovostno življenje potrebuje primerno raven sposobnosti gibanja, koordinacijo, ravnotežje in večjo natančnost. Zlasti ravnotežje ima pomembno vlogo pri nevarnosti za padce. Da bi se jim lahko uspešno izognil, potrebuje primerno vadbo za ohranjanje in razvoj vseh gibalnih sposobnosti. Aktivnost pri starejših ohranja zdravje in upočasni procese staranja (Sila, 2011). Dejaven življenjski slog je eden izmed ključnih dejavnikov kakovostnega staranja in eden izmed osrednjih konstruktov v teorijah uspešnega staranja (Jopp in Hertzog, 2007 cited in Svetina & Zupančič, 2013, p. 94).

Na področju zdravstva in dviga kakovosti življenja ima posebno mesto preventiva. Na območju občin Zgornje Gorenjske se med drugim izvajajo tudi programi zdravstvenega varstva za varovance, obravnavane v patronažnem varstvu. Pri skrbi za paciente je potrebna osredotočenost, kar pomeni:

- spoštovanje pacientovih vrednot, izraženih potreb in možnosti izbire,
- koordinacija in integracija zdravstvene obravnave,
- obveščenost in vzgoja,
- dobro fizično počutje,
- emocionalna podpora in zmanjševanje strahu in zaskrbljenosti,
- sodelovanje svojcev in prijateljev,
- nepretrgana zdravstvena obravnava,
- dostopnost do zdravstvene oskrbe (Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, 2016).

2.3.2 Vloga patronažnega zdravstvenega varstva

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu pri svojem delu pozna skupine prebivalcev, ki so tvegane. Glede na organizirane dejavnosti usmerja paciente in njihove družine, načrtuje zdravstveno nego ter nudi pomoč pri koordinaciji mreže služb in pomoči na domu. Zaradi narave svojega dela so patronažne medicinske sestre največkrat tiste, ki prve prepoznajo in izvedo za stisko pacientov. Kakovost prvega stika s pacientom in z družino velikokrat odraža, kako uspešno bo njeno profesionalno delo. Vzpostavitev stikov zahteva spretno komunikacijo skozi terapevtski odnos, vztrajnost, potrpljenje in empatijo (Maček, et al., 2015).

Zaradi velike pojavnosti kroničnih bolezni je preventiva vedno pomembnejša. Kot del projekta Comprehensive Patient Care je bila leta 2015 v Zdravstvenem domu Ljubljana izvedena raziskava, katere namen je bil oceniti vlogo patronažnih obiskov na domu pri pacientih, ki ne obiskujejo referenčne ambulante. Rezultati primerjave dela patronažnih služb na terenu in rezultatov dela v referenčni ambulanti so pokazali veliko večji delež odkritih kroničnih bolnikov pri patronažni medicinski sestri na terenu. Pri 610 presejanih pacientov so ugotovile kar 470 oseb s kroničnimi boleznimi, 444 oseb je

imelo dejavnike tveganja, samo 33 udeleženih je bilo zdravih. Glede na to, da obravnavani pacienti večinoma ne obiskujejo zdravnika, je to skrb vzbujajoče. Tuje raziskave kažejo, da lahko že sam obisk na domu spremeni odnos bolnika do zdravstvenih težav in lahko izboljša kakovost življenja (Poplas Susič, et al., 2016). Prav tako se je v Zdravstvenem domu Ljubljana kot del istega projekta v letu 2016 izvajala raziskava, katere rezultati so pokazali, da je projekt z zdravstveno-vzgojno vsebino v patronažnem varstvu in z dodatnimi obiski na domu dobro sprejet od izvajalk kot tudi uporabnikov, saj je kar 66 % obiskanih izrazilo željo po ponovnem obisku. Projekt je bil ocenjen kot dobrodošel (Ramšak Pajk, et al., 2016).

2.3.3 Vloga referenčne ambulante družinske medicine

Delovanje referenčnih ambulant se je po načrtu Ministrstva za zdravje v Sloveniji pričelo 1. aprila leta 2011. Diplomirana medicinska sestra z uporabo znanj po modelu samooskrbe Dorothee Orem spodbuja samostojno funkcioniranje posameznika. Daje mu celovite informacije o bolezni in s tem pomembno vpliva na uravnavanje kronične bolezni ter na kakovost življenja in opozori na dejavnike tveganja za padeč (Vrtačnik & Ramšak Pajk, 2012). Ob svojem rednem delu ambulante po načelu medicinske znanosti in zdravstvene nege opravljajo:

- preventivo in zgodnje odkrivanje najpogostejših nenalezljivih kroničnih bolezni,
- vodenje kroničnih pacientov,
- obravnavo novonastalih bolezni in stanj,
- vodenje registrov ogroženih kroničnih pacientov (Govc Eržen, et al., 2017).

Cilj projekta referenčnih ambulant je kakovostna obravnava vseh bolnikov na primarni ravni do napotitve na sekundarno raven, zagotovitev za boljše zdravje prebivalstva in večje zadovoljstvo pri bolnikih in izvajalcih. Pomeni tudi izboljšano dostopnost prebivalcev do kakovostne zdravstvene oskrbe (Govc Eržen, et al., 2017).

2.3.4 Razvoj programov nadgradnje zdravstvenega varstva

Zavedanje na nacionalni ravni, da z vidika izvajanja in financiranja noben sistem zdravstvenega varstva naraščanja kroničnih bolezni ne bo mogel obvladovati, so v zadnjih letih v Sloveniji narekovali razvoj celovitih programov, ki se problematike lotevajo z različnih širših vidikov. Projekt »Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju« (krajše »Skupaj za zdravje«) v svoji zasnovi vključuje sodelovanje strokovnjakov družinske medicine, zdravstvene nege, javnega zdravja ter drugih profilov in strok z namenom, da skupaj prispevajo k razvoju novih pristopov in vsebin preventivnih programov na primarni ravni zdravstvenega varstva. Ta nov koncept podpira integrirano preventivo kroničnih bolezni (Eržen, 2017). V pilotnem testiranju je bilo obravnavanih 850 oseb ranljive populacije. Udeleženi strokovnjaki patronažnega zdravstvenega varstva in Centrov za krepitev zdravja so z interdisciplinarnim znanjem in s sodobnimi pristopi v promociji zdravja s pomočjo lokalnih partnerjev dostopali do ljudi. Najpogostejši prepoznani oviri pri dostopu do preventivnih programov sta bili nemotiviranost in neinformiranost uporabnikov (NIJZ, 2016b).

V preventivne aktivnosti bi morali biti na vseh področjih vključeni strokovnjaki, ki bi si skupaj prizadevali za uresničitev zastavljenih ciljev. Na lokalni ravni so potenciali še posebej neizkoriščeni ali spregledani. Značilni spregledani potenciali so znanje, izkušnje in sposobnosti starejših, ki lahko veliko prispevajo v vsakem programu, tudi v preventivi padcev. Primer takega programa je »Starejši za starejše«, ki se v Sloveniji že nekaj let izvaja (Voljč, 2016).

3 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu bomo z metodo intervjuja ugotavljali vlogo in pomen patronažnih obiskov pri ohranjanju kakovosti življenja starostnikov, in sicer s poudarkom na preprečevanju padcev.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati in predstaviti pomen ter vlogo obiskov diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pri ohranjanju kakovosti življenja starostnikov v povezavi s padci. Ugotovljena dejstva bomo primerjali s podobnimi raziskavami. Cilji diplomskega dela so ugotoviti, kako in v kolikšni meri diplomirane medicinske sestre z obiski na domu vplivajo na boljšo kakovost življenja starostnika, kolikšen je vpliv nemoči in strahu na rehabilitacijo pri starostnikih ter v kolikšni meri stiske pri delu vplivajo na diplomirane medicinske sestre.

Ugotovitve in rezultati diplomskega dela temeljijo na majhnem vzorcu, vendar lahko pripomorejo k razumevanju problema. Služijo lahko za lažje prepoznavanje določenih značilnosti, stanja in stisk ljudi, ki zaradi okoliščin mnogokrat ostanejo prezrte.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda domače in tuje literature ter glede na namen in cilje diplomskega dela smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- V čem so obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pomembni pri ohranjanju kakovosti življenja starostnikov?
- Kako starostniki doživljajo strah in nemoč po padcu?
- Kako se diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu spopadajo s svojimi stiskami in stiskami starostnikov?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo za potrebe teoretičnega dela proučili primerno literaturo, v empiričnem delu pa je bila uporabljena kvalitativna raziskovalna metoda z vsebinsko analizo besedila, pridobljenega z intervjuji.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri pregledu in analizi literature smo uporabili tematsko primerno strokovno literaturo, dostopno v splošnih in strokovnih knjižnicah po Sloveniji, ter slovensko virtualno knjižnico COBISS. Za iskanje tuje literature smo pregledali tudi bibliografske baze Cinahl, PubMed in druge. Ključne besede v slovenskem jeziku, ki se navezujejo na temo raziskave, so: patronažno varstvo, preventiva, padci, socialne razmere, kronične bolezni; ključne besede v angleškem jeziku pa so: community nursing, prevention, falls, social conditions, chronic diseases.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Pri zbiranju podatkov za izvedbo intervjujev smo uporabili nestandardiziran polstrukturiran vprašalnik. Glede na sodelujoče imamo vprašalnik za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu in za paciente. Vsebuje vodilna vprašanja s podvprašanji. Sestavili in oblikovali smo ga sami na osnovi pregleda literature (Gačnik, 2011; Herman, 2011; Voljč, 2011; Grmek Košnik, 2012; Fischer, 2014; Zorc, 2014; Ramšak Pajk, 2016; Gradišek, 2017). Razumljivost smo pred izvedbo preverili.

Vprašalnik za diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu je sestavljen iz 8 vprašanj (priloga 1): poleg demografskih podatkov vsebuje še 7 vprašanj o oskrbi starostnikov, prepoznavanju dejavnikov tveganja za padce starostnikov v domačem okolju, kakovosti življenja ter o stiskah in težavah udeleženih pri opravljanju preventivne in kurativne patronažne oskrbe.

Vprašalnik za starostnike obsega 16 vprašanj (priloga 2), ki se nanašajo na: demografske podatke, dejavnike tveganja za padec, podatke v zvezi z oskrbo po padcu, predvsem pa smo se osredotočili na spremembo kakovosti življenja po padcu, opažanja, potrebe in pričakovanja vključenih oseb. Vprašanja smo dopolnili z devetimi trditvami po Likertovi lestvici, kjer so intervjuvanci izrazili strinjanje z oceno od 1 do 5 in izbirali med trditvami: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – delno se strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam. Vprašanja so se nanašala na odnose v družini, za katera obstaja verjetnost, da vprašanec zaradi osebnih razlogov morda ne bi spregovoril naglas. Odgovorov zaradi majhnega števila sodelujočih in namena individualne interpretacije nismo kvantitativno analizirali, uporabili smo jih pri interpretaciji vsebine.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskava z uporabljenim neslučajnostnim namenskim vzorcem je temeljila na treh opravljenih intervjujih v patronažnem varstvu enega izmed zdravstvenih domov v okviru Osnovnega zdravstva Gorenjske. Na našo prošnjo za izvedbo treh intervjujev so se odzvale vse tri zaposlene osebe. Predstavitev intervjuvanih udeleženih medicinskih sester v patronažnem varstvu je prikazana v tabeli 1.

Tabela 1: Predstavitev demografskih podatkov udeleženk patronažnega varstva

Besedilo	PMS1	PMS2	PMS3
Spol	ženski	ženski	ženski
Starost (let)	47	59	51
Skupna delovna doba (let):	25	37	30
- v patronažnem varstvu (let)	18	20	8
Izobrazba:			
- diplomirana medicinska sestra	da	da	da
- drugo	/	/	/

Legenda: PMS = diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu

Povprečna starost udeleženk je bila 52,33 let, skupna povprečna delovna doba je znašala 30,66 let, v patronažnem varstvu povprečno delajo 15,33 let. Pri tem smo se zavedali majhnosti vzorca in da rezultati ne omogočajo posploševanja, vendar sta starost udeleženk in število let delovne dobe pomembna dejavnika za vir informacij ter koristen

vpogled v nadaljnja raziskovanja obravnavane teme. Ob ponavljajočih se izjavah je bil vzorec zasičen. Vzorec pri izbiri starostnikov (želena ciljna skupina) je temeljil na verižnem vzorčenju (Kordeš & Smrdu, 2015): zaprosili smo znance iz zelene ciljne skupine, da nas napotijo k nekemu iz enake skupine. Zaradi takega načina vzpostavitve stika so nam intervjuvanci zaupali, čeprav jih prej nismo osebno poznali, zato je bila raziskovalna distanca primerna. Pridobiti smo poskušali 5 starostnikov, vseh pet se je takoj odzvalo na sodelovanje. Glede na stalno bivališče vsi prav tako spadajo pod okrilje Osnovnega zdravstva Gorenjske, vendar pripadajo trem različnim občinam. Predstavitev je razvidna v tabeli 2.

Tabela 2: Predstavitev demografskih podatkov udeleženi starostnikov

Besedilo	S1	S2	S3	S4	S5
Spol	moški	moški	ženska	ženska	moški
Starost (let)	75	77	75	76	90
Izobrazba	tehnična	poklicna	tehnična	tehnična	poklicna
Kraj bivanja	vas-podeželje	mesto	vas-podeželje	večji kraj	mesto
Trajanje obolenj (let):	20	10	20	15	zanika
Število kroničnih obolenj	<5	<5	<5	>5	zanika
Redne kontrole, nadzor:	da	da	da	občasno	ne
Posebnosti:	sum za TIA, prostatektomija	dializni bolnik, operacija kolka	možganska krvavitev	ni posebnosti	ne navede

Legenda: S = starostnik; TIA = tranzitorna ishemična ataka

Povprečna starost oseb je 78,6 let. Povprečna starost, pri kateri navajajo začetke kroničnih bolezni, je 60,75 let (ženske 65,5 let, moški 56 let). Izkazana je večletna multimorbidnost. Kraj bivanja starostnikov je ruralno in tudi mestno okolje. Vzorec ni reprezentativen in ga ne moremo posploševati. Glede na starost udeležencev, njihovo življenjsko okolje, dolgotrajno obremenjenost s kroničnimi boleznimi in posledicami padcev pa lahko ugotovimo določene specifične značilnosti obravnavane populacije.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po predhodni pridobitvi soglasja, ki ga je izdal izbrani Zdravstveni dom Osnovnega zdravstva Gorenjske, smo v mesecu juliju 2018 izvedli raziskavo med zaposlenimi diplomiranimi medicinskimi sestrami v patronažnem varstvu. Osebe, vključene v intervju, smo z namenom predstavitve po predhodnem dogovoru osebno obiskali na njihovem delovnem mestu. K izvedbi intervjujev smo pristopili dvakrat: prvič se je dogovorjeni termin izkazal kot neugoden, pridobili smo premalo podatkov. Drugič smo k izvedbi intervjujev pristopili med oziroma po izteku delovnega časa. V mesecu avgustu leta 2018 smo izvedli intervjuje tudi s petimi starostniki. Vsakega posebej smo predhodno osebno obiskali na njegovem domu z namenom osebne predstavitve in predstavitve načina in namena zbiranja podatkov. Pri vseh osmih intervjujih smo zagotovili zadovoljivo stopnjo avtentičnosti, saj so pogovori potekali v obliki pripovedi in nemoteno. Dosegli smo zasičenost, nekatere izjave pa so se ponavljale. Veljavnost in zanesljivost pridobljenih podatkov smo zagotovili s preučitvijo literature, z razumevanjem z vključenimi osebami, s snemanjem z mobilnim telefonom s pomočjo diktafona in z zapisovanjem nejasnosti in lastnih misli, s preverjanjem končnega poročila in poteka intervjujev. Intervjuvane osebe so preverile transkripcijo besedila in potrdile avtentičnost svojih odgovorov oziroma so jih po potrebi še dopolnile. Čas trajanja posameznega intervjuja je znašal od 35 do 50 minut. Glede snemanja intervjuvani niso imeli zadržkov. Transkripcijo smo najprej večkrat prebrali. Izjave vsakega posameznega intervjuvanca smo označili z veliko črko abecede in zaporedno številko, in sicer: diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu – PMS1, starostnik – S1. Izjave smo smiselno uredili. Za izvedeno raziskavo smo uporabili kvalitativno metodo analize besedila, ki je sestavljena iz šestih korakov (Babbie, 2007 cited in Roblek, 2009, pp. 60-63; Mesec, 2012; 2013; Strauss & Corbin, 2015):

- urejanje besedila,
- določanje enot in tem kodiranja,
- določanje pojmov oziroma kod iz besedila, ki smo jih smiselno združili v podkategorije in kategorije,
- ugotavljanje medsebojnih odnosov za izbran nabor podkategorij in kategorij,

- definiranje najpomembnejših pojmov in podkategorij z ustreznimi izjavami, oblikovanje kategorij in končne teorije.

Dobljene kode, podkategorije in ugotovljene kategorije oziroma temo smo prikazali v tabeli 4. Predstavili smo tudi model odvisnosti in povezanosti med podkategorijami (slika 1). Glede etičnega vidika raziskave so bile vse sodelujoče osebe seznanjene, da je sodelovanje prostovoljno, lahko ga odklonijo ali kadarkoli prekinejo. Pojasnili smo, da bodo rezultati brez vsebnosti osebnih podatkov javno objavljeni. Zagotovljeno je bilo varstvo osebnih podatkov, uporabili smo jih samo za diplomsko delo. Upoštevali smo Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije 2014.

3.4 REZULTATI

Rezultate smo predstavili na naslednji način: iz značilnih primerov besedil smo navedli citate udeležencev intervjuja, ki jih predstavlja 18 kod, oblikovanih v sedem podkategorij in združenih v tri prepoznane kategorije. Pregled kod, podkategorij in kategorij smo prikazali v tabeli 4. Prav tako smo na sliki 1 ponazorili sintezo rezultatov, ki predstavljajo povezanost patronažne službe s kakovostjo življenja starostnikov v povezavi s padcem.

Prva kategorija: Preventivno delovanje

V prvo ugotovljeno kategorijo smo uvrstili tri podkategorije, ki so: preventiva, dejavniki tveganja in socialna opora.

3.4.1 Preventiva

V prvi podkategoriji so prepoznane kode: kakovost življenja, podaljšana samooskrba in obvladovanje bolezni.

Koda 1: Kakovost življenja

Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so pri svojem delu postavljene pred izzive vsakdanjika. Namen preventivnega obiska je izboljšati kakovost življenja, saj se le-ta pri starostniku po padcu zelo spremeni.

PMS3: »Ja, nekateri se zelo bojijo, kaj bo. Opustiti morajo aktivnosti, lahko se skrči družabno življenje.«

PMS1: »Nekateri pacienti zavračajo soočenje z boleznijo ... ali na starost sólo gledajo kot na bolezen ... ali pa: saj je dobro, sem tako navajen, ne potrebujem.«

PMS2: »Najbolj bi izpostavila stanje diagnoz in nesposobnost samooskrbe, opuščanje aktivnosti in prevzemanje slabih navad in tudi neustrezno okolje. Menim, da je preventiva ključnega pomena, pa četudi samo malenkosten nasvet.«

S2: »Veliko sem moral sedaj opustiti, plavanje, družabne dogodke. Sem bil šokiran, težko sem se privadil takemu stanju, sem bil razmeroma zdrav ... ampak se moraš sprijazniti. Je pa kar dolgo trajalo.«

S3: »Ja, izogibati se moram težkim opravilom pa razburjenju, ne smem na močno sonce. Imam stalne težave, vedno sem pod kontrolo ... že toliko časa traja, da se kar navadiš in sprijazniš.«

Kakovost življenja je odvisna tudi od njihovih navad in razvad, ki jih morda nočejo opustiti ali izboljšati. Starostniki le s težavo sprejmejo spremembe po bolezni ali padcu, posebno tisti, ki so bili pred tem zelo aktivni.

Koda 2: Podaljšana samooskrba

S preventivno zdravstveno oskrbo se spodbuja kar najdaljša možnost samooskrbe starejšega posameznika. Vedno se ob zdravstveni negi izvaja tudi preventiva, če je le mogoče. Veliko vlogo pri tem ima sodelovanje ali nesodelovanje svojcev.

PMS3: »Vedno poizkušam doseči samostojnost, čim večjo samooskrbo starostnika in čim daljše bivanje v krogu svoje družine. Saj namreč vedo, da bodo v primeru nesposobnosti v breme, tega pa večina ne želi.«

PMS2: »Sicer pa nege brez preventive praktično ni, to je zelo povezano. Vendar bi si rada vzela za preventivo več časa, pa je toliko nege ...«

S5: »Ja, težko bi se sprijaznil, da bi bil v breme ...«

Pri pacientih strah, da bi bili v breme, lahko celo prispeva k boljši rehabilitaciji.

Koda 3: Obvladovanje bolezni

Diplomirane medicinske sestre se pri svojem delu srečujejo s težavami, ki jih rešujejo v skladu s svojimi kompetencami in z visokim nivojem znanja. Prav tako je pomemben njihov pristop do pacienta.

PMS3: »Nekateri pacienti so zelo zavzeti in disciplinirani, problem je pri tistih, ki bolezni ne sprejemajo, se ne držijo navodil, niso natančni pri jemanju zdravil. Starostnika namreč bolezni lahko zelo prizadene in zaznamuje.«

PMS2: »Pri svojem delu večino časa namenim zdravstveni oskrbi, kar časa lahko, ga namenim tudi preventivi, vedno sem pozorna na to. Če tudi sorodniki ne sodelujejo, je težko, občutek moraš imeti za obe strani, ne smeš preveč vplivati, pritiskati ...«

Pacienti se s svojim stanjem sprijaznijo in se osredotočajo na nadzor bolezni. To jih psihično pomiri.

S1: »Drugače ne hodim k zdravniku, vendar se redno udeležujem kontrol, na katere sem naročen že ustaljeno. Kar me zanima v zvezi z boleznijo, poiščem na spletu.«

S2: »Ja, veliko se ne da pomagati, redno hodim na dializo, kjer me tudi redno kontrolirajo. Odvisen sem od svojega truda.«

S3: »Najhujši je strah. Tega se ne navadiš, te stalno spremlja.«

3.4.2 Dejavniki tveganja

V drugi podkategoriji so prepoznane kode: bivalni status, multimorbidnost in ocena tveganja.

Koda 4: Bivalni status

Pri bivalnem statusu je glede na stanje pacienta pomembno urejeno življenjsko okolje.

PMS2: »Izpostavila bi opremo bivalnih prostorov, na primer preproge, preveč pohištva, z leti postane gibanje težavno samo po sebi in nezgoda je tu.«

PMS3: »Največkrat neustrezno okolje, predvsem mokra tla, stopnice, tudi neustrezno vedenje, precenjene sposobnosti, predvsem, če starostnik biva sam, brez pomoči.«

S2: »... mogoče bi po nasvetu patronažne sestre razmislil še o ročkah. Pa spalni del smo prilagodili bližje toaletnim prostorom, da mi ni treba daleč hoditi, zlasti ponoči.«

S3: »Ja, so me opozorili, ker imam veliko stopnic in če je mokro v kopalnici. Nekaj smo potem uredili pa stolček za tuš uporabljam.«

S1: »Mogoče ... vendar se za svoja leta počutim še stabilnega, mogoče v prihodnosti.«

S5: »Kar gre. Nimam držal, se malo poprimem za kaj, če je treba, tako sem navajen.«

Koda 5: Multimorbidnost

Stanje diagnoz je pomemben dejavnik tveganja za poškodbe. Veliko truda terja sprememba že ustaljenih navad pri starostniku.

PMS2: »Izpostavila bi več kroničnih bolezni hkrati in splošno oslabelost pacienta. Ne razumejo tudi dobro, kako jemati kopico zdravil za več vrst bolezni ... vzamejo vse skupaj samo enkrat na dan, zato da ne pozabijo. Kljub opozorilom slabih navad ne opustijo, ker jim je tako lažje, so navajeni.«

Pacienti se na začetku težko sprijaznijo z vsemi diagnozami. Kasneje jim jemanje zdravil in spremljajoča stanja preidejo v navado.

S5: »Zaenkrat nimam nobenega kroničnega obolenja, jaz se dobro počutim. Vsakih par let grem k zdravniku. Noge mi pa zatekajo. Vedno imam otečene. Pa tudi spim slabo.«

Koda 6: Ocena tveganja

Tabela 3: Preglednica ogroženosti za padec in dejansko stanje starostnika

Besedilo	S1	S2	S3	S4	S5
Tveganje (Morse):	ni tveganja	visoko	srednje	ni tveganja	visoko
Zgodovina padcev:	da	da	da	da	da
Število padcev:	4	1	1	2	2
Stanje ob padcu:	vrtoglavica	slabost, izčrpanost	nezavest	prisebna	nezavest
Vrsta poškodbe, posebnosti:	lažje poškodbe, punkcija kolena	lažje poškodbe, huda izčrpanost	dolgotrajno okrevanje	zlom roke in noge	zlom, lažje poškodbe
Dnevna količina zdravil:	1	8	8	po potrebi	3
Urejeno jemanje:	da	da	da	/	ne
Posebnosti:	neujemanje, menjava zdravil	velika količina dnevno	velika količina dnevno	se izogiba zdravil	neurejeno, vse naenkrat

Legenda: S = starostnik

Stopnjo tveganja za poškodbe pri starostniku udeleženke patronažnega varstva preverijo z oceno tveganja za padec.

PMS3: »Ogroženost za padce ugotavljam glede na sposobnost samooskrbe pacienta in stanja njegovih diagnoz ter tudi glede zagotavljanja varnosti s strani svojcev. Več primerov je pri tistih, ki živijo sami, razlog pa je psihično stanje, večkrat alkohol.«

Pri oceni tveganja za padec smo v intervjuju s pacienti za vsakega posebej uporabili Morsejevo lestvico in ugotovili stopnjo ogroženosti. Podatek je razviden iz tabele 3.

3.4.3 Socialna opora

V tretji podkategoriji so prepoznane kode: odnosi in podpora družine, skrb in sodelovanje med institucijami ter ogroženost in tveganja.

Koda 7: Odnosi in podpora družine

Okolje in odnosi privedejo do situacij, kjer je potrebna celostna obravnava in koordinacija med posamezniki in ustreznimi službami.

PMS3: »Ja, v stresnih situacijah so navadno težave, takrat se pokaže, da niso vsi za vse ... včasih pacient prosi tudi za tujo pomoč. Če ni pomoči doma, poskušamo navezati stike s sosedi, z znanci, okolico.«

Starostniki drugim težko priznajo nemoč.

S2: »Največ za mene skrbi žena, največ dela je padlo nanjo, nekaj pa tudi hčerki.«

S3: »Doma mi pomaga mož in tudi hčerka, ona me tudi spremlja k zdravnikom na vse preglede, povsod me spremlja, kamor je potrebno.«

S5: »Žena mi je pomagala, tudi pri zdravilih, sedaj sem vdovec, včasih prideta sin in hčerka, tudi sosed mi je pomagal pri delu enkrat, pa nisem prosil ...«

Koda 8: Skrb in sodelovanje med institucijami

Družini ali starostniku je nudena osebna pomoč in pomoč institucij.

PMS1: » ... kaj, kar ne spada v rok službe ... ne moreš kar tako mimo. Pa tudi na uro ne moreš gledati, večkrat se zavleče, potrebe so take, ljudje te rabijo.«

PMS2: » ... spada k mojemu poklicu, mi ni težko opraviti kaj izven plana (smeh), če je le mogoče.«

PMS3: »Če lahko, opravim kakšno uslugo, pošta, potreba po zdravilih, lekarna, tudi naročanje z napotnico.«

Udeleženi starostnikom je poleg oskrbe patronažnega varstva na primarni ravni nudena tudi oskrba na sekundarni ravni ali po potrebi tudi v drugih institucijah.

S1: »Žena me je v poznih večernih urah odpeljala v ambulanto nujne medicinske pomoči. Zdravnica se je odločila, da me napoti na urgentni center bolnice na Jesenice, sem bil sprejet. Opravili so vse preiskave, slikali glavo.«

S3: »Hčerka je takoj poklicala v zdravstveni dom, zdravnica me je spremljala z reševalnim vozilom na urgenco, nato so me takoj urgentno odpeljali v Klinični center v Ljubljano, kjer so me sprejeli. Hospitalizacija je bila dolgotrajna.«

Koda 9: Ogroženost in tveganja

Ogroženost ali nevarna stanja predstavljajo določeno tveganje ter zahtevajo dolgoletne izkušnje in pravi pristop.

PMS1: »Tisti, ki živijo sami, brez pomoči, so neprimerno bolj ogroženi: psihofizično stanje, alkohol, nepravilna uporaba in jemanje zdravil, nepravilne kombinacije, ni nikogar, ki bi nadziral. Tega je še vedno precej. Nastanejo določene progresivne psihične spremembe, posledično konflikti, neodobravanje, zavračanje pomoči, druge posebnosti, in odnosi se hitro skrhajo.«

PMS2: »V družini, kjer svojci niso zainteresirani za starostnika, poizkušam s prepričevanjem, da bi spremenili svoj odnos. Vendar vedno tudi ne uspe. Ja, pa če je bolezen partnerja, nasilje, je res težko, pacientu in meni. Narediš, kar lahko, obvestiš naprej ...«

Odsotnost nadzora in tvegana dejanja ogrožajo zdravje pacienta.

S5: »Dokler je bila še žena živa, je ona skrbela za moje tablete. Zdaj pa kar zjutraj vzamem vse tri, da ne pozabim. Nič ne vem, zakaj so.«

Druga kategorija: Prepoznani dejavniki tveganja

V drugo ugotovljeno kategorijo smo uvrstili dve podkategorij: posledice padcev in stanje ter rehabilitacija in oskrba.

3.4.4 Posledice padcev in stanje

V četrti podkategoriji so prepoznane kode: vzroki in okoliščine ter strah, nelagodje in odvisnost od pomoči. Podatke smo predstavili v tabeli 3.

Koda 10: Vzroki in okoliščine

Aktivnost starostnikov in neurejeno bivalno okolje sta dejavnika tveganja za padec.

S1: »Pri hoji po stopnicah mi je vzelo noge. Imel sem vrtoglavico, hoja je bila nestabilna, vid mi je oslabel, nisem mogel normalno govoriti. Doma sem bil sam.«

S3: »Padla sem, ker sem utrpela možgansko krvavitev. Bila sem sama, v naravi. Lahko sem še poklicala hčerko po telefonu, potem se ne spomnim ničesar več.«

S5: »Enkrat mi je spodrsnilo, ko sem kidal gnoj, pred hišo. Potem še enkrat, doma, se mi je zavrtelo, zbudil sem se v bolnici. Ne vem, kaj je bilo.«

Koda 11: Strah, nelagodje in odvisnost od pomoči

Na nemoč, strah in odvisnost se poškodovanci različno odzovejo.

PMS1: »Najbolj so po padcu odvisni od pomoči družinskih članov, največkrat je to žena, nato otroci. Pri urejenih odnosih gre za medsebojno pomoč, spoštovanje. Če živijo sami, posebno pozornost namenimo ohranjanju in navezavi stikov z okolico, sosedi ali znanci. Če je težava večja, vključimo druge institucije, dokler je potrebno.«

PMS2: »Vse znanje je treba usmeriti, da se izboljša vsaj psihično stanje, da se ga motivira. Kljub nelagodju sprejmejo pomoč pozitivno.«

PMS3: »Ja, v stresnih situacijah se pokaže, koliko so ljudje pripravljeni. So že tudi prosili za tujo pomoč, raje kot od svojca.«

Dolga rehabilitacija in strah vplivata na spremembo kakovosti življenja.

S2: »Strah me je bilo, samo tuhtal sem, nisem komuniciral normalno. Zapiral sem se vase in premišljeval, česa več ne bom mogel. Najbolj pa strah pred dializo.«

S3: »Imela sem napade panike, stalno me je skrbelo, kdaj me bo spet kap. Zelo neprijetno, zelo. Nikoli ne veš.«

S5: »Ni me bilo strah, sem delal kar z zlomljeno roko v gipsu, je bolelo, a sem moral. Je pa šlo počasi.«

Brez pomoči drugih je otežena rehabilitacija po padcu.

S1: »Odvisen sem bil od žene. Vse sem moral opustiti, bil sem na berglah 6 tednov.«

S2: »Popolnoma sem bil odvisen od družine ... bilo je težko. Vse pri hiši sem vedno sam opravil, vsa dela, sedaj pa samo malenkosti. Po dolgih mesecih sem spet sedel za volan, da ni treba prositi drugih.«

S3: »Popolnoma sem bila odvisna od moža, od hčerke. Imam zelo omejeno gibanje, skoraj nikamor ne grem, če pride kdo. Še dobro, da imam telefon, da me pokličejo ali pa jaz.«

S5: »Tudi če sem bil v gipsu, sem moral sam vse postoriti, imel sem deset govedi in konja. Nihče mi ni pomagal, enkrat sosed. Sedaj mi prinesejo iz trgovine, na kosilo pa hodim tukaj v bližini.«

3.4.5 Rehabilitacija in oskrba

V peti podkategoriji sta prepoznani kodi: psihofizično doživljanje stanja po padcu in prevzemanje odgovornosti zase.

Koda 12: Psihofizično doživljanje stanja po padcu

Obravnavana stanja starostnika po padcu potrebuje večplastnost zaradi pojava spremljajočih stanj.

PMS1: »Veliko vlogo igrajo tukaj osebne poteze. Če opustijo socialne stike, so pasivni in jim je edino razvedrilo gledanje televizije, ni več daleč do depresivnega stanja.«

Strah je spremljajoč in moteč dejavnik, ki ga težko premagajo.

S2: »Že tako nisem nič mogel, delati pa to, za naprej sem razmišljal, kako bo šlo, pa dializa, pa kako bova z ženo, če ne bom nič mogel, nisem videl smisla.«

S3: »Še v dežju ne morem ven, ne morem držati dežnika, ker potrebujem obe bergli.«

S4: »Sem se navadila delati z levo roko pri gipsu na zapestju, samo da je bila noga cela (smeh). Drugače sem sedaj samostojna, delam po hiši vse, sem se navadila.«

S5: »Če kaj pogrešam, je to pogovor. Če ne bi bil tako trdne narave, bi kar scagal.«

Koda 13: Prevzemanje odgovornosti zase

Pri spremembi sloga življenja pacient potrebuje podporo.

PMS2: »Ko odpravimo nezadovoljstvo, slabe navade, ko postane ponovno aktiven, potem počasi steče. Pomembno je razumeti nastalo stisko starostnika, ga motivirati. Včasih je to kar dolg postopek. Pogovor je zelo važen, pa tudi poslušanje.«

V rehabilitacijo je treba vložiti veliko fizičnega in tudi psihičnega napora.

S2: »Odvisen sem od svojega truda, koliko si prizadevam. Trudim se, kar lahko.«

S1: »Poskušam biti kar največ aktiven, k temu me spodbuja tudi žena. Precej tudi preberem, da vem, kaj je v redu in kaj ne.«

S4: »Vedno se držim vseh navodil in priporočil. Tudi za gibanje vem, da je pomembno, zato vztrajam.«

S5: »Pazim, hodim počasi, s palico. Moram se gibati.«

Tretja kategorija: Doživljanje in pričakovanja

V tretjo ugotovljeno kategorijo smo uvrstili dve podkategoriji: doživljanje in pričakovanje ter podpora diplomirane medicinske sestre in patronažni obiski.

3.4.6 Doživljanje in pričakovanja

V šesti podkategoriji so prepoznane tri kode: obremenitve na delovnem mestu, moralno zadoščenje in vrednote ter nezaupanje in razočaranje pacientov.

Koda 14: Obremenitve diplomirane medicinske sestre na delovnem mestu

Delo s starostniki je fizično in psihično zelo obremenjujoče.

PMS1: »Delo opravljam kvalitetno, po svoji vesti. Tega ne bi mogla delati polovičarsko, se ne da. Vendar ko vidiš, da človek rabi samo besedo, ampak ti moraš naprej, ker te pričakuje naslednji ... To bremeni. Potem te pa čakajo še vsi papirji.«

PMS2: »Pomanjkanje časa. Vedno imam občutek, da bi morala še več narediti za preventivo. Menim, da je ključnega pomena. S preventivo, ki jo nudimo, ne uspemo ustaviti naraščanja potreb, pacienti so po poškodbi hitro odpuščeni v domačo oziroma patronažno oskrbo. Starejših je vedno več, zaposlenih pa ne, posledica je izgorevanje, tega je vedno več, bolniške, depresija ... to je začaran krog.«

PMS3: »Preobremenjenost in pomanjkanje časa ne sme biti izgovor, potreben pa je čas in obisk kvalitetno izpeljati. Da zdržiš, so potrebne osebne kvalitete, predvsem motivacija in empatija. Sicer pa ja, je problem, potreben je vedno več.«

Koda 15: Moralno zadoščenje in vrednote

Intervencije v patronažni zdravstveni negi so vedno usmerjene v pacienta.

PMS1: »Kljub delu, ki je zelo psihično naporno, čutiš, da te nekako plemeniti.«

PMS2: »Pri vseh težavah vidimo, da smo kot patronažna služba zelo pomembni, zavedanje, da si potreben, pomeni, da te nekdo potrebuje, da mu pomagaš. To mi veliko pomeni.«

PMS3: »Ja, skrb za druge me kar prevzame, menim, da smo tudi zaradi svojih moralnih kvalitet in razdajanja kar nepogrešljive. To mi tudi v težavah pomaga.«

Koda 16: Nezaupanje in razočaranje pacientov

V institucijah pacienti naletijo tudi na neustrezno obravnavo.

S1: »Pri obravnavi sem imel vedno dober občutek, ni bilo ovir. Razen na fizioterapijo sem čakal skoraj 2 meseca, da me je že nehalo boleti. Zaradi kolena pa sploh nisem imel fizioterapije, ne vem, zakaj. Ja, sedaj bi vprašal, zakaj, ali pa bi šel samoplačniško, bolje kot nič. Že z zmanjšano aktivnostjo sem se zelo težko sprijaznil.«

S2: »Je pomembno, na katere zdravnike in osebje naletiš. Na bolnišnično zdravljenje imam veliko pripomb. Saj razumem preobremenjenost, pomanjkanje osebja. Pošiljali so me sem in tja, ene in iste preiskave, čas je tekkel, stanje se je slabšalo. V nekem trenutku je morala posredovati hčerka. Nazadnje so odpovedale ledvice. Saj sem vaje potrpeti, ampak danes bi bolj sodeloval, ne bi se kar prepustil, takrat pa nisem nič rekel. Je bilo pa hudo.«

S3: »Ja, večasih pričakuješ, da bi ti zdravniki bolje prisluhnili. Če imam več vprašanj, tudi kar vstanejo in odprejo vrata.«

S5: »Nobene fizioterapije nisem dobil. Pri drugem padcu mi nihče ni povedal, zakaj sem v bolnici. Pa še v sobo z ženskami so me dali. So kar malo počez delali z mano, ker sem že tako star. Drugače se ne smilim samemu sebi, dosti potrpi. Rajši ne grem k zdravniku, potem kar zbolíš (smeh).«

3.4.7 Podpora diplomiranih medicinskih sester in patronažni obisk

V sedmi podkategoriji sta prepoznani dve kodi: izobraževanje diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu ter hvaležnost in spoznanje.

Koda 17: Izobraževanje diplomiranih medicinskih sester

Profesionalnost in odličnost se zagotavljata tudi z nenehnim izpopolnjevanjem znanja.

PMS1: »Če bi lahko več časa namenila preventivi, bi se ogroženost za padce lahko zmanjšala. Znanje nadgrajujem s seminarji, prav pride področje psihologije, stres, nemoč, predvsem komuniciranje. Vedno sem pripravljena na tako izobraževanje, saj te veščine pri delu potrebujem. Dobro, da se v timu razumemo, veselijo nas pogovori, poskušamo si kar najbolj pomagati in olajšati dnevne izkušnje.«

PMS2: »Že dolgo delam v zdravstvu, v domačem okolju. Ljudi poznam, ni konfliktov, poznajo me in mi zaupajo, včasih še preveč (smeh). Pomoč sprejemajo pozitivno, čutijo se varne, so bolj zadovoljni. Nikoli nimam občutka, da z mojim delom niso zadovoljni, obiske in pomoč lepo sprejmejo. To me veseli. Neko splošno preventivno osveščanje bi lahko imelo pozitiven vpliv na poškodbene dogodke. Potrebno bi bilo več časa, tega pa vsak dan primanjkuje. Velik pomen zame ima tudi razumevanje s sodelavci, pomagamo si, se pogovorimo, z zdravnikom, kar pač kdo rabi. Znanje izboljšujem sproti, najbolj je pomemben pristop do pacienta, zato so veščine komunikacije pomembne.«

PMS3: »Pri delu mi pomagajo dolgoletne izkušnje. Moje načelo je, da se čim več pogovarjamo, tako se bolje spoznamo in si lažje pridemo nasproti. Potreben je tudi pravočasen pristop. Vodita me motivacija, empatija. Na področju padcev imam že veliko znanja. Pomembno je poznati spremembe, ki jih prinese starost: čustva, demenca, ocenjevanje osebnosti in odnosi v nestabilnih in kritičnih družinskih okoljih. Znanje je vedno pomembno. Menim, da smo na tem področju nepogrešljive, a v stroki premalo cenjene.«

Koda 18: Hvaležnost in spoznanje

Obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so dobro sprejeti, vplivajo tudi na pripravljenost za izobraževanje družinskih članov.

S1: »Obisk je bil zelo dobrodošel, sestra je bila zelo prijazna, umirjena, vzela si je čas, nimam pripomb. Svetovala mi je in opozorila na možne težave, nasveti so mi koristili. Je pa prišla le enkrat. Če bi se spet pojavila potreba, ne bi odklonil. Navezati stik mi ne bi bilo težko. Ja, včasih so hodili samo za težke primere, novice hitro krožijo na vasi.

Danes je drugače. Ja, domači bi se sigurno udeležili izobraževanja. Če bi organizirali v društvu upokojencev, bi jih pa še več prišlo.»

S2: »Patronažna je prišla kmalu po padcu, če potrebujem pomoč, pripomočke. Dala mi je kar nekaj nasvetov, kako ravnati, kako je pomembna prehrana pri mojem stanju ... pa o možnosti peritonealne dialize mi je razložila vse. Sem bil zadovoljen in hvaležen, z ženo sva bila pomirjena. Če bi bilo potrebno, bi navezal stik, ne vem, kako, nisem vprašal, verjetno preko osebne zdravnice. Družinski člani bi se pa verjetno udeležili izobraževanja, v kolikor bi jim čas ustrezal.»

S3: »Prišli sta dve sestri takoj ob prihodu domov, dali sta mi splošne nasvete, o rehabilitaciji, gibanju, prilagoditvi za moje potrebe, pozornosti na zdravila. Govorili sta tudi z možem. Obisk je bil zelo dobrodošel, saj domači takrat še niso vedeli, kako se mi bo življenje spremenilo. Sem bila še zmedena, prestrašena, ker navadno hodijo k hudo bolnim. Če bi rabila, bi poklicala osebno zdravnico in vprašala, nimam predsodkov. Hčerka se je že izobraževala in bi se še kljub službi in večji družini.»

S5: »Rad bi bil še dolgo samostojen, nikoli nisem bil v nadlego. Noben ni prišel, nisem bil nikamor klican. Če bi bila sila, bi poklical zdravnika. Mogoče pa ne vedo zame, al kako.»

Pri odgovorih pacientov glede strinjanja o nujenju pomoči sorodnikov je bilo zaznati nekaj nelagodja. Pacienti so sicer sami izpolnjevali vprašalnik, vendar je bila pri nekaterih opaženo moteča navzočnost družinskih članov. Kljub temu so vprašalnik izpolnili v celoti.

V nadaljevanju smo kode, ki smo jih pridobili iz značilnih delov citiranega besedila, združili v podkategorije in kategorije oziroma teme, kar smo prikazali v tabeli 4.

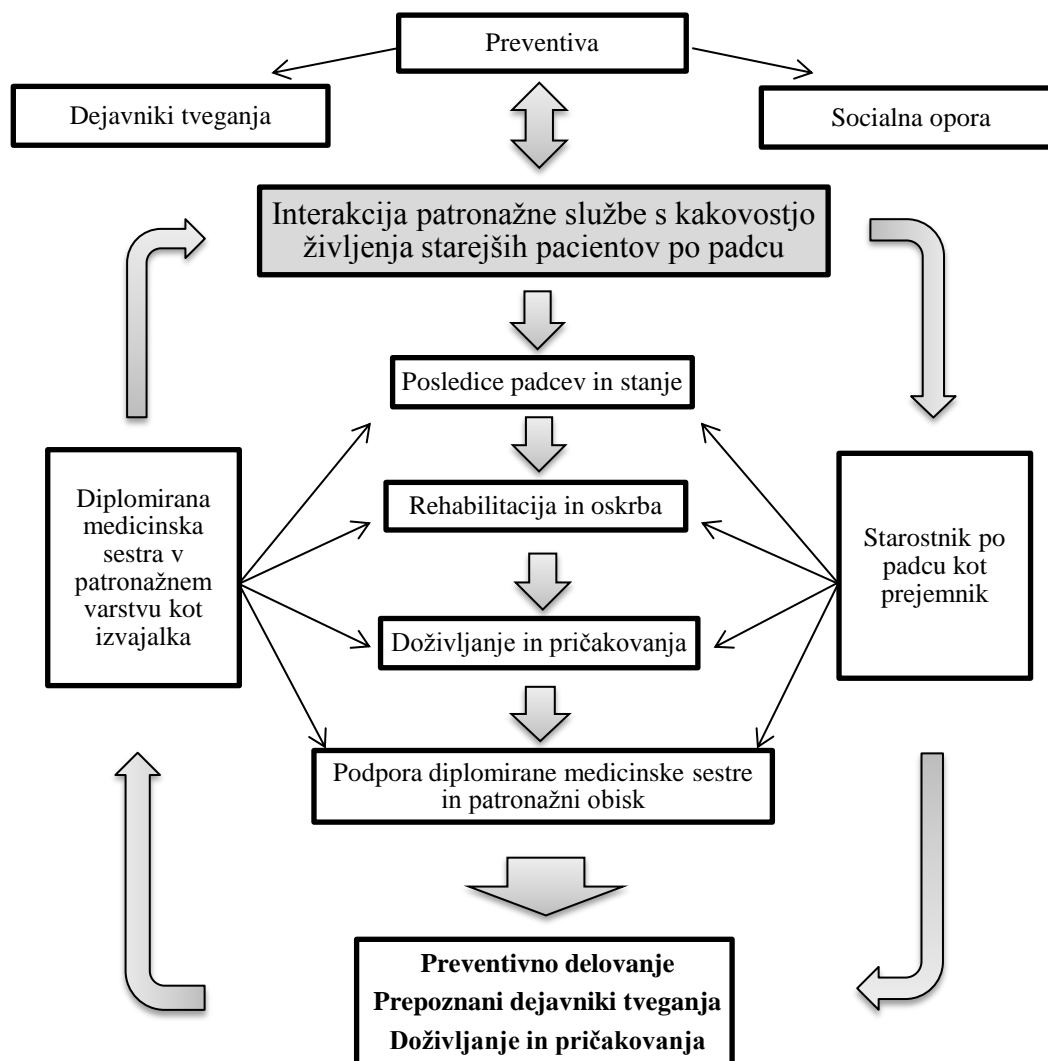
Tabela 4: Pregled pridobljenih kod, podkategorij in kategorij

Zap. št.	Koda	Podkategorija	Kategorija
1.	Kakovost življenja	Preventiva	Preventivno delovanje
2.	Podaljšana samooskrba		
3.	Obvladovanje bolezni		
4.	Bivalni status	Dejavniki tveganja	
5.	Multimorbidnost		
6.	Ocena tveganja		
7.	Odnosi in podpora družine	Socialna opora	
8.	Skrb in sodelovanje med institucijami		
9.	Ogroženost in tveganja		
10.	Vzroki in okoliščine	Posledice padcev in stanje	Prepoznani dejavniki tveganja
11.	Strah, nelagodje in odvisnost od pomoči		
12.	Psihofizično doživljanje stanja po padcu	Rehabilitacija in oskrba	
13.	Prevzemanje odgovornosti zase		
14.	Obremenitve na delovnem mestu	Doživljanje in pričakovanja	Doživljanje in pričakovanja
15.	Moralno zadoščenje in vrednote		
16.	Nezaupanje in razočaranje pacientov		
17.	Izobraževanje DMS	Podpora DMS in patronažni obiski	
18.	Hvaležnost in spoznanje		

Legenda: DMS = diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu

Zaradi tesne povezave med delom diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu in starostniki s kroničnimi boleznimi smo v procesu analize večkrat ugotovili podobne izjave oziroma so se izjave ponavljale, kar je narekovalo, da smo podatke lahko združili. Pregled izpeljanih kod, podkategorij in kategorij ter njihovo tesno medsebojno prepletenost, povezanost in odvisnost oziroma interakcijo patronažne službe in življenja starostnika po padcu smo tudi slikovno ponazorili in prikazali.

Ugotovljene podkategorije in kategorije predstavljajo odnos in sodelovanje organiziranega patronažnega varstva kot izvajalca, starostnika s kroničnimi boleznimi pa kot prejemnika oskrbe (slika 1).



Slika 1: Model odvisnosti prepoznanih podkategorij in kategorij

3.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo z izvedeno raziskavo ugotovili, da je diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu z obiski na domu, s svojim preventivnim načinom delovanja ter prepoznavanjem dejavnikov tveganja pri ohranjanju kakovosti življenja za starostnika in njegove svojce izredno pomembna. Iz pridobljenih rezultatov v intervjujih smo ugotovili, da si pri premagovanju težav vedno pomaga s pridobljenim znanjem,

kompetencami, z izkušnjami, dokazi v praksi ter s sodelovanjem v timu in z institucijami. Z ugotovljenimi spoznanji smo dosegli namen diplomskega dela.

Pri iskanju odgovora na prvo raziskovalno vprašanje smo ugotovili, da spremembe, ki jih prinese bolezen ali posledica padca, spremenijo kakovost življenja. Obiski diplomirane medicinske sestre so v patronažnem varstvu naravnani na preventivno delovanje, ugotavljanje dejavnikov tveganja pri starostniku in v njegovem življenjskem okolju. Namen preventivnega obiska je izboljšati kakovost življenja: Ahačič (2016) s tem primerja najboljše prakse in standarde z upoštevanjem osnovnih načel obravnave pacienta. Zorc in Skela Savič (2012) navajata, da je potrebna promocija specifičnih znanj tudi s področja duševnega zdravja ter preventive pred poškodbami starostnikov. Kakovost življenja je odvisna tudi od navad in razvad pacientov, ki jih morda nočejo opustiti. Pri pacientih je skupna misel strah, da bi bili v breme, to pa škodi njihovi samopodobi. Strah pa večkrat celo izboljša odzivnost in aktivnost pri rehabilitaciji. Pri gibalni aktivnosti so pomembni dejavniki, tako lastnosti posameznika kot tudi širšega okolja, ugotavljata Slabe Erker in Ličen (2014). Enake rezultate navajata tudi Colombe in Kramer (2003 cited in Svetina & Zupančič, 2013, p. 97). Udeleženke s preventivno zdravstveno oskrbo spodbujajo kar najdaljšo aktivnost in možnost samooskrbe. Veliko vlogo pri tem ima sodelovanje ali nesodelovanje svojcev, delujejo pa povezovalno. Opažajo, da je osveščenost starejših v porastu. Raziskava odnosa starejših do preventive padcev je v šestih evropskih državah pokazala, da starejši menijo, da za to ne potrebujejo posebne aktivnosti. Izkazalo se je, da imajo pozitiven vpliv priporočila zdravstvenega osebja (Voljč, 2016). Pri svojem delu izpostavljajo profesionalnost in medčloveške odnose. Enako ugotavljajo tudi Prebil, et al., (2009), ki menijo, da mora osebje pri delu ohranjati humanost, sočutje in zaupanje. Težave, tudi psihične obremenitve, nastopijo, če je pacient indiferenten ali pa nima podpore družine. Pacienti večinoma navajajo, da sledijo navodilom, ki so jim bila posredovana. S svojim stanjem se sprijaznijo in se osredotočajo na nadzor bolezni. To jih psihično pomiri.

Vse udeležene diplomirane medicinske sestre pri bivalnem statusu izpostavljajo neprimerno opremo stanovanjskih prostorov. Tudi odgovori starostnikov kažejo, da večinoma nimajo ustrezno urejenih bivalnih prostorov glede na svoje stanje. Nihče

izmed njih nima nameščenih ročk za prijemanje na kritičnih mestih, vendar o tem razmišljajo. Nekaj stvari bodo še prilagodili, vendar niso posebej zainteresirani.

Udeleženke navajajo, da so stanje diagnoz, psihično stanje ali zloraba alkohola pomembni dejavniki tveganja za poškodbe. Navajajo porast demence in depresije ter posledično neprimerne kombinacije zdravil. Kobentar (2014) v raziskavi analize znanstvenih besedil navaja, da je posebno pri demenci glede zdravil priporočljiva celostna obravnava obolelega. Tudi neustrezno prehrano pogojujejo s socialnim stanjem, z oklepanjem navad in vajenih načel. V izvedeni raziskavi na vzorcu 218 starostnikov o prehranskem in gibalnem režimu (Zurc, et al., 2015) naj bi posebno pozornost namenili prav skupini starostnikov s specifičnim prehranskim in gibalnim režimom, saj je bilo kar 42,7 % oseb uvrščenih v skupino ogroženih. Veliko truda terja sprememba že ustaljenih navad pri starostniku. Udeleženi pacienti se težko sprijaznijo z vsemi diagnozami, vendar samo na začetku. Jemanje zdravil in spremljajoča stanja preidejo v navado. Vsi pacienti izkazujejo redno jemanje po navodilih zdravnika, razen enega, ki diagnoze zanika, vendar so obstoječe in se jih zaveda. Zaradi svojega življenjskega sloga jih prikriva, saj bi sicer priznal ranljivost, ki zanj ni sprejemljiva.

S stopnjo tveganja za poškodbe udeleženke patronažnega varstva ocenijo starejše glede na število in stanje diagnoz, oslabelost in nesposobnost za samooskrbo. Letno obravnavajo od 2 do 3 primere padcev, ki se končajo s poškodbo. Pri oceni tveganja za padec smo v intervjuju s pacienti za vsakega posebej uporabili Morsejevo lestvico, ki meri stopnjo ogroženosti glede na doseženo vsoto točk. Merijo se posamezne trditve v zvezi s stanjem pacienta in izvajajo aktivnosti zdravstveno-vzgojnega dela glede na vsoto točk oziroma stopnjo ogroženosti. Podatek je razviden iz tabele 3. Ugotovili smo, da pacient, ki kronične bolezni zanika, izkazuje visoko tveganje za padec. Poleg tega živi sam, kar tveganje še povečuje. Udeleženke patronažnega varstva se strinjajo, da družine obravnavajo celostno in da pri urejenih odnosih ni težav, pač pa se pojavijo tam, kjer starostnik živi sam ali pa so odnosi s sorodniki slabi. Glede na to, da že dolgo delajo v domačem okolju, se vsi med seboj poznajo, si zaupajo in s pacienti vzpostavijo pristen odnos. Udeleženke pri svojem delu večkrat opravijo tudi razne usluge iz

prijaznosti, ki ne spadajo med službena opravila, tudi po poteku delovnega časa, če se jim zdi to potrebno.

Udeleženi starostniki ugotavljajo, da jim pomoč družinskih članov nudi dobro oporo. Največ se pri težavah opirajo na zakonca, potem na otroke, na okolico pa le izjemoma, saj drugim težko priznajo nemoč. Raje več potrpijo. Vsem pacientom moškega spola za urejeno jemanje zdravil skrbi žena. Navajajo, da urejeno jemljejo zdravila in ne opažajo stranskih učinkov, samo pri enem je prišlo do težav, zato so mu predpisali drugo zdravilo z enakim učinkom.

V kategoriji Prepoznani dejavniki tveganja iščemo odgovor na drugo raziskovalno vprašanje. Prepoznamo kode, ki nam pri starostnikih osvetlijo vzroke in okoliščine padca ter strah, nelagodje in odvisnost od pomoči. Ugotovimo, da imajo že zgodovino padcev, nekaterim ocena tveganja za padeč izkazuje visoko tveganje. Podatke smo predstavili v tabeli 3. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu kot vzrok in okoliščine padca poleg bivalnega okolja navedejo tudi slab vid, sluh, slabe razvade ter mišično oslabelelost. Pacienti za vzrok padca največkrat navedejo zdrs, izčrpanost in izgubo zavesti. V trenutku padca so bili največkrat sami, v domačem okolju. Odvisnost pri starostniku vzbudi občutek nebogljenosti, včasih jeze. Maček, et al., (2015) ugotavljajo, da se zmožnost sodelovanja v procesu zdravljenja zaradi osebnostnih sprememb lahko celo prekine. Težave rešujejo s profesionalnim odnosom ter prilagoditvijo situaciji. Nemoč posameznika ima za posledico obremenitev družine ali okolice. Nudenje pomoči okolica sprejme ali pa tudi ne. Poškodovanci se različno odzovejo, najtežje je, če živijo sami, saj je zdravljenje oteženo. Večinoma navajajo strah pred odvisnostjo od drugih, dolgo rehabilitacijo in strah pred ponovnim padcem, tudi zaradi nevajenosti pripomočkov. Občutijo nelagodje in veliko spremembo v kakovosti življenja. V stanju odvisnosti jim je bilo težko.

Udeleženke ugotavljajo, da je psihofizično stanje osebe po padcu zelo spremenjeno in da obravnava potrebuje večplastnost. Pojavi se namreč vrsto spremljajočih se stanj, ki slabo vplivajo na rehabilitacijo: opustitev aktivnosti, vožnje avtomobila, družabnih stikov, odvisnost od dialize, nekateri postanejo pasivni. Enako ugotavljajo pacienti:

strah je spremljajoč in moteč dejavnik, ki ga težko premagajo, prav tako težko prenašajo izgubo aktivnosti in družabnih stikov, vendar se sčasoma sprijaznijo. Prebil, et al., (2009) pišejo, da nas mora prejemnik razumeti: izbrati moramo ustrezen način in preseči prisoten strah in morebitno nemoč. Sposobnost vživeti se v starostnikov položaj praviloma spodbudi njegovo pripravljenost za sodelovanje, ugotavlja Rakovec Felsner (2009). Nekateri pa potrebujejo samo pogovor, saj od vseh težav prevladuje osamljenost. Grun (2012) navaja, da tudi z duhovnostjo lažje premagujemo težavna obdobja, osamljenost, strah in šibkost starosti. Potrebna sta razumevanje in spodbuda. Z nasveti pomagajo premagovati strah in občutke nemoči. Pacienti se zavedajo, da morajo v rehabilitacijo vložiti veliko fizičnega in psihičnega napora. Opazijo telesne spremembe, na katere prej niso bili pozorni.

Odgovor na tretje raziskovalno vprašanje smo iskali v kategoriji Doživljanje in pričakovanja. Intervjuvanke so pri delu fizično in psihično zelo obremenjene. Izvajanje zdravstvene nege in oskrbe na domu (Štemberger Kolnik, 2016) je multidisciplinarni pristop obravnave, ki ga ne more izvajati vsak. Zavedajo pa se, da obremenjenost ne more biti ovira za njihov profesionalni odnos do dela. V svoji delovni dobi so doživele že marsikaj in so se do neke mere psihično utrdile, tudi strokovne pomoči še niso potrebovale. Cilj intervencij medicinske sestre v patronažni zdravstveni negi je vedno usmerjen v pacienta. V to usmerjajo vso svojo skrb in strokovnost. Pomoč ljudem jih plemeniti, krepi in jim utrjuje zavest. Kot navajajo Perušek, et al. (2013), je tak odnos za starostnike ključnega pomena. Pacienti navajajo, da so pri obravnavah po padcu v institucijah naleteli tudi na neustrezno obravnavo. Takih dogodkov in situacij glede oskrbe patronažne službe ni navedel nihče. Neprijetni zapleti so se sicer pripetili, vendar so individualno interpretirani in jih ne smemo posploševati. Starostniki so v različnih situacijah obravnave in rehabilitacije postali pasivni, in sicer največkrat po padcu, čeprav so čutili prikrajšanost. Vsi navedejo, da bi se naslednjič drugače odzvali in pri obravnavi aktivno sodelovali. Diplomirane medicinske sestre poskušajo težave reševati tudi s povezovanjem z institucijami. Stiske in nemoč posameznikov se jih čustveno dotaknejo, saj je vsako odstopanje ali neprimerna obravnava pacienta v nasprotju z njenim poslanstvom. Zaradi nenehnih izzivov so se udeleženke v patronažni dejavnosti pripravljene dodatno izobraževati. To zahteva kontinuiteta dela, ki od njih pričakuje

profesionalnost ter etičen in empatičen odnos do oskrbovanca. Tudi udeleženi pacienti so vsak na svoj način spoznavali in prejeli pomoč diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Izrazili so hvaležnost za nudeno pomoč in podporo. Nihče ne navaja negativnih izkušenj in spoznanj. Tudi Železnik in Rajčič (2014) v anketni raziskavi navajata visoko raven zadovoljstva uporabnikov oskrbe na domu. Takih raziskav je malo. Vsi so se tudi strinjali, da bi se njihovi družinski člani izobraževali, če bi jim bilo to omogočeno. Navajajo, da jim bivalno okolje in pripomočki ustrezajo. Trije so dobili obisk patronažne službe, k dvema pa ni nihče prišel. Pravita, da razloga ne poznata. Pri odgovorih pacientov glede strinjanja o nudenju pomoči sorodnikov, in sicer čustveni in empatični opori, je bilo zaznati nekaj nelagodja, ko so bili svojci prisotni, čeprav so pacienti sami izpolnili kratek vprašalnik. Tudi raziskovalci (Cavanaugh in Blanchard-Fields, 2006 cited in Svetina & Zupančič, 2013) pri starejših ugotavljajo povečano previdnost, občutljivost in sumničavost.

Analiza rezultatov vodi do spoznanja, da ima preventivno delovanje diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu važno vlogo pri zagotavljanju kakovosti življenja starejših v njihovem domačem okolju. Pomembno vpliva na obvladovanje bolezni, ureja bivalne pogoje in ocenjuje dejavnike tveganja, kar posledično pomeni tudi krajšo rehabilitacijo po padcu. Vzporedno skrbi za socialno oporo posameznika in njegove družine, prepoznava morebitna tveganja in po potrebi poskrbi za povezavo in vključitev ustreznih institucij.

Opozoriti moramo tudi na prednosti in slabosti rezultatov raziskave: starost udeleženi diplomiranih medicinskih sester je bila okoli 50 let, kar kaže na njihovo izkušnost in preverljivost in v izvedeni raziskavi vsekakor pomeni določeno prednost. Glede na majhen vzorec in primerljivost odgovorov ter prikaz stanja v samo eni enoti Osnovnega zdravstva Gorenjske pa predvidevamo, da bi bili rezultati na večjem vzorcu in širšem prostoru zagotovo drugačni, zato jih ne moremo označiti kot splošne. Tudi izbrani vzorec pacientov ni reprezentativen in ga ne moremo posploševati, vendar glede na starost udeležencev (povprečno 78 let) in dolgotrajno multimorbidnost (povprečno 20 let), zgodovino padcev ter navedene posledice je možno rezultate upoštevati pri delu z obravnavano skupino populacije.

4 ZAKLJUČEK

Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu skrbijo za preventivno oskrbo starostnikov na terenu z napotki, kako se obvarovati nevarnostim za padce. S svojim delovanjem vplivajo na ohranjanje kakovosti življenja starejših in pomembno vplivajo na zmanjšanje števila nezgod. Patronažna služba je v pogostih stikih s pacienti v njihovem domačem okolju, zato je dobro sodelovanje ključnega pomena za kakovostno obravnavo. Uporabniki storitev, v našem primeru starostniki, so s preventivnimi obiski diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu zelo zadovoljni. Dobili smo dvostranski vpogled na soodvisnost obravnavanih dejavnikov ter posledično zanesljivost in verodostojnost pridobljenih podatkov. Intervju je zelo primerna metoda za raziskovanje. Predvsem s pogovorom se izrazi in sprosti subtilni odnos, ki je v vsakdanjiku spregledan, vendar ga starejša populacija premore v veliki meri. Med starejšimi pacienti po padcu in v dobi rehabilitacije je prisotna nemoč posameznika: starostniki se v svoji nemoči prepustijo, zato obstaja nevarnost, da se jih pri obravnavi odrija na rob. Ugotovili smo odstopanja: vsem starostnikom niso nudeni preventivni patronažni obiski in poznajo tudi znanje, h katerim »še nikoli ni nihče prišel«. Razloga ne navedejo, vendar zaznam grenak priokus, da »zato, ker so stari«. Raziskati bo treba vzroke in ugotoviti način za popoln zajem starostnikov v patronažno preventivno obravnavo. Tema je občutljiva zaradi krhkosti starejše populacije, spreminjanja zahtev družbe in ravni zahtevnosti zdravstvene nege in oskrbe. Starostniki občutijo strah in nemoč, vendar se prepustijo po načelu »bo že kako«. V prihodnosti bi bilo smiselno starejše kot ciljno skupino spodbuditi, da se bolje udeležujejo dogodkov, ki jih izvajajo vzgojno-izobraževalni centri na primarni ravni. Res, da stroka uvaja programe in strategije, vendar posamezniku čustveno ne prisluhne.

Vsebina pričujočega diplomskega dela ni nekaj abstraktnega. Ugotavlja stanje in potrebe v patronažni dejavnosti, ki nudi preventivno in kurativno zdravstveno oskrbo, ter položaj in težave starostnikov, ki potrebujejo in sprejemajo pomoč. To je stanje, ki se mu slej kot prej približa vsak izmed nas.

5 LITERATURA

Adlam, E., Feinmann, J., Garton, J., Harms, M., Meredith, S. & Westcott, P., 2013. *Tako mladi, kot se počutite*. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba, d.d., p. 152.

Ahačič, T., 2016. Kakovost in varnost v zdravstvu. *Kakovost in varnost v zdravstvu: zbornik predavanj strokovnega srečanja. Bled, 14. junij 2016*. S. 1.: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, pp. 3-8.

Auais, M., Alvarado, B., Querra, R., Curcio, C., Freeman, E.E., Ylli, A., Guralnik, J. & Deshpande, N., 2016. Fear of falling and its association with life-space mobility of older adults: a cross-sectional analysis using data from five international sites. *Age and Ageing*, 3(46), pp. 459-465.

Berčan, M. & Krajnc, A., 2016. Preventivni obisk pri starostniku, ki je osamel in socialno ogrožen. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *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, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, p. 55.

Bulc, M. & Vračko, P., 2017. Preventivni pregled z oceno tveganja. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 53-56.

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, 2016. *Kakovost in varnost v zdravstvu*. [pdf] Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske. Available at: <http://www.dmsbzt-gorenjske.si/images/Nina/Aktualno/zbornik%20kakovost.pdf> [Accessed 10 January 2019].

Eržen, I., 2017. Predgovor. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, p. 7.

Fischer, B.L., 2014. Declining cognition and falls: role of risky performance of everyday mobility activities. *Physical Therapy*, 94(3), p. 355.

Foltz-Gray, D., 2012. *Kako odpravimo bolečino*. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba, pp. 10-12.

Gačnik, M., 2011. Starejšega človeka spremljamo tudi doma. In: M. Mencilj, ed. *Bolezni in sindromi v starosti 5*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, p. 26.

Govc Eržen, J., Čuš, B. & Vračko, P., 2017. Referenčne ambulante družinske medicine – opis projekta. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, p. 26.

Gradišek, A., 2017. Ukrepi za zmanjševanje in preprečevanje padcev pacientov v teoriji in praksi. In: B. Nose & T. Radovan, eds. *Razkorak med teorijo in prakso v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 9. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 20. januar 2017*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, p. 9-10.

Grmek Košnik, I., 2012. Poškodbe starostnikov zaradi padcev. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & I. Avberšek Lužnik, eds. *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: zbornik prispevkov z recenzijo, 3. simpozij Katedre za temeljne vede. Begunje, 17. oktober 2012*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, p. 114.

Grun, A., 2012. *Živimo zdaj!: o sreči staranja*. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba, d.d., pp. 216-230.

Hafner, A., 2012. Kronične nenalezljive bolezni pri starejših – izziv sodobni družbi. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & I. Avberšek Lužnik, eds. *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: zbornik prispevkov z recenzijo, 3.simpozij Katedre za temeljne vede. Begunje, 17. oktober 2012.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, p. 162.

Herman, S., 2011. Poškodbe starostnikov. In: M. Mencelj, ed. *Bolezni in sindromi v starosti 5.* Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 151-154.

Kešpert, B., 2009. Pristop k poškodovanemu starostniku v domačem okolju. In: M. Horvat, R. Gorjan & D. Jošar, eds. *Urgentna stanja v patronažnem varstvu. Moravske Toplice, 5.-6.11.2009.* S. 1.: 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, p. 92.

Kobentar, R., 2014. Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 227-237.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja: Univerzitetni učbenik* [pdf] Založba Univerze na Primorskem. Available at: <http://www.hippocampus.si/isbn/978-961-6963-98-5.pdf> [Accessed 9 November 2018].

Krajnc, A., 2016. Preventivna in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *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, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 23-25.

Maček, B., Dernovšek, M. & Kobentar, R., 2015. Trajne osebnostne spremembe pri pacientih v domačem okolju in izzivi za patronažno zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), p. 281.

Maučec Zakotnik, J. & Keršič Svetel, M., 2017. Pristopi za podporo pri spreminjanju življenjskega sloga. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, p. 99.

Mesec, B., 2012. *Pojmovne mreže* [online] Available at: <http://kvalitativno.blogspot.com/2010/12/definiranje-pojmov-2.html> [Accessed 8 August 2018].

Mesec, B., 2013. *Kvalitativno: odprto kodiranje* [online] Available at: <http://kvalitativno.blogspot.com/search/label/odprto%20kodiranje> [Accessed 8 August 2018].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016a. *Preprečevanje in oskrba kroničnih bolezni: problemi in rešitve*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/preprecevanje-in-oskrba-kronicnih-bolezni-problemi-in-resitve> [Accessed 20 May 2019].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016b. *Preventivni zdravstveni programi za odrasle*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/preventivni-zdravstveni-programi-za-odrasle> [Accessed 20 May 2019].

Nešič, M., Torbarina, P. & Krajnc, A., 2016. Patronažni obisk pri pacientu s kroničnim obolenjem. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *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, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 58-60.

Ovijač, D., 2012. Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(4), pp. 297-301.

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.

Phelan, E.A., Aerts, S., Dowler, D., Eckstrom, E. & Casey, C.M., 2016. Adoption of Evidence-Based Fall Prevention Practices in Primary Care for Older Adults with a History of Falls. *Front Public Health*, 4(190).

Poplas Susič, T., Benkovič, R. & Čelešnik, M., 2016. Vloga patronažne medicinske sestre v referenčnih ambulantah v Zdravstvenem domu Ljubljana. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *9. mednarodna znanstvena konferenca. Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: zbornik predavanj z recenzijo. Bled, 9. junij 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 276-281.

Prebil, A., Mohar, P. & Drobne, J., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, pp. 87-89.

Rakovec Felser, Z., 2009. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja – razumeti in biti razumljen*. Maribor: Založba Pivec, pp. 380-382.

Ramšak Pajk, J., 2016. Patronažno varstvo pred izzivi: Uvodno poglavje h knjigi Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *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, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 18-19.

Ramšak Pajk, J., n. d. *Modul: Vpliv družine na zdravje in zagotavljanje varnega okolja za starejše osebe*. [pdf] Zdravstveni dom Ljubljana. Available at: <https://www.zd->

lj.si/cpc/images/datoteke/gradiva/radm_sestre/4Varno_okolje.pdf [Accessed 7 February 2018].

Ramšak Pajk, J., Benkovič, R. & Poplas Susič, A., 2016. Stališča in izkušnje diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pri celostni obravnavi preventivnega obiska v okviru CPC+ projekta. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *9. mednarodna znanstvena konferenca. Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: zbornik predavanj z recenzijo. Bled, 9. junij 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 159-165.

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

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. 25-31.

Rifel, J., 2017. Preventivni pregled na področju depresije. In: J. Govc Eržen & M. Petek Šter, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, p. 80.

Roblek, V., 2009. Primer izpeljave analize besedila v kvalitativni raziskavi. *Management*, 4(1), pp. 60-63.

Salminen, M., Vire, J., Viikari, L., Vahlberg, T., Isoaho, H., Lehtonen, A., Viitanen, M., Arve, S. & Eloranta, S., 2017. Predictors of institutionalization among home-dwelling

older Finnish people: a 22-year follow-up study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 3(29), pp. 499-505.

Salobir, B., 2011. Vzroki za padce in poškodbe. In: M. Mencelj, ed. *Bolezni in sindromi v starosti 5*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 142-146.

Schmidt, W., 2015. *Umirjenost: kaj s starostjo pridobimo?* Kranj: Založba Narava, d.o.o., pp. 39-75.

Schpolarich, D., 2016. *Nega bolnika na domu: v objemu Alzheimerjeve bolezni*. Kranj: Založba Narava d.o.o., pp. 23-77.

Sila, B., 2011. Telesna vadba za preprečevanje padcev. In: M. Mencelj, ed. *Bolezni in sindromi v starosti 5*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, p. 165.

Slabe Erker, R. & Ličen, S., 2014. Dejavniki gibalne aktivnosti in z zdravjem povezane kakovosti življenja. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 113-126.

Statistični urad Republike Slovenije, 2018 [online] Available at: http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/Dem_soc.asp [Accessed 15 December 2018].

Strauss, L.A. & Corbin, J., 2015. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 4th ed. Los Angeles, London, New Delhi: Sage Publications, pp. 85-105.

Svetina, M. & Zupančič, M., 2013. *Izbrane teme iz razvojno-psihološke diagnostike*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, pp.67-94

Štemberger Kolnik, T., 2016. Patronažno varstvo pred izzivi. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *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,

Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, p. 12.

Štuhec, D. & Forjan, J., 2012. Varnostni razgovori kot orodje za izboljšanje kakovosti in varnosti ter padci pacientov na oddelku za neakutno bolnišnično obravnavo. In: E. Kavaš, ed. *Zbornik strokovnega seminarja 2012, Zdravstvena nega – z dokazi v prakso. Strokovni seminar. Murska Sobota, 15.05.2012.* Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, p. 47.

Tomšič, M., 2011. *Zakaj starejši padejo in kako padce preprečiti.* [pdf] Univerza Ljubljana, Zdravstvena fakulteta. Available at: <http://www2.zf.uni-lj.si/ri/publikacije/staranje2011/11.pdf> [Accessed 18 March 2018].

Voljč, B., 2011. Padce v starosti je mogoče zmanjšati. In: M. Mencelj, ed. *Bolezni in sindromi v starosti 5.* Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 115-117.

Voljč, B., 2016. *Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji: analitsko poročilo.* S. 1.: Inštitut za zdravo in aktivno življenje, pp. 12-24.

Voljč, B., 2019. *Padci v tretjem življenjskem obdobju vse bolj pomembno javnozdravstveno področje.* [online] Available at: <http://www.staranje.si/aha-si/aktivno-zdravo-staranje/padci-v-tretjem-zivljenjskem-obdobju-vse-bolj-pomembno#read-more> [Accessed 20 May 2019].

Vrtačnik, K. & Ramšak Pajk, J., 2012. Aplikacija teorije Dorothee Orem v procesu zdravstvene oskrbe kroničnega pacienta v referenčni ambulanti. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & I. Avberšek Lužnik, eds. *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: zbornik prispevkov z recenzijo, 3. simpozij Katedre za temeljne vede. Begunje, 17.oktober 2012.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 130-132.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 91.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2014. *Zdravje je bogastvo – obvezno zdravstveno zavarovanje za starejše*. [online] Available at: <http://www.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/9166AFCCC5726BA8C1256B57003F3C72?OpenDocument> [Accessed 26 February 2017].

Zurc, J., 2014. Promocija gibanja pri zmanjševanju tveganj za pojav kroničnih bolezni: sistematična pregledna študija. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *5. simpozij Katedre za temeljne vede. Kronične bolezni sodobne družbe: od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe: zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice, 14. oktober 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, p. 54.

Zurc, J., Hlastan-Ribič, C. & Skela-Savič, B., 2015. Dietary habits and physical activity patterns among Slovenian elderly: cross-sectional survey with cluster analysis. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), pp. 9-17.

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. & Rajčič, S., 2014. Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu z njihovo obravnavo. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 195-205.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Vprašalnik za intervju z diplomirano medicinsko sestro

Spoštovani,

sem Simona Žen, absolventka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in pod mentorstvom mag. Jožice Ramšak Pajk, viš. pred., pripravljam diplomsko delo, v katerem bi rada v vaši instituciji ugotovila, kakšen vpliv imajo patronažni obiski pri starostnikih v družinskem okolju na preprečevanje nevarnih dogodkov – padcev in kako to vpliva na kakovost njihovega življenja. Vaše sodelovanje v raziskavi je zelo pomembno, saj temelji na vaših izkušnjah, ki lahko pripomorejo k izboljšanju stanja in h kakovostnemu osveščanju pacientov.

Vprašalnik je anonimen. Zbrani podatki bodo analizirani na splošno in obravnavani strogo zaupno. Uporabili se bodo izključno za pripravo tega diplomskega dela. Od sodelovanja pri intervjuju lahko kadarkoli odstopite.

1. Demografski podatki:

Opis	PMS1
Spol:	
Starost (let):	
Delovna doba (let):	
- v patronažnem varstvu:	
Izobrazba:	

2. Kolikšen del vašega obsega dela predstavljajo obiski pri starostnikih?

3. Kateri so najpogostejši dejavniki tveganja za padec v domačem okolju, ki bi jih še posebej izpostavili?

4. Kakšne so vaše izkušnje oz. mnenje, kako se pacienti spopadajo s strahom pred padcem?
5. Kakšen vpliv ima podpora družine na pacienta po padcu: pomoč pri negi, opraviilih, spodbuda, sprejemanje drugačnosti?
6. Katere težave opazate pri svojem delu s starostniki, ki vplivajo na potek kronične bolezni in zmanjšujejo kakovost življenja?
7. Ali menite, da pomanjkanje časa in vaša preobremenjenost vplivata na kakovost izvajanja preventive na domu? Če ste odgovorili z da, kako in v kolikšni meri? Kako vi osebno sprejemate svoje delo s starejšimi?
8. Menite, da bi morali svoje znanje nadgraditi? Bi bili na to pripravljeni? Na katerem področju?

Hvala lepa za vašo pomoč in sodelovanje.

6.1.2 Vprašalnik za intervju s pacienti

Spoštovani,

sem Simona Žen, absolventka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in pod mentorstvom mag. Jožice Ramšak Pajk, viš. pred., pripravljam diplomsko delo, v katerem bi rada ugotovila, kakšen vpliv imajo obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu in družinsko okolje na preprečevanje nevarnih dogodkov – padcev starejših pacientov in kako to vpliva na kakovost njihovega življenja. Vaše sodelovanje v raziskavi je zelo pomembno, saj temelji na vaših življenjskih izkušnjah, ki lahko pripomorejo k izboljšanju stanja preventivnih ukrepov in h kakovostnemu osveščanju.

Vprašalnik je anonimen. Zbrani podatki bodo analizirani na splošno in obravnavani strogo zaupno. Uporabili se bodo izključno za pripravo tega diplomskega dela. Od sodelovanja pri intervjuju lahko kadarkoli odstopite.

1. Demografski podatki:

Opis	oznaka
Spol	
Starost (let)	
Kraj bivanja: mesto	
manjši kraj	
vas - podeželje	

2. Kakšen je potek vašega kroničnega obolenja? Katere diagnoze, koliko časa?
3. Katera zdravila so vam predpisana, kako (posamično, hkrati) in kolikokrat dnevno?
4. Ali uporabljate medicinsko tehnične pripomočke? Če ste odgovorili z da, napišite katere.
5. Ali ste že kdaj padli? Če ste odgovorili z da, kolikokrat ste padli in katere poškodbe ste pri tem utrpeli (vzrok padca, ali ste potrebovali zdravniško pomoč, hospitalizacijo, kraj padca/doma, zunaj, pri katerem opraviilu)?

Lestvica za oceno ogroženosti za padec:

Trditev	Lestvica	Ocena vrednosti
Padec v obdobju preteklih 3 mesecev	Ne 0 Da 25	
Spremljajoča (sekundarna) medicinska diagnoza: - navedeni sta dve ali več medicinskih diagnoz	Ne 0 Da 15	
Uporaba pripomočkov pri gibanju: - ne uporablja pripomočkov, leži v postelji, pomoč svojca - uporablja bergle, hoduljo, palico - pri hoji se opira na pohištvo	0 15 30	
Intravenozna terapija, katetri: - IV ali podkožna terapija, vstavljeni različni katetri	Ne 0 Da 15	
Hoja/premikanje: - normalna, nepremična, ležanje - negotova hoja - oslABLJENA HOJA	0 10 20	
Duševno stanje: - zavedanje in ocena lastnih sposobnosti - se precenjuje/pozabi na omejitve	0 15	
Vsota		

Stopnja ogroženosti	Vsota točk	Nadaljnje aktivnosti
Ni tveganja za padec	0–24	Ohranjati in spodbujati k vzdrževanju sedanjega zdravstvenega stanja in načina življenja
Srednje tveganje za padec	25-50	Zdravstveno vzgojno delo s pacientom in z družino, obvestiti osebnega/družinskega zdravnika
Visoko tveganje za padec	51 in več	Zdravstveno-vzgojno delo s pacientom in z družino, obvestiti osebnega/družinskega zdravnika, povečati število obiskov na domu

Hoja (legenda):

- hoja je normalna, glava je pokonci, roke prosto nihajo; v postelji umirjen, nepomičen,
- (10) hoja je nezanesljiva, ustavljanje med hojo, opiranje na pohištvo, kratki koraki, podrsavanje,
- (20) težave pri vstajanju s stola, nima ravnotežja, glava je upognjena navzdol, opira se na pohištvo ali na zdravstvene delavce, uporablja bergle, hoduljo ali palico ali pa sploh ne more hoditi brez pomoči druge osebe. Vir: <http://www.sacramento.networkofcare.org/library/morse%20fall%20scale.pdf>

6. Kakšen vpliv ima na vas strah pred padcem?

7. Vas je kdo poučil o dejavnih tveganja za nevarnost padca (talne obloge, ročajji v kopalnici, robovi stopnic, vstajanje v/iz postelje/fotelja, doseganje predmetov, osvetljenost, ndrseče podloge v kopalnici, neugodne kombinacije zdravil)?
8. Kako sami skrbite za preprečevanje tveganja za nevarnost padca (kakšen je sedaj odnos do telesne aktivnosti: pozitiven/negativen, zakaj)?
9. Ali so vam bili posredovani zdravstveno-vzgojni nasveti od patronažnega varstva (kako: pisno, ustno, niso bili posredovani)?
10. Kako je bila okrnjena vaša telesna aktivnost in kakovost življenja (ste sedaj samostojni, odvisni)?
11. Kdo in kako je spremljal vašo rehabilitacijo?
12. S katerimi ovirami ste se soočili pri okrevanju (nezaupanje, strah, konflikti idr.)?
13. Bi danes v podobni situaciji drugače ravnali, kaj ste pogrešali, kaj bi spremenili?
14. Kako vpliva obisk zdravnika ali diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na vaše stanje?
15. Če bi potrebovali, kako bi navezali stik s patronažno službo? Bi vam bilo težko?
16. Mnenje o posebnem programu oz. izobraževanju v zvezi z obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu in nudenju pomoči pri starejših kroničnih pacientih v zvezi s preprečevanjem nevarnih dogodkov:
17. Ali bi se vaši sorodniki udeleževali izobraževanja, v kolikor bi bilo to mogoče?

V nadaljevanju imamo dodatna vprašanja glede strinjanja. Vsako strinjanje ocenite z lestvico od 1 do 5. Ocene: 1 – nikakor se ne strinjam, ocena 2 – se ne strinjam, ocena 3

– niti se ne strinjam niti se strinjam, ocena 4 – se strinjam, ocena 5 – popolnoma se strinjam:

Strinjanje	1	2	3	4	5
Okolje in oprema doma sta prilagojena mojemu zdravstvenemu stanju.					
Medicinsko tehnični pripomočki mi ustrezajo.					
Stanje v družini pozitivno vpliva na moje počutje.					
Sorodniki mi nudijo pomoč, kadar mi je težko zaradi bolezni.					
Nudijo mi čustveno oporo in empatičen odnos.					
Sorodniki imajo dovolj znanja za nudenje pomoči.					
Omogočeni so mi obiski patronažnega zdravstvenega osebja na mojem domu.					
Obiskujem ambulanto osebne zdravnik/patronažne službe (če ne, razložite, zakaj):.....					

Hvala lepa za vašo pomoč in sodelovanje.