



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**PREPOZNAVANJE APATIJE PRI
STAROSTNIKI V INSTITUCIONALNEM
VARSTVU**

**RECOGNISING APATHY AMONG THE
ELDERLY IN LONG-TERM CARE
FACILITIES**

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Radojka Kobentar

Kandidatka: Zala Zobec Pirnat

Jesenice, marec, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Radojki Kobentar za motivacijo, podporo, spodbude, vse nasvete in usmeritve pri izdelavi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi Marjani Bernot, viš. pred. za recenzijo. Zahvala gre tudi Maji Antosiewicz Škraba, univ. dipl. slov., za lektoriranje.

Prav tako bi se zahvalila starostnikom DEOS Centra starejših Notranje Gorice za sodelovanje v raziskavi.

Največja zahvala gre moji družini za vso pomoč med študijem, predvsem možu Gregu Pirnatu in sinu Lovru za potrpežljivost in spodbudo med pisanjem diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Apatija je opredeljena kot pomanjkanje motivacije, občutkov čustev, koncentracije, kar sovпада s ciljem spremenjenega vedenja. V institucionalnem okolju se pogosto pojavlja pri starostnikih, zato je pomembno njeno zgodnje prepoznavanje in pravočasno ukrepanje za zmanjšanje njenih posledic.

Cilj: Ugotoviti pojavnost apatije in njeno povezanost s temeljnimi življenjskimi aktivnostmi, skrbjo za okolje in zanimanjem starostnikov za socialne stike ter aktivnosti.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni neeksperimentalni metodi kvantitativnega raziskovanja. Vprašalnika, uporabljena za pridobitev podatkov, sta bila: lestvica za merjenje apatije (Apathy Evaluation Scale – Clinician Version) in vprašalnik o stopnji samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living). V raziskavi je sodelovalo 50 stanovalcev DEOS Centra starejših Notranje Gorice. Podatki so bili obdelani v programu SPSS verzija 20, s statističnimi metodami deskriptivne statistike, t-testom, ANOVO ter z bivariantnimi in neparametričnimi testi. Pri pregledu literature so bili uporabljeni COBBIS, PubMed, Google in Google Učenjak.

Rezultati: Ugotovljeno je bilo, da apatija ni bila povezana s starostjo ($p = 0,992$; $df = 3$) niti s časom bivanja v instituciji ($p = 0,694$; $df = 2$). Prav tako ni bilo mogoče dokazati povezanosti med apatijo in stopnjo odvisnosti pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti ($p = 0,896$), tudi med apatičnostjo in ohranjanjem socialnih stikov ne ($p = 0,340$). Ugotovljena je bila pozitivna povezanost med apatičnostjo in skrbjo za okolje ($p = 0,003$) ter negativna povezanost pri udeležbi na aktivnostih ($p = 0,082$; $df = 48$).

Razprava: V vzorcu je bila prepoznana pojavnost apatije pri starostnikih v institucionalnem okolju, vendar se ta pogosto pripisuje starosti ali drugim spremljajočim boleznim. Medicinske sestre so ključne pri ugotavljanju pomanjkanja motivacije in spremljajočih znakov ter pri ustreznem ukrepanju za zagotavljanje funkcijske neodvisnosti starostnika.

Ključne besede: starostnik, institucionalno varstvo, motivacija, presejalni test

SUMMARY

Background: Apathy is defined as a lack of motivation, emotions, and concentration which coincides with changes in behavior. In an institutional setting, it often occurs among the elderly, so early recognition and timely appropriate response to reduce its consequences are crucial.

Aims: The aim of the thesis was to determine the incidence of apathy and its influence on activities of daily living, care for the environment, and interest expressed by the elderly in social contacts and activities in nursing homes.

Methods: A descriptive, non-experimental quantitative research design was employed. Questionnaires used to obtain data were: Apathy Evaluation Scale—Clinician Version and the Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. The survey included 50 residents of the DEOS Notranje Gorice nursing home. Data were processed with SPSS v. 20 using descriptive statistics, t-test, ANOVA, and bivariate and non-parametric tests. The following databases were searched for the purposes of a literature review: COBBIS, Pub Med, Google, Google Scholar.

Results: Our results revealed that apathy was not related to age ($p = 0.992$; $df = 3$) nor to time of stay in the institution ($p = 0.694$; $df = 2$). An association between apathy and the degree of dependence in performing the activities of daily living was also not determined ($p = 0.896$), including between apathy and maintaining social contacts ($p = 0.340$). We found a positive correlation between apathy and concern for the environment ($p = 0.001$) and a negative correlation between apathy and participation in activities ($p = 0.082$; $df = 48$).

Discussion: Our sample revealed the incidence of apathy in the elderly in an institutional setting, but apathy was often attributed to age or other coexisting illnesses. Nurses are crucial in identifying a lack of motivation and accompanying signs, and they are also invaluable when it comes to taking appropriate action to ensure functional independence of the elderly.

Key words: the elderly, institutional care, motivation, screening test

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	POJAVNOST APATIJE	3
2.2	UGOTAVLJANJE APATIJE	4
2.3	VLOGA ZDRASVTVENE NEGE PRI OBRAVNAVI APATIJE	5
3	EMPIRIČNI DEL.....	8
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	8
3.2	HIPOTEZE.....	8
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	9
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	9
3.3.2	Opis merskega instrumenta	9
3.3.3	Opis vzorca.....	10
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	12
3.4	REZULTATI.....	13
3.5	RAZPRAVA	23
3.5.1	Omejitve raziskave.....	28
4	ZAKLJUČEK	29
5	LITERATURA	31
6	PRILOGE.....	35
6.1	INSTRUMENT	35

KAZALO SLIK

Slika 1: Povprečne vrednosti meritev apatičnosti glede na socialne stike	20
--------------------------------------------------------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Spol stanovalcev	10
Tabela 2: Zakonski stan stanovalcev	11
Tabela 3: Starost stanovalcev	11
Tabela 4: Izobrazba stanovalcev	11
Tabela 5: Čas bivanja v domu	12
Tabela 6: Opisna statistika za lestvico za vrednotenje apatije AES-C	13
Tabela 7: Opisna statistika za stopnjo odvisnosti	14
Tabela 8: Opisna statistika za starost stanovalcev glede na apatičnost	14
Tabela 9: Shapiro-Wilkov test normalne porazdelitve vrednosti apatičnosti glede na starost	15
Tabela 10: Test ANOVA za neodvisne vzorce apatičnosti glede na starost	15
Tabela 11: Vrednosti opisne statistike za meritev apatičnosti glede na čas bivanja v domu	16
Tabela 12: Shapiro-Wilkov test normalne porazdelitve vrednosti apatičnosti glede na čas bivanja v domu	16
Tabela 13: Kruskal-Wallisov test za neodvisne vzorce za meritve apatičnosti glede na čas bivanja	16
Tabela 14: Stopnja odvisnosti	17
Tabela 15: Opisna statistika za meritev apatičnosti in stopnje odvisnosti	18
Tabela 16: Shapiro-Wilkov test normalne porazdelitve za stopnjo odvisnosti in apatičnosti	18
Tabela 17: Rezultat korelacijske analize za stopnjo odvisnosti in apatičnosti	18
Tabela 18: Vrednosti opisne statistike za apatičnost glede na socialne stike	19
Tabela 19: Mann-Whitneyjev U-test za neodvisne vzorce za meritve glede na socialne stike	20

Tabela 20: Vrednosti opisne statistike za meritev apatičnosti glede na udeležbo na aktivnostih.....	21
Tabela 21: T-test za neodvisne vzorce za apatičnost glede na udeležbo na aktivnostih.....	21
Tabela 22: Vrednosti opisne statistike za meritev apatičnosti glede na skrb za okolje.	22
Tabela 23: Shapiro-Wilkov test normalne porazdelitve vrednosti apatičnosti glede na skrb za okolje	22
Tabela 24: Mann-Whitneyjev U-test meritve apatičnosti glede na skrb za okolje.....	22

SEZNAM KRAJŠAV

AES-C Apathy Evaluation Scale, Clinician version

SHELTER Services and Health for Eldery and Long term care

1 UVOD

Apatija je pogost vedenjski simptom v starosti, ki je opredeljena kot kvantitativno zmanjšanje namenskega in prostovoljnega vedenja. Je najpogostejši pokazatelj začetka neke psihiatrične bolezni v starosti. V kliničnem kontekstu se apatija nanaša na združevanje vedenjskih in čustvenih simptomov, kar se kaže kot zmanjšana čustvena odzivnost in zmanjšano zanimanje za okolje (Leroi & Robert, 2012).

Različni avtorji različno definirajo apatijo. Apatija pomeni pomanjkanje občutkov, čustev in skrbi (Stuart, 2009). Radakovic (2012) navaja tudi zmanjšanje motivacije, ki sovpada z zmanjšanjem ciljno usmerjenega vedenja, ki je posledično povezano z izgubo energije, interesov in čustev. Pogosto je apatija omenjena znotraj drugih diagnostičnih enot in jo povezujejo z izrazi, kot so pomanjkanje ali izguba interesov, čustvena medlost, socialni umik in ravnodušnost (Clark, et al., 2011). Apatija je opredeljena, kadar motnja motivacije traja daljši čas (vsaj štiri tedne) in vpliva na vedenje ali čustva in ne sme biti povezana s stanji s telesnimi okvarami, motnjami zavesti, vplivom zdravil in drog (Santangelo, et al., 2017).

Clark, et al. (2011) so v raziskavi, ki je temeljila na pregledu literature, ugotovili, da za apatijo v medicini ne obstaja splošno sprejeta definicija. Zato je pomembno, da raziskovalci in zdravniki uporabljajo standardizirane lestvice za merjenje apatije, ker nimajo splošnega standarda, na podlagi katerega jo lahko obravnavajo.

Apatija je lahko eden izmed najpogostejših nevropsihiatričnih simptomov in drugih možganskih motenj. Predstavlja lahko enega izmed simptomov bolezni ali pa se kaže pri nekaterih boleznih kot spremljajoč simptom. Pri Parkinsonovi bolezni se apatija prekriva z impulzivnostjo, medtem ko pri depresiji s težavo ocenimo njeno stopnjo, ker se prekriva s čustvovanjem (Iracema & Philippe, 2012). Apatija se tradicionalno obravnava kot vidik depresije. Utrujenost, nespečnost, izguba telesne teže in zmanjšana sposobnost koncentracije so pogosti znaki porasta apatije pri pacientih z demenco (Ishii, et al., 2009).

Ker je področje oziroma apatija premalo raziskana, je treba za apatijo razviti nove instrumente za merjenje apatije pri starostnikih z dobrimi psihometričnimi lastnostmi (Iracema & Philippe, 2012).

Apatijo merimo z različnimi standardiziranimi lestvicami, ki temeljijo na intervjuju. Intervjuji temeljijo na samoporočanju, poročilu ali oceni spraševalca oziroma zdravnika. Samoocenjevanje apatije je oteženo pri že diagnosticirani demenci, saj posameznik težko odgovori na vprašanja glede motivacije in razpoloženja (Jao, et al., 2016).

Z raziskavo želimo raziskati pojav apatije med starostniki v instituciji. Menimo, da je prehod iz domačega okolja v institucijo velika sprememba, na katero starostnik lahko odreagira z izgubo motivacije, umika v osamo, s tem pa se poveča možnost za nastanek različnih obolenj.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 POJAVNOST APATIJE

Clarke, et al. (2011) ugotavljajo, da oboleli z apatijo kot simptomom bolezni nimajo kvantitativnih motenj zavesti in običajno niso pod vplivom psihoaktivnih snovi. Pri zdravem prebivalstvu je apatija normalno nihanje razpoloženja, ki ga pogosto doživljajo številni posamezniki, vendar ko se stanje ponavlja in traja dalj časa, to lahko kaže na osnovno patologijo, ki ovira motivacijsko delovanje. Apatija se lahko pojavlja kot simptom v povezavi z različnimi motnjami ali v sklopu sindroma bolezni. Kot simptom je apatija prisotna pri različnih nevroloških, psihiatričnih in drugih boleznih (Radakovic, 2012). Apatijo pri posamezniku, ki že ima pridruženo nevropsihiatrično motnjo, prepoznamo z značilno izgubo zanimanja, pomanjkanja motivacije in pomanjkanja k cilju usmerjenega vedenja ob izraženem socialnem umiku. Apatija pa se lahko kratkotrajno pojavi tudi pri zdravih osebah (Guercio, et al., 2015).

Dejavniki, ki vplivajo na pojav apatije, niso le staranje posameznikov, čeprav je dokazana povečana stopnja apatije pri moških med 58. in 85. letom starosti, temveč spremljajo nekatere življenjske situacije, v katerih se znajdejo posamezniki: prisilna upokožitev, partnerski odnosi, socialna ogroženost, bolezenski procesi in kulturne razlike med posamezniki (Radakovic, 2012).

Guercio, et al. (2015) so v raziskavi dokazali, da se apatija vedno bolj pojavlja pri starejših osebah, ki že imajo blago kognitivno okvaro. Delež pojava apatije pri starejših je večji pri moški populaciji.

Večji delež apatije je tudi pri osamljenih ženskah, ki živijo same po smrti partnerja, kar povečuje stisko, izolacijo in osamljenost. Dejavniki, ki so povezani z osamelostjo, so spol, starost, zakonski stan, zmožnost gibanja, odnosi v družini in sosedski odnosi (Maček, et al., 2011).

Apatija se v večini bolezni pokaže kot izguba zanimanja, pomanjkanja motivacije in čustvene otopelosti. Strokovnjaki morajo uporabljati oz. dati prednost standardiziranim lestvicam za ugotavljanje apatije, saj s tem lahko pravočasno ukrepajo in preprečijo nadaljnji razvoj številnih bolezni (Clark, et al., 2011).

Najpogostejša obolenja, pri katerih se pojavi apatija, so shizofrenija, depresija, distimija, pri vedenjskih motnjah, shizoidni motnji osebnosti, shizotipski motnji, avtizmu, Rettovem sindromu, otroški motnji dezintegracije, Aspergerjevem sindromu, postravmatski motnji, blagi kognitivni motnji, Alzheimerjevi demenci, multipli sklerozi in drugje (Clarke, et al., 2011). Pojavlja se pri Parkinsonovi bolezni, ki je povezana z depresijo, saj se med njima prepletajo številni simptomi, kot sta izguba motivacije in zanimanja (Ang, et al., 2017). Pojav apatije je značilen pri več kot tretjini pacientov, obolelih s Parkinsonovo boleznijo. Pri pacientih z Alzheimerjevo demenco je pojavnost apatije v povprečju med 61–92 % (Radakovic, 2012). Prevalenca apatije pri ambulantnih pacientih z Alzheimerjevo demenco je okoli 60 % (Clark, et al., 2011).

Večji delež apatije je pri starostnikih v institucionalnem okolju, ki so nagnjeni k prilagoditvenim motnjam. Prilagoditvena motnja se kaže z izgubo interesa, neaktivnostjo in odsotnostjo cilja. Visoka pojavnost apatije v domovih za starejše je povezana tudi z zmanjšanim funkcioniranjem, stresnim delom negovalcev, kognitivnim upadom, slabšimi zdravstvenimi izidi in odzivi na zdravljenje apatije (Clark, et al., 2011).

2.2 UGOTAVLJANJE APATIJE

Clark, et al. (2011) navajajo, da diagnosticiranje apatije temelji na upoštevanju kognitivne, vedenjske in čustvene ravni k cilju usmerjene aktivnosti. Kasneje so prišli do ugotovitev, da je treba predhodno tezo o apatiji kot pomanjkanju motivacije dopolniti z upoštevanjem posameznikove prejšnje stopnje funkcioniranja, in sicer glede na njegove standarde delovanja v kulturnem okolju in glede na njegovo starost. Spremljati pa jih mora vsaj eden od naslednjih simptomov: zmanjšano ciljno vedenje, zmanjšano ciljno zaznavanje, zmanjšano ciljno vedenje s stisko in/ali odstopanja na

socialnem, poklicnem ali drugem pomembnem področju delovanja. Po pregledu literature so ugotovili, da obstaja več lestvic za ugotovitev in opredelitev apatije. Od tega je nekaj lestvic, ki so direktno opredelile apatijo, in nekaj, v katerih je bila apatija vključena v sklop lestvic za ugotavljanje drugih bolezni. Najpogosteje se za določitev apatije uporablja lestvico za ugotavljanje apatije (Apathy Evaluation Scale). Lestvice, ki so jih raziskovalci navedli v svoji raziskavi, so: Apathy Evaluation Scale, Apathy Inventory, Dementia Apathy Interview and Rating in Lille Apathy Rating Scale (Clark, et al., 2011).

Santangelo, et al. (2017) navajajo, da apatijo lahko razdelimo na tri podtipi:

- prvi podtip se kaže kot kognitivni upad: tu gre za težave pri izvajanju kognitivnih aktivnosti in motnje kognitivnih procesov;
- drugi podtip se kaže kot upad motivacije in zanimanja;
- tretja podvrsta apatije kaže na izgubo spontanega vedenja, ko oseba presedi dalj časa na istem mestu kljub spodbudi iz okolice.

2.3 VLOGA ZDRASVTVENE NEGE PRI OBRAVNAVI APATIJE

Staranje prebivalstva predstavlja za področje zdravstvene nege velik izziv, saj bodo v domove za starejše prihajali starostniki, ki bodo potrebovali vedno več pomoči (Maček, et al., 2011). Opažanje in ugotavljanje apatije pri starejših je zelo težko, ker se apatija prepleta z drugimi telesnimi boleznimi, ki so prisotne pri starostnikih. Ljudje, ki zbolevaro za demenco in kažejo apatijo, običajno tega ne opazijo niti ne povedo, zato je zelo pomembno pridobiti hetero anamnestične podatke. Vprašanja, ki so jim postavljena, ne smejo biti prezahtevna, ne smejo vključevati pojme, ki so povezani z abstraktnim razmišljanjem, ker so takšna vprašanja zanje prezahtevna oziroma nanj niso sposobni odgovoriti. Zato se izogibamo vprašanjem, ki nakazujejo stopnjo motivacije in razpoloženje (Jao, et al., 2016).

V domovih za starejše je zelo pomembna komunikacija med starostnikom, njegovimi svojci in zaposlenimi, saj le multidimenzionalni pristop vodi h kakovostni zdravstveni in socialni oskrbi. Kadar so odnosi med starostnikom, svojci in zaposlenimi pozitivni, to

vodi k zadovoljnemu bivanju starostnika v domski oskrbi. Zdravstvena nega starostnika mora temeljiti na komunikaciji, saj le tako lahko spremljamo starostnika v novem bivanjskem okolju ter ob morebitni spremembi zdravja in počutja celoten tim skupaj s starostnikom poišče rešitev (Brown Wilson, et al., 2009). Medicinske sestre, ki delajo s starostniki, morajo imeti strokovno znanje o medčloveških odnosih, spoštovanju osebnosti, dostojanstvu in etičnih vrednotah, spremembah zdravja in staranju, profesionalni in terapevtski komunikaciji, umiranju in smrti, o znanju o ustreznih intervencijah zdravstvene nege ter poznavanju podpornih tehnik za pomoč starostniku in njegovim svojcem. V domovih za starostnike si mora celoten tim prizadevati, da starostniku zagotavljajo čim višjo raven zdravja in dobrega počutja (Skela Savič, et al., 2010). Že sam odhod v dom za starostnike predstavlja veliko prelomnico v življenju in stresen dogodek, ki ne vpliva samo nanj, ampak tudi na njegove svojce. Tako ima medicinska sestra tu pomembno vlogo, saj podaja informacije, ki starostniku in svojcu olajšajo odločitve, oviržejo dvome in strahove (Smovnik, 2014).

Pomembno je, da se starostnika vključi in se ga spodbuja v kar se da samostojno opravljanje temeljnih življenjskih aktivnosti, da se ga vključi v dejavnosti, ki so zanj primerne ter se ob tem počuti sprejetega in koristnega. Zdravstvena nega pri starostniku mora biti usmerjena k samostojnosti, osebje ga mora znati motivirati (Leone, et al., 2012).

Gibanje je ena od osnovnih življenjskih potreb, zato je zelo pomembna fizična aktivnost oziroma dejavnost za vse starostne skupine. Starejši ljudje ostajajo med najbolj neaktivnimi skupinami prebivalstva (Begović, 2016). Vzdrževanje zmožnosti samostojnega gibanja in opravljanja osnovnih življenjskih aktivnosti za starostnika pomeni boljše telesno in duševno zdravje (Maček, et al., 2011). Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da ima 15 % svetovne populacije določeno stopnjo prizadetosti gibanja. Okoli 10 % zahodne evropske populacije naj bi se srečalo z omejenostjo pri gibanju. Le-ta naj bi bila v povezavi s poškodbami, akutnimi obolenji, starostjo in porastom kroničnih obolenj (Petkovšek Gregorin & Mali, 2017).

Z upadom funkcij organov oziroma krhkosti starostnikov se poveča njihova ranljivost, prav tako se poveča verjetnost za nastanek neugodnih zdravstvenih težav in izidov. Telesna krhkost je vidna z upadom mišične funkcije, kar vodi do mišične oslabelosti, gibalne neaktivnosti, inkontinence in izgube telesne teže. To pa povečuje tveganje za padce, obolevnost in institucionalno obravnavo, saj starostnik ni zmožen samostojnega izvajanja temeljnih življenjskih aktivnosti. Krhkost vpliva tudi na duševno stanje starostnika. Običajno se kaže s socialno izolacijo, umikom, opustitvijo odnosov s prijatelji in osamljenostjo (Roljić & Kobentar, 2017).

Maček, et al. (2011) so v raziskavi, v kateri so sodelovali 104 starostniki, stari več kot 65 let, ugotavljali osamljenost starostnikov v povezavi s spolom, starostjo, zmožnostjo gibanja, zakonskim stanom ter z družinskimi in sosedskimi odnosi. Prišli so do zaključka, da je osamljenost povezana z zmožnostjo gibanja, in sicer so večjo stopnjo osamljenosti kazali starostniki, ki so pomični s pomočjo druge osebe ali pa so bili popolnoma nepomični. Osamljenost pa vodi v različne duševne bolezni, ki se začnejo kazati z apatijo.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti pojavnosti in raziskovanje apatije pri starostnikih v institucionalnem okolju v povezavi s starostjo in bivanjem v instituciji, s samostojnostjo pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti, skrbjo za okolje in socialnimi stiki.

Cilji diplomskega dela:

- C1: Ugotoviti pojavnost apatije pri starostnikih v institucionalnem okolju.
- C2: Ugotoviti povezanost apatije s samostojnostjo pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti, skrbjo za okolje in socialnimi stiki.
- C3: Ugotoviti zanimanje starostnikov za socialne stike in vključevanje v prostočasne aktivnosti v domu ter skrbi za okolje.

3.2 HIPOTEZE

H1: Pojavnost apatije pri starostnikih v institucionalnem okolju se razlikuje glede na demografske kazalnike (starost) in čas bivanja v instituciji.

H2: Obstajajo razlike med starostniki, ki kažejo znake apatije, in med tistimi, ki jih nimajo, glede na samostojnost pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti.

H3: Obstajajo statistično značilne povezave med starostniki z apatijo in njihovim vključevanjem v socialne in prostočasne aktivnosti ter skrbi za okolje.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri iskanju literature smo uporabili kvalitativno deskriptivno opisno metodo raziskovanja. Uporabili smo virtualno knjižnico COBBIS za iskanje knjižnih virov. Za iskanje znanstvenih in strokovnih člankov smo dostopali prek baz podatkov CHINAL, SpringerLink, ERIC, MEDLINE, PubMed in Google Učenjak. Uporabili smo tudi svetovni splet, uporabili brskalnika Google in Yahoo. Pri iskanju prek COBBIS-a smo uporabili naslednje ključne besede: starostnik, apatija, apatija in starost, starost, samostojnost, geriatrija, demenca, kognitivne motnje, institucionalno varstvo, prilagajanje. Pri iskanju po bazah podatkov pa smo uporabili naslednje ključne besede: apathy and older people, apathy and elderly, apathy measures, apathy in nursing home, cognitive disorder, apathy and health care, institutional independence elderly.

V empiričnem delu smo z vprašalniki ocenili apatijo in starostnike pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti ter dodatno ocenili njihovo vključevanje pri socialnih stikih, dnevnih aktivnostih in pri skrbi za svoje okolje.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke smo pridobivali s pomočjo dveh vprašalnikov. Prvi vprašalnik meri stopnjo samostojnosti pri izvajanju dnevnih aktivnosti (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living – ADL). Dovoljen je prevod v raziskovalne namene (Kazer & Shelkey, 2007). Drugi vprašalnik je standardiziran in ima lestvico za vrednotenje apatije (Apathy Evaluation Scale, Clinician Version (AES-C)) (Marin, 1996). Ta vprašalnik smo prevedli iz angleškega jezika za namen diplomskega dela. Lestvica vrednotenja apatije je sestavljena iz 18 trditvev. Trditve se ocenjujejo s štiritočkovno lestvico tipa Likart; 1 pomeni, da sploh ni značilno, 2 – malo značilno, 3 – nekoliko značilno in 4 – zelo značilno. Vključuje tri tipe vprašanj, ki zadevajo vedenje (B – behavioral), kognicijo (C – cognitiv) in emocije (E – emotional), ter dodatna tri vprašanja, ki se jih

težko razvrsti v skupine, zato so označena z »drugi« (O – other). Razpon možnih točk je med 18 in 72, kjer višje število pomeni višjo stopnjo apatije.

Prvi vprašalnik, ki meri stopnjo samostojnosti, je sestavljen iz šestih temeljnih življenjskih aktivnosti po Katzu. Aktivnosti se ocenjujejo s točkami 1 in 0, pri čimer 1 pomeni, da je starostnik neodvisen, 0 pa, da je popolnoma odvisen. Seštevek vseh točk aktivnosti kaže stopnjo odvisnosti starostnika. Maksimalno število točk je največ 6, kar pomeni, da je zelo neodvisen, do 0 točk pa pomeni, da je zelo odvisen (Kazer & Shelkey, 2007). K vprašalnikoma smo dodali demografske podatke, ki vključujejo spol, starost nad 65 let, zakonski stan, najvišjo doseženo izobrazbo, leta bivanja v domu, socialne stike, skrb za bivalno okolje in vključevanje v dnevne aktivnosti.

Pred raziskavo smo za oba dela vprašalnika izvedli Cronbachov alfa test. Za lestvico merjenja apatije AES-C kaže, da vseh 18 trditev uspešno meri en konstrukt, kar pomeni, da je notranja konsistentnost dobra, saj je alfa 0,809 (čez 0,8 pomeni, da je zanesljivost dobra). Za del vprašalnika, kjer smo merili stopnjo neodvisnosti pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti (Katz), smo prav tako dobili rezultat, da je notranja konsistentnost dobra, saj je Cronbach alfa 0,839.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo 50 stanovalcev DEOS Centra starejših Notranje Gorice. Uporabili smo namenski vzorec. Vključitveni kriteriji so bili starost nad 65 let, relativno zdravi starostniki, brez izrazitih kognitivnih motenj. Pogoj je bil tudi minimalno trimesečno bivanje v domu. Vsi sodelujoči so izrazili strinjanje za sodelovanje in so razumeli pomen pogovora, opazovanja in vrednotenja z vprašalniki.

Tabela 1: Spol stanovalcev

Spol	N	Delež (v %)
Ženski	36	72
Moški	14	28
Skupno	50	100

Legenda: N – število udeležencev.

Tabela 1 prikazuje, da je bilo v raziskavo vključenih 36 žensk in 14 moških stanovalcev.

Tabela 2: Zakonski stan stanovalcev

Zakonski stan	N	Delež (v %)
Ovdovel	33	66
Ločen	4	8
Samski	4	8
Poročen	9	18
Skupno	50	100

Legenda: N – število udeležencev.

Najpogostejši zakonski stan stanovalcev je bil ovdovel (33 odgovorov), devet stanovalcev je poročenih. Samski so štirje stanovalci, prav tako so štirje ločeni.

Tabela 3: Starost stanovalcev

Starost	N	Delež (v %)
65–74 let	6	12
75–84 let	18	36
85–89 let	15	30
90 let in več	11	22
Skupno	50	100

Legenda: N – število udeležencev.

Največ stanovalcev v raziskavi je bilo starih od 75 do 84 let, teh bilo 18, najmanj stanovalcev je bilo starih od 65 do 74 let, teh je bilo šest. Dobra polovica starostnikov je bila stara 85 let in več.

Tabela 4: Izobrazba stanovalcev

Izobrazba	N	Delež (v %)
Osnovna šola	17	34
Srednja šola	26	52
Višja šola/doktorat	7	14
Brez izobrazbe	0	0
Skupno	50	100

Legenda: N – število udeležencev.

Starostniki imajo v največjem številu zaključeno srednjo šolo. Nihče ni brez šole ali izobrazbe, dobra tretjina stanovalcev ima le osnovno šolo.

Tabela 5: Čas bivanja v domu

Čas bivanja v domu	N	Delež (v %)
Od 3 do 12 mesecev	22	44
Od 13 do 36 mesecev	11	22
Več kot 37 mesecev	17	34
Skupno	50	100

Legenda: N – število udeležencev.

Največ stanovalcev biva v domu od 3 do 12 mesecev, najmanj pa od 13 do 36 mesecev.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje vodstva DEOS Centra starejših Notranje Gorice. Za pomoč pri izpolnjevanju vprašalnikov smo prosili glavno medicinsko sestro in tri diplomirane medicinske sestre negovalnih in stanovanjskih oddelkov doma. Zaposleni so posredovali informacije o možnih kandidatih, ki ustrezajo navedenim kriterijem. Raziskava je potekala od maja do avgusta 2018. Vključitveni kriteriji so bili: čas bivanja v domu najmanj tri mesece, starost nad 65 let, relativno zdravi starostniki, ki nimajo pridruženih kognitivnih motenj, in tisti, ki razumejo ustna in pisna navodila. Stanovalci so pred anketiranjem še enkrat prejeli ustna navodila z opombo, da lahko kadar koli brez navajanja razlogov odstopijo od raziskave brez kakršnih koli posledic. Anonimnost osebe je bila zagotovljena z inicialkami in številko sobe, vse podatke smo skrbno varovali v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah ((ZPacP), 2008) in Zakonom o varstvu osebnih podatkov ((ZVOP-1), 2007). Spraševanje je trajalo približno 20 minut. Vprašalnik je bil izpolnjen na podlagi pogovora, ki je bil opravljen v prostoru, kjer je bila zagotovljena zadostna mera diskretnosti. Po pridobitvi podatkov smo te statistično obdelali v programu SPSS 20 za okolje Windows. Uporabljali smo metode deskriptivne statistike, enosmerno ANOVO, Spearmanov korelacijski koeficient, neparametrični Mann-Whitneyjev U-test, Kruskal-Walisov test in t-test za neodvisna vzorca.

3.4 REZULTATI

Rezultati bodo prikazani najprej v obliki tabel z deskriptivnimi podatki, nato s tabelami statističnih testov, s katerimi smo preverjali hipoteze.

Iz tabele 6 je razvidno, da imajo stanovalci v instituciji malo prijateljev. To nam pove trditev »Oseba ima prijatelje.«, saj je povprečje 1,98. Največ stanovalcev pokaže navdušenje, ko se zgodi nekaj dobrega, kar nam pokaže povprečje odgovora pri trditvi 14, ki znaša 3,16.

Tabela 6: Opisna statistika za lestvico za vrednotenje apatije AES-C

Trditev	N	PV	Me	Mo	SO	Min	Maks
1. Oseba se zanima za dogajanje.	50	2,48	2	2	1,03	1	4
2. Oseba uredi zadeve tekom dneva.	50	2,56	2,5	2	0,93	1	4
3. Osebi je pomembno, da začne aktivnosti na lastno pobudo.	50	2,84	3	4	1,04	1	4
4. Oseba se zanima za nova doživetja.	50	2,34	2	1	1,15	1	4
5. Oseba se zanima za učenje novih reči.	50	2,28	2	1	1,16	1	4
6. Oseba vложи premalo napora za kar koli.	50	2,34	2,5	1	1,14	1	4
7. Oseba pristopa k življenju z vso močjo.	50	3,00	3	4	0,90	1	4
8. Osebi je pomembno, da zadeve spelje do konca.	50	2,76	3	2	0,94	1	4
9. Oseba porablja čas za zadeve, ki jo zanimajo.	50	2,86	3	2	0,97	1	4
10. Nekdo mora osebi povedati, kaj naj počne čez dan.	50	2,22	2	1	1,17	1	4
11. Oseba je manj zaskrbljena nad svojimi problemi, kot bi morala biti.	50	2,42	2	1	1,20	1	4
12. Oseba ima prijatelje.	50	1,98	2	2	0,89	1	4
13. Osebi je srečevanje s prijatelji pomembno.	50	2,62	2,5	2	1,10	1	4
14. Ko se zgodi nekaj dobrega, je oseba navdušena.	50	3,16	3	4	0,82	2	4
15. Oseba ima ustrezno razumevanje svojih problemov.	50	2,64	2	2	0,90	1	4
16. Osebi je pomembno, da zaključi aktivnosti tekom dneva.	50	2,72	2	2	0,90	1	4
17. Oseba ima samoiniciativo.	50	2,56	2	2	0,93	1	4
18. Oseba ima motivacijo.	50	2,56	2	2	1,01	1	4

Legenda: N – število udeležencev, PV – povprečna vrednost, Me – mediana, Mo – modus, SO – standardni odklon, Min – minimum, Maks – maksimum.

Tabela 7: Opisna statistika za stopnjo odvisnosti

Aktivnost	N	PV	Me	Mo	SO	Min	Maks
Kopanje	50	0,52	1	1	0,504672	0	1
Oblačenje in slačenje	50	0,68	1	1	0,471212	0	1
Odvajanje in izločanje	50	0,78	1	1	0,418452	0	1
Stopnja inkontinence	50	0,34	0	0	0,478518	0	1
Gibanje	50	0,8	1	1	0,404061	0	1
Hranjenje	50	0,9	1	1	0,303046	0	1

Legenda: N – število udeležencev, PV – povprečna vrednost, Me – mediana, Mo – modus, SO – standardni odklon, Min – minimum, Maks – maksimum.

Tabela 7 prikazuje stopnjo odvisnosti stanovalcev. Stanovalci so potrebovali najmanj pomoči pri hranjenju in pitju, kar nam pove povprečje odgovora 0,9. Aktivnost – stopnja inkontinence je dosegla najmanjše povprečje odgovorov, kar pomeni, da stanovalci po večini uporabljajo plenične podloge, vložke in druge pripomočke.

V nadaljevanju bomo preverjali hipoteze in jih prikazali v obliki tabel in grafa.

Hipoteza 1: Pojavnost apatije pri starostnikih v institucionalnem okolju se razlikuje glede na demografske kazalnike (starost) in čas bivanja v instituciji.

V nadaljevanju statistične obdelave podatkov smo oblikovali spremenljivko apatičnost, ki smo jo dobili z izračunom povprečja dobljenih vrednosti vseh 18 trditev za celoten vprašalnik (AES-C).

Tabela 8: Opisna statistika za starost stanovalcev glede na apatičnost

Starost	N	PV	SO	Me	Min	Maks
65–74 let	6	46,167	9,261	44,0	38	61
75–84 let	18	46,833	8,817	46,5	29	63
85–89 let	15	46,200	11,478	42,0	34	64
90 let in več	11	45,818	4,644	45,0	40	53

Legenda: N – število udeležencev, PV – povprečna vrednost, Me – mediana, SO – standardni odklon, Min – minimum, Maks – maksimum.

V tabeli 8 so prikazane razlike med starostnimi skupinami stanovalcev glede na stopnjo apatičnosti. S testom ANOVA (test primerjave neodvisnih skupin) smo preverjali, ali so razlike statistično značilne ali pa do njih pride po naključju.

Pred izvedbo testa ANOVA smo z uporabo Shapiro-Wilkovega testa preverili, ali meritve ustrezajo normalni porazdelitvi.

Shapiro-Wilkov test prikazuje, da v primeru ničelne hipoteze vzorec ustreza normalni porazdelitvi. V tem primeru mora biti vrednost statistične značilnosti večja od 0,05. Če pa je vrednost statistične značilnosti manjša od 0,05, sprejmemo alternativno hipotezo in s tem prikažemo, da vzorec ne ustreza normalni porazdelitvi.

Tabela 9: Shapiro-Wilkov test normalne porazdelitve vrednosti apatičnosti glede na starost

Meritev	Skupina	W	p
Apatičnost	65–74 let	0,943	0,686
	75–84 let	0,957	0,549
	85–89 let	0,928	0,255
	90 let in več	0,962	0,797

Legenda: W – Shapiro-Wilkov test, p – vrednost statistične značilnosti.

Shapiro-Wilkov test je pokazal, da podatki ustrezajo normalni porazdelitvi, zato smo lahko uporabili parametrični test (test ANOVA) za primerjavo več nepovezanih skupin. Test ANOVA pregleda meritve vseh skupin nam pove, če med skupinami obstajajo statistično značilne razlike. Rezultati testa ANOVA so prikazani v spodnji tabeli.

Tabela 10: Test ANOVA za neodvisne vzorce apatičnosti glede na starost

	Vrednost	Stopinje prostosti	p
Apatičnost	0,031	3	0,992

Legenda: p – vrednost statistične značilnosti.

Iz zgornje tabele rezultatov enosmerne ANOVE za neodvisne vzorce je razvidno, da med skupinami ne obstajajo statistično značilne razlike v apatičnosti glede na starost stanovalcev, saj je vrednost statistične značilnosti nad mejo statistične značilnosti 0,05. Na podlagi tega ta del hipoteze ne sprejmemo.

Sledi pregled drugega dela hipoteze 1, če se apatičnost razlikuje glede na čas bivanja v domu.

Tabela 11: Vrednosti opisne statistike za meritev apatičnosti glede na čas bivanja v domu

Čas bivanja v domu	N	PV	SO	Me	Min	Maks
Do 12 mesecev	22	45,864	8,956	43,5	34	63
Od 13 mesecev do 36 mesece	11	45,273	6,784	43,0	35	61
37 mesecev in več	17	47,647	10,234	48,0	29	64

Legenda: N – število udeležencev, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, Me – mediana, Min – minimum, Maks – maksimum.

Iz tabele je razvidno, da obstajajo razlike v apatičnosti glede na čas bivanja v domu. S Shapiro-Wilkovim testom smo preverili, če meritve ustrezajo normalni porazdelitvi. Rezultati tega testa so prikazani v tabeli 12.

Tabela 12: Shapiro-Wilkov test normalne porazdelitve vrednosti apatičnosti glede na čas bivanja v domu

Meritev	Skupina	W	p
Apatičnost	Do 12 mesecev	0,907	0,041
	Od 13 do 36 mesecev	0,945	0,583
	37 mesecev	0,971	0,843

Legenda: W – Shapiro-Wilkov test, p – vrednost statistične značilnosti.

Iz rezultatov Shapiro-Wilkovega testa je razvidno, da ena izmed skupin (tisti, ki v domu bivajo do enega leta) ne ustreza normalni porazdelitvi v meritvi apatičnosti. Za primerjavo več neodvisnih skupin smo uporabili neparametrični Kruskal-Wallisov test za primerjavo več neodvisnih skupin, katerega rezultati so prikazani v tabeli 13.

Tabela 13: Kruskal-Wallisov test za neodvisne vzorce za meritve apatičnosti glede na čas bivanja

	Vrednost	Stopinje prostosti	p
Apatičnost	0,729	2	0,694

Legenda: W – Shapiro-Wilkov test, p – vrednost statistične značilnosti.

Iz tabele 13 je razvidno, da med skupinami ne obstajajo statistično značilne razlike v meritvi apatičnosti, saj je vrednost statistične značilnosti p nad mejo statistične značilnosti 0,05. Na podlagi rezultata testa ne moremo potrdimo niti ne drugega dela hipoteze.

Ker noben poddel hipoteze ni statistično potrjen, lahko sklepamo, da se apatičnost v našem vzorcu ne razlikuje glede na starost stanovalcev niti ne glede časa bivanja v domu.

Hipoteze 1 nismo potrdili.

Hipoteza 2: Obstajajo razlike med starostniki, ki kažejo znake apatije, in med tistimi, ki jih nimajo, glede na samostojnost pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti.

Stopnja odvisnosti je merjena s Katzovim testom s šestimi točkami, kjer vrednost 0 kaže na popolno odvisnost, stopnja 6 pa na popolno neodvisnost. Spremenljivko stopnje odvisnosti pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti smo dobili kot povprečje vseh vrednosti, dobljenih s Katzovim vprašalnikom.

V tabeli 14 so predstavljeni rezultati števila stanovalcev glede na stopnjo odvisnosti.

Tabela 14: Stopnja odvisnosti

Stopnja odvisnosti	0	1	2	3	4	5	6
N-50	4	4	2	7	6	13	14

Legenda: N – število udeležencev, 0 – popolnoma odvisen, 1 – zelo odvisen, 2 – odvisen, 3 – srednje odvisen, 4 – malo odvisen, 5 – neodvisen, 6 – zelo neodvisen.

Iz tabele 14 je razvidno, da je zelo neodvisnih 14 stanovalcev, 13 je neodvisnih, šest jih potrebuje malo pomoči, sedem pa je srednje odvisnih. Odvisna stanovalca sta bila dva, zelo odvisni so bili štirje stanovalci in prav toliko jih je bilo popolnoma odvisnih.

Tabela 15: Opisna statistika za meritev apatičnosti in stopnje odvisnosti

Meritev	N	PV	SO	Me	Min	Maks
Stopnja odvisnosti	50	4,04	1,937	5	0	6
Apatičnosti	50	46,34	8,884	45	29	64

Legenda: N – število udeležencev, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, Me – mediana, Min – minimum, Maks – maksimum.

Tabela 15 prikazuje vrednosti opisne statistike za stopnjo odvisnosti in apatičnosti.

Pred izbiro statističnega testa smo izvedli Shapiro-Wilkov test, s katerim smo preverili, če meritve ustrezajo normalni porazdelitvi. Rezultati so prikazani v tabeli 16.

Tabela 16: Shapiro-Wilkov test normalne porazdelitve za stopnjo odvisnosti in apatičnosti

Meritev	W	P
Stopnja odvisnosti	0,855	<0,001
Apatičnosti	0,956	0,059

Legenda: W – Shapiro-Wilkov test, p – vrednost statistične značilnosti.

Shapiro-Wilkov test je pokazal, da obe meritvi nista normalno porazdeljeni (meritev stopnje odvisnosti ne ustreza normalni porazdelitvi, saj je vrednost statistične značilnosti p pod mejo 0,05), zato smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient za iskanje povezanosti.

Tabela 17 prikazuje rezultate Spearmanove korelacijske analize.

Tabela 17: Rezultat korelacijske analize za stopnjo odvisnosti in apatičnosti

Povezanost	Koeficient korelacije	p
Stopnja odvisnosti/apatičnosti	0,019	0,896

Legenda: p – vrednost statistične značilnosti.

Iz tabele razberemo, da med meritvama ne obstaja statistično značilna povezanost, saj je vrednost statistične značilnosti nad mejo 0,05. To pomeni, da apatičnost in stopnja odvisnosti pri temeljnih življenjskih aktivnostih nista statistično povezani.

Hipoteze 2 nismo potrdili.

Hipoteza 3: Obstajajo statistično značilne povezave med starostniki z apatijo in njihovim vključevanjem v socialne in prostočasne aktivnosti ter skrbi za okolje.

Hipotezo smo razdelili na tri dele.

Spremenljivko socialni stiki smo dobili glede na zanimanje za druženje, sprejemanje obiskov, kontaktov po telefonu in drugo. Odgovori so ovrednoteni z da in ne. Ravno tako sta spremenljivki udeležba na aktivnostih in skrb za svoje okolje dihonomni spremenljivki.

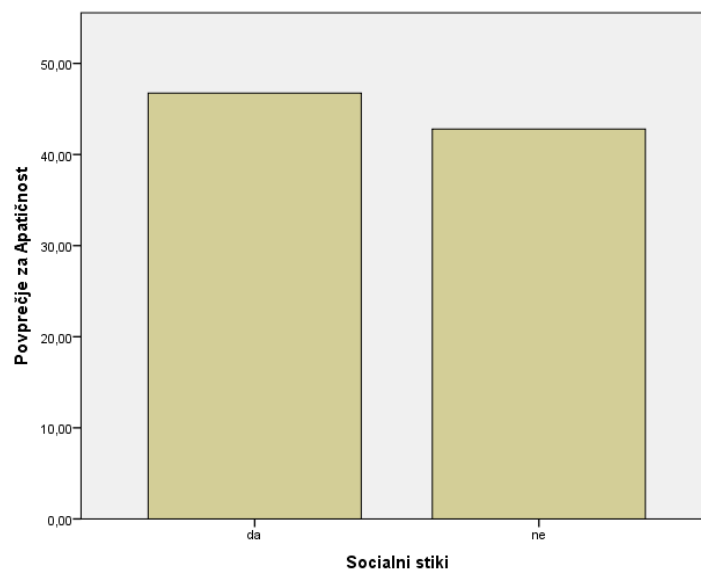
V prvem delu preverjamo, če obstaja razlika v apatiji glede na socialne stike, nato če obstaja razlika v apatiji glede na vključevanje v aktivnosti in če obstaja razlika med apatijo glede na skrb za svoje okolje.

Tabela 18: Vrednosti opisne statistike za apatičnost glede na socialne stike

Meritev	N	PV	SO	Me	Min	Maks
Da	45	46,733	9,001	45	29	64
Ne	5	48,800	7,629	39	35	51

Legenda: N – število udeležencev, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, Me – mediana, Min – minimalno, Maks – maksimalno.

Iz tabele 18 in s slike 1, ki ponazarja stolpični graf, je razvidno, da obstajajo razlike v apatičnosti glede na socialne stike.



Slika 1: Povprečne vrednosti meritev apatičnosti glede na socialne stike

Ker gre za nenormalno porazdeljene podatke, smo uporabili neparametrični Mann-Whitneyjev U-test, ki je prikazan v tabeli 19.

Tabela 19: Mann-Whitneyjev U-test za neodvisne vzorce za meritve glede na socialne stike

	Vrednost	Stopinje prostosti	p
Apatičnost	83,000	0	0,340

Legenda: p – vrednost statistične značilnosti.

Iz zgornje tabele je razvidno, da med tistimi stanovalci, ki imajo socialne stike, in med tistimi, ki jih nimajo, ne obstajajo statistično značilne razlike v meritvi apatičnosti. Do tega zaključka smo prišli, ker je vrednost statistične značilnosti nad mejo 0,05.

Sledi pregled drugega dela, kjer nas je zanimalo, če se apatičnost razlikuje med tistimi stanovalci, ki se udeležujejo aktivnosti, in tistimi, ki se aktivnosti ne udeležujejo. Tabela 20 prikazuje vrednosti opisne statistike za apatičnost glede na udeležbo na aktivnostih.

Tabela 20: Vrednosti opisne statistike za meritev apatičnosti glede na udeležbo na aktivnostih

Udeležba na aktivnostih	N	PV	SO	Me	Min	Maks
Da	35	47,771	8,941	48	34	63
Ne	15	43,000	8,062	41	29	64

Legenda: N – število udeležencev, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, Me – mediana, Min – minimum, Maks – maksimum.

Iz tabele 20 so razvidne opisne statistike za meritev apatičnosti glede na udeležbo na aktivnostih.

Uporabili smo test primerjave neodvisnih skupin, saj je bilo treba preveriti, če so razlike v apatičnosti značilne in če do njih pride zaradi naključja. Predhodno pa smo ponovno uporabili Shapiro-Wilkov test, ki je pokazal, da meritve vseh skupin ustrezajo normalni porazdelitvi, zato smo uporabili t-test za primerjavo dveh neodvisnih skupin.

Za preverjanje homogenosti varianc med skupinami smo uporabili Levenov test enakosti varianc, ki je pokazal, da so variance skupin homogene ($F = 0,519$; $p = 0,475$), kar pomeni, da lahko uporabimo t-test, katerega rezultati so prikazani v tabeli 21.

Tabela 21: T-test za neodvisne vzorce za apatičnost glede na udeležbo na aktivnostih

	Vrednost	Stopinje prostosti	p
Apatičnost	1,778	48	0,082

Legenda: p – vrednost statistične značilnosti.

Iz tabele 21 je razvidno, da med skupinama ne obstajajo razlike v stopnji apatičnosti, saj je vrednost statistične razlike nad mejo 0,05. Ta del hipoteze statistično ovržemo.

Sledi še pregled zadnjega dela hipoteze 3, kjer smo se osredotočili na apatičnost glede na to, kako stanovalci skrbijo za okolje ali pa zanj ne skrbijo.

Tabela 22 prikazuje opisno statistiko za apatičnost glede na skrb za okolje.

Tabela 22: Vrednosti opisne statistike za meritev apatičnosti glede na skrb za okolje

Skrb za okolje	N	PV	SO	Me	Min	Maks
DA	28	49,679	8,982	50,0	34	63
NE	22	42,091	6,831	41,5	29	64

Legenda: N – število udeležencev, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, Me – mediana, Min – minimum, Maks – maksimum.

Pred primerjavo je bilo treba izvesti Shapiro-Wilkov test normalne porazdelitve apatičnosti, saj je bilo treba preveriti, če meritve ustrezajo normalni porazdelitvi.

Tabela 23: Shapiro-Wilkov test normalne porazdelitve vrednosti apatičnosti glede na skrb za okolje

Meritev	Skupina	W	p
Apatičnost	Da	0,966	0,474
	Ne	0,875	0,010

Legenda: W – Shapiro-Wilkov test, p – vrednost statistične značilnosti.

Iz tabele 23 je razvidno, da meritve ne ustrezajo normalni razporeditvi, zato smo uporabili Mann-Whitneyjev U-test s primerjavo dveh nepovezanih skupin, ki je prikazan v tabeli 24.

Tabela 24: Mann-Whitneyjev U-test meritve apatičnosti glede na skrb za okolje

	Vrednost	Stopnja prostosti	p
Apatičnost	501	0	0,003

Legenda: p – vrednost statistične značilnosti.

Iz tabele 24 je razvidno, da med skupinama obstajajo značilne razlike v meritvi apatičnosti, saj je vrednost statistične značilnosti pod mejo statistične značilnosti 0,05.

V tem delu hipoteze 3 lahko potrdimo, da med apatijo in skrbjo za okolje obstaja statistično značilna povezava, saj je $p = 0,003$.

Hipotezo 3 lahko delno potrdimo, saj se stanovalci z apatijo ne razlikujejo glede na ohranjanje socialnih stikov in glede na vključevanje v aktivnosti, se pa med seboj statistično značilno razlikujejo glede na skrb za okolje.

3.5 RAZPRAVA

Raziskava za namen diplomskega dela je odgovorila na nekatera vprašanja glede apatičnosti pri starostnikih v institucionalnem okolju. V raziskavi smo ugotovili, da je med stanovalci v institucionalnem okolju prisotna apatija v začetni oziroma lažji obliki. Apatija je prisotna pri vseh stanovalcih, saj je povprečje lestvice za vrednotenje apatije nad 42.

Kobentar (2011) v doktorski disertaciji na vzorcu 233 stanovalcev v institucionalnem varstvu ugotavlja, da je več avtorjev mnenja, da se kognitivni upad starostnika pokaže kot sprememba vedenja in izražanja čustev. To se pri starostniku v institucionalni oskrbi v 65 % izraža kot nemir, strah, apatija in depresivna motnja.

Clark, et al. (2011) navajajo, da je pojavnost apatije pri starostnikih v institucionalni oskrbi višja kot pri starostnikih v domačem okolju. Navajajo, da se je apatija pojavila pri 84,1 % pri starostnikih v institucionalnem okolju. Raziskava, ki je potekala na Nizozemskem v 17 negovalnih domovih in 16 oskrbovanih stanovanjih, je pokazala, da je apatija prisotna le pri polovici vseh skupin. To pa poveča tudi stopnjo obolevnosti za depresijo in umrljivost (Nijsten, et al., 2017). Menimo, da je apatije v institucionalnem okolju bistveno več. Glede na prakso ugotavljamo, da ima veliko starostnikov že pri samem sprejemu v institucionalno okolje več razlogov za pojav apatije, in sicer: neznano okolje, srečanje s popolnimi tujci, izguba doma in varnosti, kar zagotovo vpliva na njihovo počutje in vedenje. Starostnik ob prihodu v novo okolje pogosto zavzame distanco do drugih sstanovalcev, se ne zanima za dogajanje okoli sebe in se postopno izolira. Pogosto ima starostnik že diagnosticirano kakšno kronično obolenje in se apatija pokaže kot simptom telesne ali duševne bolezni (pri depresiji, demenci, rakavi bolezni in drugi bolezni).

V naši raziskavi nismo ugotovili statistične povezanosti med apatijo in starostjo, čeprav vemo, da se s staranjem povprečni delež apatije povečuje, kar lahko razložimo z majhnim vzorcem in številom stanovalcev v razredih starostnikov. Prav tako iz enakih razlogov nismo ugotovili povezanosti med časom bivanja v instituciji in apatičnostjo, čeprav apatičnost kaže v rahlo zvišanje pri daljšem bivanju ($PV = 47,647$), vendar brez statistično značilne povezave.

Onder, et al. (2012) navajajo, da je v evropskih državah starostnikov, starih nad 65 let, ki živijo v domovih za starejše, s pridruženimi funkcionalnimi omejitvami okoli 20 %. Formalno oskrbo jih prejema v 30 % starejše populacije. Preostalih 50 % pa ne prejema nobene oskrbe ali pa se nanašajo na neformalno oskrbo. V raziskavi SHELTER, kjer je sodelovalo 57 domov za starejše iz sedmih evropskih mest, ugotavljajo, da je povprečna starost prebivalcev od 73 do 94 let, v 73 % so bile to ženske. V tej skupini so opazili kognitivni upad pri 81,3 %. Najbolj izraženi so bili vedenjski simptomi, med njimi tudi apatija. Kogoj (2011) je mnenja, da se apatija lahko pojavi ne glede na starost, saj se lahko pojavi kot simptom ali sindrom pri boleznih, kot so depresija, demenca, blaga kognitivna motnja.

Radakovic (2012) navaja, da se tudi med zdravo populacijo starostnikov pojavi apatija, vendar za kratek čas, lahko pa spremlja ali preraste v bolezen. Tako lahko pri zdravi populaciji za apatijo zbolijo ljudje različne starosti. Raziskave so pokazale, da pogosteje zbolijo moški v starosti med 58. in 85. letom. Glede na našo raziskavo je bilo največ stanovalcev starih od 75 do 84 let, posledično je pri tej populaciji večja stopnja apatije. Menimo, da je apatija v porastu tudi v drugih starostnih skupinah, vendar nam tega ni uspelo dokazati.

Čas bivanja v instituciji vpliva na starostnika. Tekom bivanja gredo starostniki skozi različna obdobja zdravljenja in obravnave. Starostnik se ob premestitvi v institucijo pogosto počuti nemočnega in odrinjenega na rob dogajanja. Pogost je pojav različnih zdravstvenih in socialnih zapletov pri starostnikih, ki je povezan z bivanjem v instituciji. To so: zmedenost, težave s krvnim tlakom, inkontinenca urina in blata, pogosti padci, okužbe, podhranjenost in izolacija, izguba socialnih stikov, izguba doma

in varnosti ter drugo. Zelo pomembno je, da se svojci vključijo v oskrbo že od sprejema starostnika v domsko okolje in sodelujejo tekom celotnega bivanja (Kobentar, 2018).

Ugotavljamo, da se apatija lahko pojavi že v samem začetku ali pa pozneje tekom bivanja v domu. V praksi opazamo, da se je pojavil upad motivacije, pomanjkanje zanimanja za okolje in ljudi. Tekom bivanja opazamo, da starostnik niha glede na stopnjo samostojnosti ob pojavu ali poslabšanju drugih bolezni ter stopnjo potrebne oskrbe. V hipotezi 2 smo prišli do zaključka, da apatičnost ni odvisna od stopnje odvisnosti starostnika, kar lahko razložimo z majhnim vzorcem in preveč grobim instrumentom za merjenje neodvisnosti pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti.

Leone, et al. (2012) navajajo, da je vključevanje stanovalcev v soodločanje glede njihovih temeljnih življenjskih aktivnosti bistvenega pomena, saj s tem zmanjšujejo pogoje, ki privedejo do bolezenskih stanj. V vsakodnevni praksi ugotavljamo, da apatija pomembno vpliva na vključevanje in sodelovanje starostnika pri dnevni opravi. Pri vključevanju in aktivaciji starostnikov imajo velik vpliv medicinske sestre ter drugi zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi. Kobentar (2018) ugotavlja, da institucionalno okolje, socialni odnosi in primerna podpora starostnikom pomembno vplivajo na kakovost njihovega življenja, ki je ne moremo enačiti s kakovostjo oskrbe. Avtorica opozarja na pomen vzdrževanja odnosa s svojci in njihovega vključevanja v odločanje ter načrtovanje najbolj optimalne oskrbe. Svojce je treba povabiti, jim odpreti možnost za sodelovanje, saj to v večini primerov želijo, kar se je izkazalo kot dobra praksa. Vključevanje svojcev v oskrbo v institucionalnem okolju je najpogosteje povezano z zagovorništvom, nadzorovanjem, manjšo pomočjo pri instrumentalnih aktivnostih (uporaba telefona, prižig televizije, manevriranje stikala za posteljo ali invalidskega vozička in drugo) in socialno-čustveno podporo ob izgubi doma in prijateljev. Avtorica navaja, da vsi deležniki v procesu premestitve starostnika v institucijo potrebujejo prehodni čas za prilagajanje na nove pogoje življenja z usklajevanjem vlog in odnosov znotraj sistema oskrbe. Kobentar (2018) v nadaljevanju citira, da sta dobra komunikacija in sodelovalni odnos temeljni postavki, ki zagotavljata preglednost oskrbe s povečanjem zaupanja v sistem.

V naslednjih desetletjih se bo zaradi staranja prebivalstva dvignil tudi delež prebivalstva s funkcionalnimi omejitvami, ki bo potreboval več pomoči pri izvajanju in zadovoljevanju temeljnih življenjskih aktivnosti.

V raziskavi ugotavljamo, da znaša povprečje samostojnosti pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti 4,04 točke od največ 6 točk (neodvisni), kar pomeni, da so starostniki v naši raziskavi delno odvisni od naše pomoči. Motivacija starostnikov je tesno povezana z odnosom med zaposlenimi in starostnikom v institucionalni obravnavi. Pomembno je, da se starostnik že pri sprejemu v institucionalni obravnavi počuti dobrodošlega, saj je tako faza prilagajanja na novo okolje lažja in s tem obstaja manjša možnost obolevnosti. V praksi ugotavljamo, da starostniki, ki imajo pridružene psihične ali telesne motnje in nizek dohodek, kažejo po izgubi partnerja visoko tveganje za nastanek osamljenosti in izolacije v institucionalnem okolju že v samem začetku in tekom bivanja. Pomembno vlogo ima medicinska sestra, saj s spodbudo in pogovorom prepoznava začetne znake apatije. Zgodnje prepoznavanje apatičnosti in njeno vrednotenje z ustreznimi instrumenti lahko posredno prispeva k ohranjanju večje samostojnosti, boljšemu ohranjanju socialnih stikov in k ohranjanju zanimanja za okolje, kar prispeva k višji kakovosti življenja starostnikov v instituciji.

Prav tako pri hipotezi 3 nismo dokazali, da se apatičnost razlikuje glede na prisotnost socialnih stikov in vključevanje v aktivnosti, vendar se statistično pomembno razlikuje glede skrbi za okolje. Ta rezultat si lahko razložimo s tem, da imajo pri socialnih stikih pomembno vlogo aktivna in pasivna dejanja, kar pomeni, da prejema obiske ali pa sam gre na obisk in podobno.

Kobentar (2011) navaja v doktorski disertaciji, da so socialni stiki pri starostniku, obolelem za demenco, enako pomembni kot higiena telesa. Ugotavlja, da so starostnikovi najpogostejši socialni stiki s svojci. Največkrat so tekom obiskov starostniki deležni dodatne individualne nege in pozornosti s strani svojcev. Ugotovili so, da je pri osebah z demenco, nastanjenih v domovih, največ sprehodov, hranjena, pogovorov in nudenja osebne higiene.

Roljić in Kobentar (2017) navajata, da je ključnega pomena, da zdravstveni delavci vključujejo svojca, saj je njihova prisotnost zelo pomembna. Za starostnika so zaposleni ključne osebe pri zagotavljanju vseh njihovih potreb ob ohranjanju pristnega človeškega odnosa.

Glede na prakso ugotavljamo, da so socialni stiki zelo pomemben člen v življenju starostnika, saj se starostnik, katerega svojec aktivno sodeluje pri oskrbi, primernejše odzove na spremembo okolja. Menimo, da so socialni stiki, bodisi svojcev ali sostanovalcev, pozitivni elementi pri preprečevanju pojava apatije. Stanovalci, ki nimajo obiskov in se držijo bolj zase, težje funkcionirajo v vsakdanjem življenju in kažejo znake zapuščenosti in osamljenosti. Pomembno vlogo ima medicinska sestra, ki spodbuja starostnika k bolj dejavnemu vključevanju v vse aktivnosti, ki potekajo v instituciji. Primerna komunikacija in odnos medicinske sestre s svojci dokazano zagotavljata boljše zdravstveno oskrbo. Zato je pomembno aktivno sodelovanje svojcev pri oskrbi in ne le pasivno opazovanje ter kritiziranje. Svojcem moramo ponuditi možnost sodelovanja, saj se njihove dosedanje vloge razširijo na vlogo spremljevalca, mediatorja, zagovornika, svetovalca in pomočnika.

Kljub ugotovitvi, da med apatijo in udeležbo na aktivnostih ni statistične povezave, v praksi opazamo, da tisti starostniki, ki se ne udeležujejo aktivnosti, pogosteje kažejo znake apatije. Kaže se z upadom motivacije, z izgubo interesa, volje in dejavnosti s spremljajočim čustvovanjem. Starostniki z apatijo običajno ne skrbijo za svoje okolje, saj okolja niti ne opazijo in jim je vse prav, če ostane takšno, kot je.

Raziskave, ki so bile izvedene na področju staranja, so prišle do spoznanja, da obstajajo razlike pri starostnikih, ki so vključeni v aktivnosti, in pri tistih, ki niso vključeni v aktivnosti. Aktivnosti, v katerih je starostnik vključen, so pomembne pri ohranjanju duševnega, telesnega in socialnega zdravja. Pomembna je vključenost v aktivnosti, ki jih zmorejo opravljati, kot so osebna urejenost, oblačenje, izločanje, gibanje in drugo. Ob odsotnosti le-teh obstaja velika verjetnost, da se bo starostnik umaknil v osamo (Roljić & Kobentar, 2017).

Kobentar (2011) ugotavlja, da večja kot je stopnja demence in starejši kot so starostniki, večji je vpliv na aktivnosti. Prav tako s stopnjo demence premo sorazmerno povežemo prizadetost osnovnih funkcij. Ugotavlja, da aktivnosti, ki zahtevajo večjo zbranost, pogosto niso zmožni izvajati ali pa jih izvajajo zelo površno. Sem štejemo skrb za okolje (zlaganje perila v omaro) in ostale aktivnosti (uporaba telefona in pribora, vzdrževanje hobijev starostnika), ki jih starostnik ne zmore opravljati samostojno. Tukaj vidimo pomembno sodelovanje svojcev, ki omogočajo ohranjanje aktivnosti z njihovo majhno podporo v večje zadovoljstvo vseh vpletenih.

Esposito, et al. (2014) so prišli do spoznanj, da je zelo pomembno, da starostnik sodeluje pri aktivnostih in si sam zastavlja cilje, saj s tem ostaja motiviran. Upad motivacije pa že kaže na pojav apatije.

Menimo, da je vloga medicinske sestre tudi prepoznavanje apatije, saj prej ko je apatija ugotovljena, boljši je izid obravnave in oskrbe. Pomembno je, da medicinska sestra aktivno sodeluje s svojci, saj tako lažje motivira starostnika in ga vključi v aktivnosti, za katere kaže zanimanje in ki ga veselijo.

3.5.1 Omejitve raziskave

Raziskava je bila izvedena samo v eni ustanovi in dopuščamo možnost subjektivnega vpliva pri vključevanju stanovalcev in izpolnjevanju vprašalnikov. Merski instrumenti so standardizirani, vendar smo ugotovili, da slabo razlikujejo manjše razlike v rezultatih. Pojavlja pa se tudi vprašanje, ali smo za to populacijo in vzorec izbrali pravi instrumentarij, ki zahteva bistveno večje število stanovalcev. Majhen vzorec ne dopušča vseh statističnih testov, saj smo se omejili le na nekatere.

Prav tako dopuščamo možnost, da je prisotna subjektivna ocena kriterijev, lahko da so bile pri stanovalcih že prisotne blage kognitivne motnje ali depresija. Zaznali smo pomanjkanje raziskav na temo apatije v slovenskem kulturnem okolju.

4 ZAKLJUČEK

V raziskavi smo prišli do zaključka, da je apatija premalo raziskano področje, saj je zelo pomembna tudi za prepoznavanje drugih motenj, kot sta depresija in demenca ali druge telesne bolezni. Apatija pomembno prizadene samostojnost in neodvisnost starostnika, saj sta pomembni premisi zadovoljstva z življenjem v starosti. Zato je prepoznavanje apatije pri starostnikih v institucionalnem okolju toliko bolj pomembno.

Premestitev v institucijo pomeni za starostnika veliko življenjsko spremembo, ki zahteva oblikovanje novega koncepta življenja in aktivnosti. Starostniki se dodatno soočajo z izgubo zdravja, prijateljev, partnerja, doma in varnosti, kar običajno vpliva na že prizadeto telesno in duševno zdravje. Vemo, da je prilagajanje proces, ki lahko traja tudi več mesecev, in ravno v tem času se lahko kažejo prvi znaki apatije, ki se utrjujejo in kažejo kronični potek, ki so bistveno težje dostopni kakršni koli obravnavi. Zato bi kazalo tudi v socialno-varstvenih institucijah oblikovati multidisciplinarni pristop, ki vključuje medicinsko sestro, delovnega terapevta, animatorja, socialnega delavca, psihologa, zdravnika, skupinskega terapevta, pedagoga, muzikoterapevta, kineziterapevta, fizioterapevta in druge. Sedanja situacija v instituciji kaže na zelo nizko kadrovsko in kvalifikacijsko strukturo zaposlenih, ki zadošča zagotavljanju optimalne oskrbe starostnikov, kar se v javnem diskurzu predstavlja kot zelo nehuman in nestrokoven odnos do starostnikov. Država na sistemski ravni nima rešenih vprašanj z zdravstveno in socialno oskrbo vse večjega števila starostnikov in se že skoraj dve desetletji dogovarja z nosilci moči o potrebni zakonodaji na področju dolgotrajne in integrirane oskrbe. Žogico si podajata ministrstvi brez pravih učinkov, saj smo priča medijskim zgodbam, kako v naši državi ne spoštujemo niti osnovnih potreb, še manj pa dostojanstva starostnikov, ko jim zaradi denarja in drugih dejavnikov odrekamo najbolj človeško potrebo po negovanju in oskrbi.

Svojci in nekateri prostovoljci so naši sodelavci in dobrodošli spremljevalci, ki nekoliko ublažijo pomanjkanje razumevanja in človeške topline s strani preveč obremenjenih zaposlenih, ki se ne ukvarjajo z individualiziranimi potrebami starostnikov, še manj s spremembami v smislu pojavljanja apatije. Zaposleni zagotavljajo le najbolj temeljne

potrebe, kot so prehranjevanje in pitje, suha in čista postelja, zadovoljiva osebna higiena in oblačenje ob pomanjkanju gibanja in komunikacije ter še česa.

Veliko je zgodb z žalostnim koncem, ki smo jih slišali od starostnikov in nas spominjajo na neke druge čase. Koliko smo kot družba zreli za spremembe odnosa do starostnikov, ko obstajajo trdni dokazi, da tako ne gre več naprej? Kje so standardi obravnave, negovalne diagnoze, protokoli in smernice, kje so ustrezni kadri, ki bi izvajali aktivnosti in intervencije zdravstvene nege? Dopuščamo, da zdravstveno nego izvajajo nestrokovni kadri in laiki ter jih s tem spravljamo v hudo stisko pri dajanju terapije, hranjenju po stomi in podobno.

Predlagamo nadaljnje raziskovanje področja apatije in drugih fenomenov, povezanih s starostniki, ker menimo, da ima zdravstvena nega kompetentne kadre, ki bi delovali na področju obravnave starostnikov na vseh nivojih zdravstvenega in socialnega varstva. Medicinska sestra naj prevzame osrednjo vlogo pri uvajanju sprememb v rigidni sistem obravnave, sicer nam kot družbi grozi moralna obsodba zanamcev, ki bodo kmalu spoznali, kam drvi ta svet. Pravico starostnikov do zadovoljevanja zdravstvenih potreb in ustrezne oskrbe jim moramo priznati in jo tudi takoj udejanjati v praksi.

Zaključimo naj z mislijo Seneke: »Koliko bom živel, je stvar tuje volje, a moje je, da dokler živim, živim kot človek.«

5 LITERATURA

Ang, Y.-S., Lockwood, P., Apps, A.J., Muhammed, K. & Husain, M., 2017. Distinct subtypes of apathy revealed by the apathy motivation index. *Plos one*, 12(1), pp. 1-15.

Begović, L., 2016. Pomen gibanja v tretjem življenjskem obdobju. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: Starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 18-26.

Brown Wilson, C., Davies, S. & Nolan, M., 2009. Developing personal relationships in care home: realising the contributions of staff, residents and family members. *Ageing and society*, 29(7), pp. 1041-1063.

Clarke, E.D, Ko, Y.J., Kuhl, A.E., van Reekum, R., Slavador, R. & Marin, S.R., 2011. Are the available apathy measures reliable and valid? A review of the psychometric evidence. *Journal of psychosomatic research*, 70(1), pp. 73-97.

Esposito, F., Gendola, H.G.E. & der van Linden, M., 2014. Are self-efficacy beliefs and subjective task demand related to apathy and aging? *Aging and mental health*, 18(1), pp. 521-530.

Guercio, B., Donovan, J.N., Munro, E.C., Aghjay, L.S., Wigman, E.S., Locascio, J.J., Amariglio, E.R., Rentz, M.D., Johnson, A.K., Sperling, A.R. & Marshall, A.G., 2015. The apathy evaluation scale: a comparison of subject, informant, and clinician report in cognitively normal elderly and mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's disease*, 47(2), pp. 421-432.

Iracema, L. & Philippe, R., 2012. Apathy in the elderly: from assessment to treatment. *Current gerontology and geriatrics research*, 12, pp. 1-2.

Ishii, S., Weintraub, N. & Mervis, J.R., 2009. Apathy: a common psychiatric syndrome in the elderly. *American medical directors association*, 10(6), pp. 381-393.

Jao, Y.L., Algase, L.D., Specht, K.J. & Williams, K., 2016. Developing the person, environment apathy rating for persons with dementia. *Aging and mental health*, 20(8), pp. 861-870.

Kazer, M. & Shelkey, M., 2007. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Urlogic nursing*, 27, pp. 93-94.

Kobentar, R., 2011. *Modeli obravnave oseb z demenco v domovih starejših občanov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Kobentar, R., 2018. Premestitev starostnika v institucijo – dileme svojcev in izziv za prakso. In: S. Kalender Smajlović & S. Pivač, eds. *Posvet o izzivih pri zdravstveno-socialni oskrbi starejših ter zdravstveni oskrbi pacientov z demenco*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 16-22.

Kogoj, A., 2011. *Duševne motnje in stiske v starosti*. Celje: Visoka zdravstvena šola.

Leone, E., Deudon, A., Piano, J., Robert, P. & Dechamps, A., 2012. Are dementia patient's engagement using tailored stimuli the same? The apathy dilemma in nursing home residents. *Current gerontology and geriatrics research*, 2012(2012), p. 1-11.

Leroi, I. & Robert, H.P., 2012. Apathy in the elderly: from assessment to treatment. *Current gerontology and geriatrics research*, 2012(2012), p. 419309.

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

Marin, R.S., 1996. Apathy: concept, syndrome, neural mechanisms, and treatment. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 1(4), pp. 304-314.

Nijsten, J.H.M., Leontjevas, R., Pat-El, R., Smallbrugge, M., Koopmans, R.T.C.M. & Gerritsen, D.L., 2017. Apathy: risk factor of mortality in nursing home patients. *Journal of American geriatric society*, 35(308), pp. 1-8.

Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H., Gindin, J., Friters, D., Henrard, J.C., Nikolaus, T., Topnikova, E., Tosato, M., Liperoti, R., Landi, F. & Bernabei, R., 2012. Assessment of nursing homes residents in Europe: the services and health for elderly in long term care (SHELTER) study. *BMC Health service research.*, 12(5), pp. 1-10.

Petkovšek Gregorin, R. & Mali, B., 2017. Uporaba ocenjevalnih lestvic pri ocenjevanju samostojnosti pacienta v rehabilitacijski zdravstveni negi: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 234-244.

Radakovic, R., 2012. *Developing a new apathy measurement scale: doctoral dissertation*. Edinburgh: The University of Edinburgh, School of philosophy, psychology & language sciences.

Roljić, S. & Kobentar, R., 2017. *Starost kot izziv: zdravje in oskrba*. [pdf] Javni zavod Cene Štupar Center za izobraževanje Ljubljana. Available at: <https://www.zlus.si/wp-content/uploads/2017/11/Starost-kot-izziv-zdravje-in-oskrba-cip.pdf> [Accessed 10 December 2018].

Santangelo, G., Raimo, S., Siciliano, M., D'lorio, A., Piscopo, F., Cuoco, S., Bottone, M., Trojsi, F., Grossi, D. & Trojano, L., 2017. Assessment of apathy independent of physical disability: validation of the dimensional apathy scale in Italian healthy sample. *Neurological sciences*, 38(2), pp. 303-309.

Skela Savič, B., Zorc, J. & Hvalič Touzery, S., 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 89-99.

Smovnik, S., 2014. Pomoč starostniku pri obvladovanju zdravja. In: B. Bregar & D. Lončnar, eds. *Podpora pacienta pri obvladovanju duševne motnje: zbornik z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Zveza medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 65-70.

Stuart, W.G., 2009. *Psychiatric nursing*. 9th ed. St. Louis: Mosby Elsevier.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK

Spoštovani,

Moje ime je Zala Zobec Pirnat, sem absolventka in pripravljam diplomsko delo v sklopu visokošolskega strokovnega študija, programa prve bolonjske stopnje ZDRAVTVENA NEGA na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin pod mentorstvom doc. dr. Radojke Kobentar. Prosim vas za sodelovanje, saj je vprašalnik ključni del diplomske naloge z naslovom PREPOZNAVANJE APATIJE PRI STAROSTNIKIH V INSTITUCIONALNEM VARSTVU.

Z raziskavo poskušamo ugotoviti pojavljanje apatije pri starostnikih v institucionalnem varstvu. Anketiranje se bo začelo po predhodni pridobitvi soglasja uporabnikov, in/ali njihovih svojcev in vodstva doma upokojencev.

Vprašalnik je anonimen in podatki bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Hvala za vaše sodelovanje!

Zala Zobec Pirnat

DEMOGRAFSKI PODATKI STAROSTNIKA

SPOL (obkrožite): Moški Ženski ZAKONSKI STAN(vpišite) _____

STAROST (vpišite leta): _____ IZOBRAZBA _____

ČAS BIVANJA V DOMU vpišite leta bivanja (več kot 3 mesece)

SKRB SVOJE ZA OKOLJE da ne UDELEŽBA NA AKTIVNOSTIH ----da ne

SOCIALNI STIKI da ne s kom _____

SAMOSTOJNOST STAROSTNIKA PRI IZVAJANJU DNEVNIH AKTIVNOSTI

Obkroži ustrezno številko! Točka 1 pomeni, da je starostnik neodvisen oz. ne potrebuje nadzor, usmerjanje ali pomoč. Točka 0 pa pomeni da potrebuje nadzor, usmerjanje ali pomoč.

AKTIVNOST: 0 ali 1 točka	NEODVISEN- (1 točka) Ne potrebuje nadzora, usmerjanje ali pomoč pri oskrbi.	ODVISEN- (0 točk) Potrebuje nadzor usmerjanje ali popolno pomoč pri oskrbi.
KOPANJE: _____ točk	(1 točka) Pri kopanju je samostojen in ne potrebuje pomoči oz. potrebuje pomoč pri umivanju le 1 dela telesa (npr. hrbet, anogenitalni predel ali poškodovan ud).	(0 točk) Potrebuje popolno pomoč pri kopanju, ali pa mu je potrebno pomagati pri umivanju pri več kot 1 delu telesa.
OBLAČENJE IN SLAČENJE: _____ točk	(1 točka) Sam si pripravi in obleče oblačila, potrebuje pomoč pri obuvanju	(0 točk) Potrebuje pomoč pri oblačenju in slačenju oz. popolno pomoč.

	čevljev.	
ODVAJANJE IN IZLOČANJE _____ točk	(1 točka) Samostojno gre na stranišče.	(0 točk) Potrebuje pomoč pri transportu do stranišča, sam se ne uredi; ima plenično podlogo.
STOPNJA INKONTINENCE _____ točk	(1 točka) Ima popolni nadzor nad odvajanjem, in izločanjem.	(0 točk) Potrebuje plenično podlogo, vložke ali druge pripomočke.
GIBANJE _____ točk	(1 točka) Sam vstane in se samostojno giba po prostoru. Potrebuje pripomočke (rolator, bergle).	(0 točk) Potrebuje delno pomoč ali pa potrebuje pripomočke (invalidski voziček).
HRANJENJE _____ točk	(1 točka) Ne potrebuje pomoči pri hranjenju, obrok lahko pripravi druga oseba.	(0 točk) Potrebuje pomoč druge osebe pri hranjenju in pitju.
<p>Skupno točk =6 zelo neodvisen; 3 točke= srednje odvisen; 0 točk=zelo odvisen.</p> <p>The Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. Permission is hereby granted to reproduce, post, download, and/or distribute, this material <i>in its entirety only</i> for not-for-profit educational purposes only, provided that The Hartford Institute for Geriatric Nursing, College of Nursing, New York University is cited as the source.</p>		

LESTVICA VREDNOTENJA APATIJE - (AES-C)

Prosim ocenite vsako postavko na podlagi pogovora z osebo. Pogovor se začne z opisom zanimanja, dejavnosti ali dnevne rutine. Vaše ocene temeljijo na verbalnih in neverbalnih informacijah starostnikov in se nanašajo na zadnje 4 tedne. Vsako točko v tej lestvici ustrezno ovrednotite.

Vnesite v skrajni levi stolpec ustrezno številko (ocena), pred trditvijo, ki velja za starostnika, pri čemer velja:

1 - sploh ni značilno

2 - malo

3 - nekoliko

4 - zelo značilno

Ocena	Trditev	Predznak +/-	Predznak C _B_ E	Količina/ število
1	Oseba se zanima za dogajanje.	+	C	Q/ŠT: -----
2	Oseba uredi zadeve tekom dneva.	+	B	Q/ŠT: -----
3	Osebi je pomembno, da začne aktivnosti na lastno pobudo.	+	C	SE
4	Oseba se zanima za nova doživetja.	+	C	Q/ŠT: -----
5	Oseba se zanima za učenje novih reči.	+	C	Q/ŠT: -----
6	Oseba vloži premalo napora za karkoli.	-	B	
7	Oseba pristopa k življenju z vso močjo..	+	E	
8	Osebi je pomembno da zadeve spelje do konca..	+	C	SE
9	Oseba porablja čas za zadeve ki jo zanimajo.	+	B	
10	Nekdo mora osebi povedati kaj naj počne čez dan.	-	B	
11	Oseba je manj zaskrbljena nad svojimi problemi kot bi morala biti.	-	C	
12	Oseba ima prijatelje.	+	B	Q/ŠT: -----
13	Osebi je srečevanje s prijatelji pomembno.	+	C	SE

	14	Ko se zgodi nekaj dobrega, je oseba navdušena.	+	E	
	15	Oseba ima ustrezno razumevanje svojih problemov.	+	O	
	16	Osebi je pomembno da zaključi aktivnosti tekom dneva.	+	C	SE
	17	Oseba ima samoiniciativo.	+	O	
	18	Oseba ima motivacijo.	+	O	

Trditve, ki imajo pozitivno oz. negativno konotacijo so identificirani ob desni strani s predznakom plus oz. minus. Tip trditve desno je: C= kognitivno; B= vedenjsko E=emocionalno O=drugo. Definicije samoevalvacije (SE) in kvantitativnih trditev (Q) so razložene v smernicah. ŠT pomeni število dogodkov oz. prijateljev.