



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**OCENA TVEGANJ V ZDRAVSTVENI NEGI  
ZA UPAD SPOSOBNOSTI SAMOOSKRBE  
STAREJŠE OSEBE V INSTITUCIONALNEM  
VARSTVU**

**NURSING CARE ASSESMENT OF THE RISK  
OF DECLINE IN THE SELF-CARE  
CAPACITY OF OLDER PEOPLE IN  
INSTITUTIONAL CARE**

Mentorica: doc. dr. Radojka Kobentar

Kandidatka: Mateja Zorman

Jesenice, avgust, 2023

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Radojki Kobentar za strokovno pomoč in nasvete pri izdelavi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi recenzentki Mateji Bahun, viš. pred., za strokovni pregled diplomskega dela in Diani Košir, mag. prof. slov., za lekturo besedila.

Hvala tudi tebi, dragi moj mož, ki me sprejemaš tako, kot sem. V vseh mojih vzponih in padcih si verjel vame, me vedno spodbujal in mi pomagal. Tako kot sva se zaobljubila, »v dobrem in slabem«. Hvala mojim štirim sončkom, Zali, ki mi je velikokrat pomagala pri pisanju in prevedla kakšen članek, Manci, ki mi je s svojo posebno energijo vedno znova dala zagon, da ne smeš nikoli obupati, Niki, ki me je pogumno bodrila, in Boru, ki mi je dovolil, da sem zadnji letnik zaključila brez slabosti in me s svojimi brkami v trebuščku bodril med pisanjem izpitov. Hvala, ker ste me potrpežljivo čakali vsa tri leta mojega študija in mi dovolili biti študentka.

Hvala tudi mojim staršem, tašči in tastu, sestri, bratu in njunima boljšima polovicama, ki so me ves čas bodrili, mi stali ob strani in poskrbeli za otroke, ko je bilo potrebno. Zahvalila bi se tudi vsem sodelavkam in sodelavcem v zdravstveni negi in oskrbi, ki so se odzvali in si vzeli čas za izpolnitev ankete.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Za obdobje staranja je značilno zmanjševanje duševnih in telesnih sposobnosti, kar je posledica bodisi normalnega fiziološkega upada življenjskih funkcij, številnih kroničnih bolezni oz. stanj ali obojega. Na sposobnost samooskrbe vpliva veliko dejavnikov.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je bil raziskati mnenje izvajalcev zdravstvene nege in opredeliti tveganja za upad sposobnosti samooskrbe starejših oseb v institucionalnem varstvu.

**Metoda:** Uporabljena je bila neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja. Podatke smo zbrali s pomočjo vprašalnika, ki smo ga oblikovali za namene raziskave. Uporabljen je bil nenaključni namenski vzorec, ki je zajemal izvajalce zdravstvene nege zaposlene v Domu starejših Škofljica in Domu starejših Črni Vrh. Vprašani so se med seboj razlikovali po spolu, starosti, izobrazbi in delovnih izkušnjah. Prejeli smo 73 izpolnjenih vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 60,8 %. Za statistično obdelavo podatkov je bil uporabljen program IBM SPSS 28.0 za opisne in bivariatne statistične analize. Vrednost  $p < 0,05$  je določala mejo statistične značilnosti.

**Rezultati:** Psihične motnje so bile ocenjene kot najpomembnejši dejavnik tveganja ( $t = 8,734$ ;  $p < 0,001$ ) za upad sposobnosti samooskrbe starejših oseb. Prav tako pomemben dejavnik so padci in posledice povezane s padci (nezmožnost hoje, gibanja) ( $t = 4,390$ ;  $p < 0,001$ ), medtem ko je polifarmacija ( $t = 4,673$ ;  $p < 0,001$ ) med vsemi dejavniki bila po mnenju anketirancev dejavnik, ki ima najmanjši učinek na samostojnost starejših pri samooskrbi. Dve aktivnosti sta statistično značilno učinkovali na sposobnost samooskrbe, in sicer podpora s strani zaposlenih ( $t = 1,735$ ;  $p = 0,087$ ) in svetovanje in pomoč starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih ( $t = 6,142$ ;  $p < 0,001$ ).

**Razprava:** Psihične motnje in padci so dejavniki, ki jim je v starosti potrebno nameniti več pozornosti v zdravstveni negi in oskrbi, saj pri starostnikih najbolj ovirajo sposobnost samooskrbe. Podpora, svetovanje in pomoč so tiste aktivnosti zdravstvene nege, ki podpirajo ohranjanje samostojnosti in neodvisnosti starejših stanovalcev v instituciji.

**Ključne besede:** aktivnosti, dom starejših občanov, starostnik, samooskrba

## SUMMARY

**Theoretical background:** The period of aging is characterized by a decline in mental and physical abilities as a result of normal physiological deterioration of vital functions, a number of chronic diseases or conditions, or both. Many factors affect the ability to care for oneself.

**Goals:** The aim of the diploma work was to investigate the opinion of nursing care providers and to identify the risks of decline in the self-care ability of elderly people in institutional care.

**Methods:** A non-experimental method of empirical quantitative research was used with the help of a questionnaire that was developed for the purposes of the study. A non-random sample was used, which included nursing care providers employed in the Škofljica Home for the Elderly and the Črni Vrh Home for the Elderly. Respondents differed in gender, age, education and work experience. We received 73 completed questionnaires. The response rate was 60.8%. IBM SPSS 28.0 software for descriptive and bivariate statistics was used for statistical data processing. A value of  $p < 0.05$  was used to define the limit of statistical significance.

**Results:** Mental disorders were rated as the most important risk factor ( $t = 8.734$ ;  $p < 0.001$ ) for decreasing the elderly's ability to care for themselves, as were falls and fall-related consequences (inability to walk, inability to move) ( $t = 4.39$ ;  $p < 0.001$ ). Polypharmacy ( $t = 4.673$ ;  $p < 0.001$ ) was considered by respondents to have the least effect on the elderly's independence in self-care. Two activities had a statistically significant impact on the ability for self-care, namely staff support ( $t = 1.735$ ;  $p = 0.087$ ) and staff advice and assistance to the elderly in self-care ( $t = 6.142$ ;  $p < 0.001$ ).

**Discussion:** Mental disorders and falls are factors that need to be given more attention in nursing in old age, as they are the most significant barriers to the ability of the elderly to take care of themselves. Support, counselling, and assistance are nursing activities that support the maintenance of autonomy and independence of elderly residents in the institution.

**Key words:** activities, home for the elderly, elderly, self-care

## KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>4</b>
2.1 ZDRAVSTVENA NEGA V INSTITUCIONALNEM VARSTVU .....	4
2.1.1 Avtonomija in možnost izbire .....	5
2.1.2 Dejavniki tveganj za upad sposobnosti samooskrbe .....	6
2.1.3 Podpora starejšim za ohranjanje sposobnosti samooskrbe .....	8
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>11</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	11
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	11
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	12
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	12
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	12
3.3.3 Opis vzorca .....	13
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	15
3.4 REZULTATI .....	16
3.5 RAZPRAVA.....	22
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>29</b>
<b>5 LITERATURA</b> .....	<b>30</b>
<b>6 PRILOGE</b>	

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Cikel krhkosti.....	7
Slika 2: Starost anketiranih.....	14
Slika 3: Delovna doba anketiranih .....	15

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika.....	13
Tabela 2: Demografski podatki anketiranih .....	14
Tabela 3: Dejavniki tveganja, ki učinkujejo na samostojnosti starejših pri samooskrbi . .....	16
Tabela 4: Učinek aktivnosti na sposobnosti samooskrbe .....	17
Tabela 5: Učinek intervencij na sposobnosti samooskrbe.....	18
Tabela 6: Učinek dejavnikov tveganja na zmožnost samooskrbe starejših občanov.....	19
Tabela 7: Povezava med dejavniki tveganj in avtonomijo, socialnimi stiki, ekonomskim stanjem in družabnimi aktivnostmi v instituciji.....	20
Tabela 8: Učinek aktivnosti in/ali intervencij na sposobnost samooskrbe v instituciji...22	

## **SEZNAM KRAJŠAV**

DSO	Dom starejših občanov
EU	Evropska unija
KNB	Kronične nenalezljive bolezni
KOPB	Kronična obstruktivna pljučna bolezen
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
WHO	World Health Organization
ZN	Zdravstvena nega
ZNO	Zdravstvena nega in oskrba

## 1 UVOD

Staranje prebivalstva v razvitih državah je eden izmed aktualnih izzivov, s katerim se sooča sodobna družba, še posebej zdravstveni in socialni sistemi ter posamezniki v njej (Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, 2019). Pospešeno staranje prebivalstva je trend, ki se je začel pred desetletji v Evropi in razvitih državah sveta. Leta 2018 je v EU živel 19,7 % ljudi starejših od 65 let. Tudi za Slovenijo velja, da se prebivalstvo stara. V Sloveniji je delež starostnikov oz. starejših od 65 let 20,9 % (Statistični urad Republike Slovenije, 2023). Napovedi kažejo, da bo leta 2070 delež starejšega prebivalstva v Evropi znašal 30 % starih nad 65 let in 13 % več kot 80 let (Evropska komisija, 2020).

Velik delež starejšega prebivalstva v družbi, še posebej starejših, ter velika razširjenost kroničnih nenalezljivih in degenerativnih bolezni (v nadaljevanju KNB) pomenita tudi, da se gospodarska obremenitev zdravstvenega in storitve socialnega varstva še povečuje. To je velik izziv za sodobno družbo, saj se poraja vprašanje, ali bo država sposobna zagotavljati vse večjemu številu starostnikov ustrezno pomoč in podporo z institucionalnim varstvom. Uspešni pristopi k nastajajočim izzivom starajoče se družbe bodo morali temeljiti na sistemskem oblikovanju strategij za obvladovanje potreb po zdravstvenih in socialnih storitvah. Daljša življenjska doba posameznikov ne prinaša nujno samo izzivov, za vsakega posameznika lahko pomeni tudi priložnost za učenje, novo kariero, doprinos k družini in družbi. Pogoji za to je daljše obdobje zdravih let življenja, zato je pomembno, da imajo posamezniki podporo za optimalno doseganje tega cilja (World Health Organization (WHO), 2015).

Starejši odrasli s srčno-žilnimi obolenji, sladkorno boleznijo, demenco, rakom, kronično obstruktivno pljučno boleznijo in oviranostmi pogosteje rabijo pomoč pri različnih temeljnih življenjskih aktivnostih, kot so spanje, počitek, prehranjevanje, pitje, gibanje itd., in se aktivno zanimajo za svoje zdravje ter življenjsko blaginjo. Poleg povečanja deleža starejših s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi se je povečalo tudi povpraševanje po različnih storitvah (dolgotrajne) oskrbe. Družine, ki so imele v preteklosti pomembno



vlogo pri oskrbi starostnikov in nemočnih, se danes spreminjajo iz razširjenih v jedrne in pogosto tudi enostarševske družine (Kapun, 2020).

Osnovno poslanstvo Doma starejših občanov (v nadaljevanju DSO) je izvajanje institucionalnega varstva starejših. Institucionalno varstvo je namenjeno reševanju osebnih stisk in težav starejših od 65 let in drugih, ki zaradi bolezni, starosti ali drugih razlogov ne morejo živeti doma. Tako DSO nadomešča ali dopolnjuje funkcije doma in lastne družine z zagotavljanjem nastanitve, organizirane prehrane, zdravstvene nege in oskrbe (Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Domovi, 2023).

Storitve institucionalnega varstva vključujejo primarno zdravstveno varstvo, socialno varstvo in zdravstveno varstvo, kot je opredeljeno v sektorju zdravstvenega varstva. Osnovna oskrba vključuje namestitev ali nastanitev v sobe, vzdrževanje prostorov in perila, organizacijo prehrane, tehnično oskrbo, osebno pomoč, socialno oskrbo ter varstvo, zdravstveno nego in rehabilitacijo (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2023). Socialno varstvo je strokovno vodena dejavnost namenjena izvajanju socialne preventive, obravnave in upravljanja z upravičenci. Obsega opravljanje nalog zdravstvene nege, izobraževanja, priprave na življenje in nalog vodenja (Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Domovi, 2023). Zdravstvena nega pomeni nudenje pomoči pri vzdrževanju osebne higiene in izvajanju dnevnih aktivnosti (vstajanje, oblačenje, premikanje, hoja, komunikacija in orientacija). Posebne oblike varstva so namenjene ohranjanju in razvoju samostojnosti, razvoju socialnih odnosov, delovni okupaciji, korekciji in terapiji motenj, aktivnemu preživljanju prostega časa ter reševanju osebnih in socialnih stisk (Skupnost socialnih zavodov Slovenije. Domovi, 2023).

Ob vstopu v institucionalno varstvo je poleg ugotavljanja zdravstvenega stanja starostnika pomembno ugotavljanje njegovih funkcionalnih zmožnosti, torej, v kolikšni meri je starostnik zmožen opravljati vsakodnevne življenjske aktivnosti, kot so vzdrževanje osebne higiene in higiene okolja. Slednje je pomembno tudi zaradi določanja ravni geriatrične oskrbe: od prve (minimalne stopnje, v kateri rabijo minimalno pomoč) do četrte (najvišje stopnje, v kateri potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor), ki so v skladu z geriatričnimi evropskimi normativi v institucionalnem varstvu (Skupnost

socialnih zavodov Slovenije, 2023). Telesno in duševno zdravje sta ključna elementa kakovosti življenja in kot taka zahtevata nadzor in upravljanje. Pred vstopom v sistem institucionalnega varstva je pomembno, da se pri starostniku poleg njegovega zdravstvenega stanja in funkcionalnih sposobnosti oceni še telesna gibljivost, tveganje padcev, psihično stanje, prisotnost bolečine itd. Po izdelavi individualnega načrta zdravstvene nege izvajalci zdravstvene nege starostnika usmerjajo, kako izboljšati kakovost življenja in aktivnosti samooskrbe (oblačenje, kopanje, hranjenje, osebna higiena), ga usmerjajo v aktivnosti v prostem času (npr. vaje za ohranjanje telesne aktivnosti) in v interakcijo z drugimi uporabniki doma. Obenem izvajalci zdravstvene nege želijo zmanjšati odvisnost starostnika od pomoči drugih z razvijanjem obstoječih veščin in učenjem novih sposobnosti s končnim ciljem izboljšanja kakovosti življenja starostnikov (Busby-Whitehead, et al., 2022).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 ZDRAVSTVENA NEGA V INSTITUCIONALNEM VARSTVU

Staranje prebivalstva je pojav, ki neizogibno spreminja zdravstveni sektor, v katerem so zlasti pomembni vidiki odzivnost zdravstvene nege, njihova organiziranost, razvoj posebnih in specialističnih področij ter naprednih oblik dela (Skela-Savič, 2014). Zdravstvena nega vključuje samostojno, soodvisno in kooperativno zdravljenje in sodelovanje s posamezniki vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo in krepitev zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike in menedžmenta zdravstvenih sistemov ter izobraževanje (Ovijač & Klemenc, 2022).

V obdobju starosti pride do pomembnega ireverzibilnega poslabšanja kognitivnih in telesnih sposobnosti, ki so posledica normalnega fiziološkega upada življenjskih funkcij, prisotnosti kroničnih bolezni oz. stanj ali kombinacije obojega (Wang, et al., 2020). Potrebno se je prilagoditi na spremenjen način življenja, kar v starosti predstavlja velik problem (Fink, et al., 2014). Zmanjšanje mišične moči in koordinacije spodnjih okončin, kar spremlja zmanjšana zanesljivost hoje in slabši nadzor ravnotežja, je posledica telesnega poslabšanja pri starostnikih. Skupaj z zmanjšanimi kognitivnimi funkcijami te okvare vodijo k večjemu tveganju za padce pri starejših. Neaktivnost naj bi bila dejavnik, ki pospešuje upad telesnih funkcij. Višja stopnja telesne dejavnosti zmanjša splošno obolevnost in umrljivost ter tveganje za padce med 30 % in 50 % (McGilton, et al., 2018; Thomas, et al., 2019).

Nadalje, kognitivni upad in blaga kognitivna motnja pri starejših zvišata tveganje za pojav demence. Zaenkrat zanjo še ni učinkovitega farmakološkega zdravljenja, dokazano pa je, da je telesna aktivnost eden najmočnejših varovalnih dejavnikov življenjskega sloga. Lautenschlager, et al. (2022) navajajo, da je vsaj 150 minut zmerne aerobne telesne aktivnosti na teden potrebno za podporo duševnega zdravja in preprečevanje poslabšanja

kognitivnega upada. Iz tega sledi, da je vključevanje v dejavnosti bistveno za človekovo dobro počutje, dobro počutje in blaginja pa sta temeljni človekovi pravici (Mihevc & Galof, 2022).

Velik vpliv na sprejemanje novega okolja za starostnika ima poleg družine tudi zdravstveno in ostalo osebje v domovih za starejše. Medicinske sestre menijo, da je zdravstvena nega pomembna potreba pacientov (Risling & Low, 2019). Torej, kako opolnomočiti paciente in njihove negovalce s pomočjo tehnik poučevanja za boljšo samooskrbo, je ključnega pomena za doseganje boljše zdravstvene nege (Schoberer, et al., 2016). Shun (2020) je v raziskavi ugotavljal vpliv notranje motivacije zaposlenih na kvaliteto pomoči starejšim. Boljša usposobljenost negovalcev je izboljšala kakovost oskrbe na domu. Na starostnika usmerjena zdravstvena nega temelji na usposabljanju oskrbovalcev, pridobivanju znanj in izboljšanju kompetenc za kvalitetno proaktivno zdravstveno nego in oskrbo starejših in pacientov s kroničnimi boleznimi.

### 2.1.1 Avtonomija in možnost izbire

Beseda avtonomija je grškega izvora. Veliki slovar tujk opredeljuje besedo »avtonomen« kot samostojen, samoupraven, neodvisen in delujoč z lastno zakonitostjo (Slovar tujk, 2023). Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Ovijač, et al., 2018) navaja: »Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe spoštujejo pravico pacienta do izbire in odločanja« ter »Pacientu, ki so mu bolezen ali drugi dejavniki začasno ali trajno zmanjšali sposobnost samooskrbe, nudijo možnost izbire v okviru njegovih sposobnosti, okoliščin in optimalnih možnosti. Pomagajo mu, da vzdržuje oziroma znova pridobi zanj najvišjo možno stopnjo avtonomije«. Zakon o pacientovih pravicah (2017) daje vsem prebivalcem možnost »vnaprej izražene volje«, vendar je, kar je zanimivo, ta institut v širši družbi in med zdravstvenimi delavci relativno malo izkoriščen (Ovijač & Klemenc, 2022).

Z odhodom v dom se marsikateri starostnik ne strinja. Veliko se jih oddalji od lastne družine in svojcev, saj jih imajo za krivce, ki so vplivali na to, da so sprejeli odločitev, ki je sami niso želeli (Macuh, 2017). Odhod v institucionalno varstvo starejši ljudje, ki živijo v urbanem okolju, doživljajo drugače kot starejši ljudje, ki živijo v ruralnem okolju. Bivanje v instituciji zmanjšuje svobodo in kontrolo nad življenjem starejših oseb, kar

lahko povečuje stopnjo odvisnosti. Okolje, v katerem je oseba že od otroštva, vsa doživetja, delo in prijatelji čez noč ostanejo le spomin. Ob namestitvi v institucijo se mora sprijazniti z vsem novim in se popolnoma prilagoditi na novo okolje in nove osebe. Pomembno je, da zaposleni starejšim osebam ob namestitvi prikažejo življenje v domu kot življenje velike družine, kjer lahko vsak posameznik najde svoje mesto, zaupanje in toplino (Hlebec, et al., 2014; Globokar, 2018).

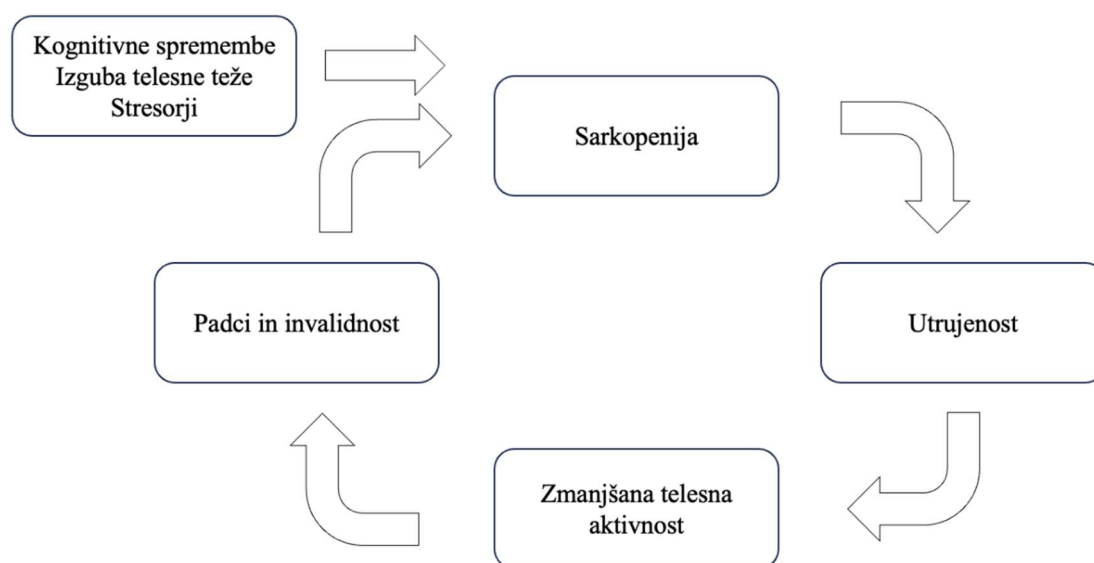
Mali, et al. (2018) so ugotovili, da je razmeroma visoka stopnja avtonomije pri zdravih, samostojnih stanovalcih, ki nimajo velikih kognitivnih ali fizičnih ovir. Na drugi strani je avtonomnosti za bolne, gibalno ovirane, stanovalce z demenco in kognitivnimi motnjami zelo malo ali je sploh ni. Opozarjajo tudi, da nadzor nad življenjem in avtonomnost predvidevata določeno stopnjo odločnosti in moči, da se v prelomnih trenutkih življenja oseba postavi zase. Stanovalcem v institucionalnem varstvu mora biti zagotovljena možnost, da so slišani in upoštevani, saj se s tem krepi njihova avtonomnost.

### 2.1.2 Dejavniki tveganj za upad sposobnosti samooskrbe

Kronične nenalezljive bolezni so po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2021) dolgotrajne s počasnim napredovanjem in/ali akutnimi izbruhi posameznih epizod. Med štiri najpogostejše oblike spadajo bolezni srca in ožilja, rak, kronične bolezni dihal (astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen – KOPB) in sladkorna bolezen. Kar 64,2 % Slovencev starih med 65 in 74 let ter 72 % Slovencev, ki so stari 75 let in več, ocenjuje, da ima dolgotrajne zdravstvene težave (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2019).

pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih dejavnosti. Zaradi tega se poveča krhkost in ranljivost starejših oseb. Na molekularne, celične, fiziološke in funkcionalne spremembe, ki pripeljejo do krhkosti, verjetno vplivajo genetski in okoljski dejavniki v kombinaciji z dejavniki Komorbidnost je opredeljena s prisotnostjo dveh ali več kroničnih bolezni. Invalidnost se nanaša na kronične omejitve ali odvisnost od drugih, ki povečujejo zunanje vplive z genetskim zapisom (Busby-Whitehead, et al., 2022).

Koncept cikla krhkosti postavlja vprašanje, ali lahko posameznik vstopi v cikel na kateri koli točki, ali pa obstaja urejen vzorec razvoja znakov in simptomov. Longitudinalna raziskava Soysal, et al. (2017) kaže na določen hierarhični vrstni red v tem, kako odrasli razvijejo šibkost, kljub heterogenosti začetnih simptomov. Avtorji navajajo, da je ravno krhkost najbolj zaznan dejavnik, ki postopoma pripelje do izgube sposobnosti samooskrbe. Cikel krhkosti je prikazan na sliki 1.



**Slika 1: Cikel krhkosti**

(Vir: Busby-Whitehead, et al., 2022)

Oliveira, et al. (2019) so v svoji raziskavi ocenjevali funkcionalno zmogljivost in opisali dejavnike, ki so bili povezani s funkcionalnim upadom pri starejših. Udeleženi je bilo 115 starejših, starih med 65 in 98 let. Večina jih je bila ovdovela. Ugotovljeno je bilo, da na upad samostojnosti pomembno vpliva starost. Pomembnih razlik med spoloma niso ugotovili. Upad sposobnosti je pokazal pomembno povezavo s padci. Rezultati raziskave opozarjajo predvsem na sprejetje strategij za preprečevanje funkcionalnega upada in ohranitev funkcionalne zmogljivosti. Poleg izobraževanja zaposlenih bi bilo koristno, da bi se v institucijah uporabljali varnostni ukrepi in ocenjevali kazalniki tveganj za padeč. Kapun (2020) je v svojem delu opisala model procesa samooskrbe pacienta s kronično nenalezljivo boleznijo. Proces samooskrbe je dnevna rutina vsakega posameznika, ki

spremlja delovanje in odzivanje lastnega telesa. V primeru KNB pa tako redno spremljanje delovanja lastnega telesa prinaša najboljše zdravstvene izide. Za optimalno učinkovitost posameznika pri procesu samooskrbe je pomembno, da obstaja zanesljiva metoda odkrivanja sprememb, da so spremembe klinično pomembne in da je na voljo ustrezen strokovni odziv. S pregledom literature so Abdi, et al. (2019) ugotovili, da so pri starejših ključne težave v zvezi s samooskrbo povezane z umivanjem, oblačenjem in odvajanjem. Navajajo, da so imele osebe z demenco že zgodaj težave s samooskrbo, čeprav so nekateri še poskušali opravljati določena opravila, ker so tako ohranjali avtonomijo in osebno integriteto. Za razliko od drugih vrst zmogljivosti imajo lahko osebe z nevrološkimi težavami slabši rezultat pri dnevnih aktivnostih. Spremembe v pozornosti, pri izvršilnih funkcijah, vizualno-prostorskih nalogah in spominu vplivajo na dnevne aktivnosti, sploh v kasnejših fazah demence (Abdi, et al., 2019).

V raziskavi, ki so jo izvedli na Norveškem, so proučili pet vrst tveganj, ki lahko vplivajo na upad samooskrbe (tveganje za padec, podhranjenost, polifarmacija, kognitivne motnje in zdravstveno stanje oziroma diagnoze). V raziskavo je bilo vključenih 166 starejših povprečne starosti 79 let, večinoma žensk. Od celotnega vzorca je 55 % vključenih poročalo o bolečini, 35 % je kazalo slabše počutje, 34 % je imelo slabše spanje, 24 % je bilo depresivnih, 52 % je imelo arterijsko hipertenzijo in 45 % je imelo hiperlipidemijo. Test kognitivnih sposobnosti je opravilo 106 udeležencev in pri 28 % je bilo ugotovljeno tveganje za kognitivne motnje (Fjell, et al., 2018).

Pri starostnikih se pojavlja tudi strah pred zadušitvijo ali padcem, kar pomembno vpliva na dnevne aktivnosti (prehranjevanje, gibanje), s tem pa tudi na slabšo samooskrbo (Mlinac, et al., 2016). Strokovnjaki opozarjajo na spremenljive dejavnike tveganja za upad samostojnosti, pri čemer je treba upoštevati trenutno stanje starejših, vključno z depresijo, bolečino, fizično aktivnostjo ali drugimi zdravstvenimi stanji. V veliki longitudinalni raziskavi odraslih starih več kot 50 let so Rist, et al. (2014) preučili učinke spremenljivih dejavnikov tveganja na upad samooskrbe (prehranjevanje, oblačenje, kopanje, gibanje, spanje) pri posameznikih z različnimi stopnjami kognitivnih motenj.

### 2.1.3 Podpora starejšim za ohranjanje sposobnosti samooskrbe

Temeljno izhodišče za obravnavo pacientov v zdravstveni negi mora biti spoštljiv odnos. Upoštevati je treba dejstvo, da osebe, ki so zbolele za KNB, prihajajo iz različnih okolij. Z vidika samooskrbe je bistveno, da čim dlje ohranjajo samostojnost in dnevno rutino, ki jim je poznana, ter ob stalnem vodenju in usmerjanju prejmejo toliko pomoči, kolikor je potrebno. Muhič (2018) izpostavlja, da je treba takšnim osebam dati možnost, da čimveč postorijo sami. Raziskava med medicinskimi sestrami v Združenem kraljestvu (Liu, et al., 2015), je razkrila pozitiven odnos do dela s starejšimi, pri čemer ugotavlja, da na odnos do starejših vplivajo splošni odnos do starejših, strah pred starostjo, vpliv zavezanosti zdravju. Negativni stereotipi o starejših s strani zdravstvenih delavcev ne odražajo le splošnega družbenega odnosa do starejših, temveč tudi pomanjkanje ozaveščenosti o starosti, staranju in demenci (Deasey, et al., 2014).

Učinkovita komunikacija s pacienti lahko močno izboljša kakovost oskrbe (Wanko Keutchafo, et al., 2020). Posebne komunikacijske veščine so ključne za dobro vodenje starostnikov, saj slednji slabše slišijo in imajo spremembe v pozornosti in razumevanju informacij. Avtorji ugotavljajo, da bi medicinske sestre morale dobro poznati starostnika, si vzeti čas zanj in z njim graditi terapevtski odnos (Busby-Whitehead, et al., 2022). Starostniki so namreč poročali, da ima omejen čas negativen vpliv na komunikacijo, kar se kaže v gestah razdražljivosti, ki so pri starostnikih povzročile zadrego, hitro govorjenje pa je bila dodatna komunikacijska ovira med medicinskimi sestrami in starostniki (Wanko Keutchafo, et al., 2020).

Posledica nezadostnega števila kadra v socialnih in zdravstvenih ustanovah je med drugim tudi pomanjkanje razumevanja do starejših oseb. Negovalni kader zaradi pomanjkanja časa pogosto prehitro nudi pomoč in tako stanovalcu odvzame možnost samostojne skrbi zase in svoje okolje. Pomanjkanje spodbud za ohranitev funkcionalnih sposobnosti namreč pri starostnikih povzroči zmanjšanje samostojnosti, kar negativno vpliva na kakovost življenja (Pap, et al., 2015). Pap, et al. (2015) navajajo tudi, da počutje stanovalcev domov za starejše delno pogojujejo tudi odnosi med stanovalci domov in zaposlenim osebjem ter tudi dolžina bivanja starostnika v instituciji. Prav tako je treba starejše osebe spodbujati pri ohranjanju stikov z družino in prijatelji.



Glede na zgoraj napisano smo v diplomskem delu želeli raziskati in opredeliti, kakšno je mnenje izvajalcev zdravstvene nege v domu starejših občanov glede tveganj v zdravstveni negi za upad sposobnosti samooskrbe starejših oseb ter vpliva različnih aktivnosti na preprečevanje le-tega.

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil skozi percepcijo zdravstvenih delavcev ugotoviti pojavnost dejavnikov tveganj v zdravstveni negi za upad sposobnosti samooskrbe pri starejših v instituciji in oceniti njihovo povezanost z ne-zdravstvenimi dejavniki, kot so: avtonomija, socialni stiki, ekonomsko stanje in vključevanje v družabne aktivnosti v instituciji.

Cilji diplomskega dela so:

C1: Ugotoviti dejavnike tveganj v zdravstveni negi in oskrbi, ki učinkujejo na sposobnosti samooskrbe starejših v institucionalnem varstvu.

C2: Ugotoviti pomen dejavnikov tveganj v povezavi z avtonomijo, socialnimi stiki, ekonomskim stanjem in družabnimi aktivnostmi v instituciji.

C3: Ugotoviti pomen aktivnosti in/ali intervencije zdravstvene nege, kot so svetovanje, podpora, odnosi in komunikacija, na sposobnost samooskrbe starejših v institucionalnem varstvu.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V skladu z opredeljenimi cilji diplomskega dela smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja (RV):

RV1: Kateri dejavniki tveganj v zdravstveni negi in oskrbi učinkujejo na sposobnosti samooskrbe starejših v institucionalnem varstvu?

RV2: Kako so dejavniki tveganj povezani z avtonomijo, socialnimi stiki, ekonomskim stanjem in družabnimi aktivnostmi v instituciji?

RV3: Kakšen pomen imajo aktivnosti in/ali intervencije ZN, kot so svetovanje, podpora, odnosi in komunikacija, na sposobnosti samooskrbe v instituciji?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Diplomsko delo je temeljilo na pregledu obstoječe literature in kvantitativni raziskavi. Slednja je temeljila na neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja, pri čemer so se podatki zbirali s pomočjo anonimne ankete, ki je bila oblikovana za potrebe raziskave.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

S kvantitativno neeksperimentalno metodo zbiranja podatkov in tehniko anketiranja smo s pomočjo vnaprej pripravljenega nestandardiziranega vprašalnika ocenili tveganja v zdravstveni negi za upad sposobnosti samooskrbe starejše osebe v institucionalnem varstvu. Vprašalnik smo po potrjeni dispoziciji na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela in na senatu Fakultete za zdravstvo Angele Boškin poslali vodjem zdravstvene nege v dveh domovih za starejše občane in zaprosili za sodelovanje. Pozitiven odziv je bil v obliki ustnega soglasja; nato smo dostop do anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali v spletni aplikaciji 1KA, poslali vodji posamezne institucije preko elektronske pošte, saj ta način zbiranja podatkov zagotavlja največ anonimnosti. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno. Vprašalnik je bil namenjen zaposlenim v zdravstveni negi in oskrbi v institucionalnem varstvu.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Instrument smo oblikovali na osnovi pregledane strokovne in znanstvene literature (Fink, 2014; Hugo & Gaugli, 2014; Fiell & Cronfach, 2018; Oliveira, et al., 2019; Shun, 2020; Riegel, et al., 2021).

Vprašalnik je bil sestavljen iz treh tematsko različnih delov, in sicer: v prvem delu je bilo devet trditev, ki so se nanašale na dejavnike tveganj za izgubo samostojnosti (bolezni, psihične motnje, sindromi, bolečina, jemanje zdravil, kognitivne sposobnosti, ohranjena aktivnost spanja in počitka); v drugem delu je bilo prav tako devet trditev, od tega smo s pomočjo prvih petih zajeli učinek socialnih stikov, ekonomskega stanja, avtonomije in dolžine bivanja v domu na sposobnost samooskrbe starejših oseb v institucionalnem

varstvu, ostale štiri trditve pa so se nanašale na delo s starostniki v organizaciji in so zajemale komunikacijo, podporo, svetovanje in kadrovske normative. Tretji del vprašalnika je vseboval demografske podatke o anketirancih (spol, starost, izobrazba, delovne izkušnje in dodatna izobraževanja). Trditve iz prvega in drugega dela vprašalnika so bile ovrednotene s petstopenjsko Likertovo lestvico, v kateri je pomenilo: 1 – trditev nima učinka, 2 – ima manjši vpliv, 3 – ima zmeren vpliv, 4 – ima pomemben vpliv, 5 – ima zelo pomemben vpliv.

Z izračunom koeficienta Cronbach alfa smo preverili zanesljivost vprašalnika. Zanesljivost vprašalnika je boljša, ko je koeficient Cronbach alfa bliže vrednosti števila 1 (Kim, et al., 2022). Zanesljivost vprašalnika je slaba, če je koeficient manjši od 0,60, vprašalnik je zmerno zanesljiv, če je vrednost med 0,60 in 0,80, in zelo zanesljiv, če je vrednost koeficienta 0,80 ali več (Kim, et al., 2022). Na podlagi vrednosti Cronbach alfa koeficienta sklepamo, da je naš vprašalnik zelo zanesljiv, saj je pri obeh sklopih trditev vrednost Cronbach alfa koeficienta večja kot 0,80 (tabela 1).

**Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika**

Lestvica iz posameznega sklopa	Število trditev	Cronbach Alfa
Dejavniki tveganja, ki vplivajo na samostojnost starejših pri samooskrbi	9	0,877
Pomen aktivnosti na sposobnost samooskrbe	9	0,907

### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo za ciljno populacijo izbrali zaposlene v zdravstveni negi in oskrbi v institucionalnem varstvu (diplomirane medicinske sestre, medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege, bolničarji, oskrbovalci). Glede na število zaposlenih v institucionalnem varstvu smo pričakovali 120 rešenih vprašalnikov. Zbrali smo skupno 73 izpolnjenih vprašalnikov, ki smo jih vključili v nadaljnjo analizo. Realizacija vzorca je bila 60,8 %.

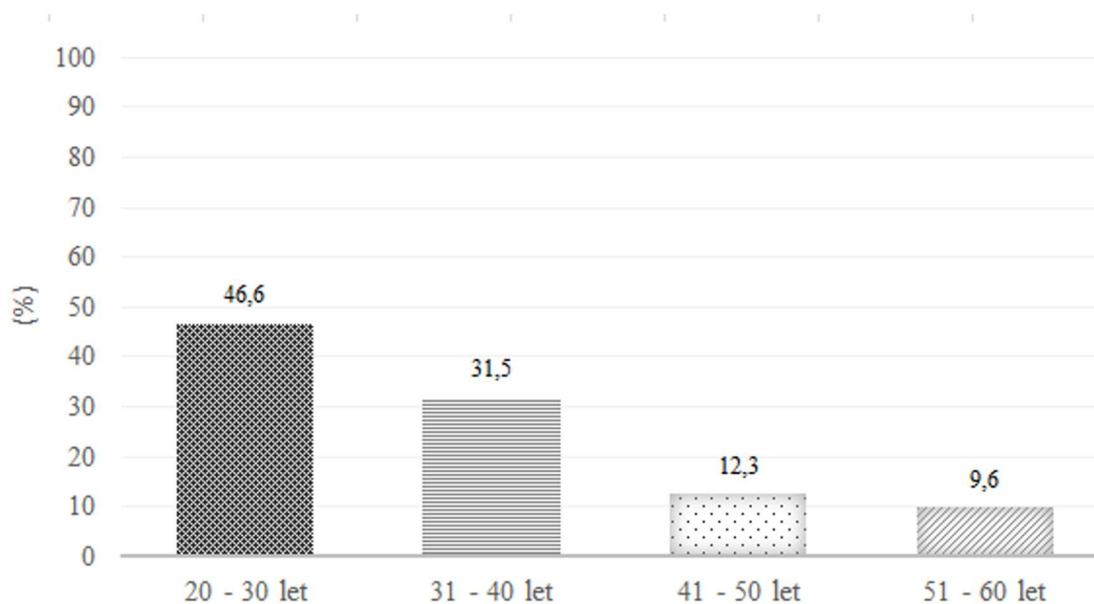
**Tabela 2: Demografski podatki anketiranih**

	n = 73	%
<b>Spol</b>		
Ženski	67	91,8
Moški	6	8,2
<b>Izobrazba</b>		
Bolničar – negovalec	23	31,5
Srednja medicinska sestra	27	37,0
Diplomirana medicinska sestra	21	28,8
Magister/magistra	2	2,7
Doktorat	0	0,0
<b>Udeležba na dodatnih strokovnih izobraževanjih za delo s starejšimi izven institucije</b>		
Da	47	64,4
Ne	26	35,6

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

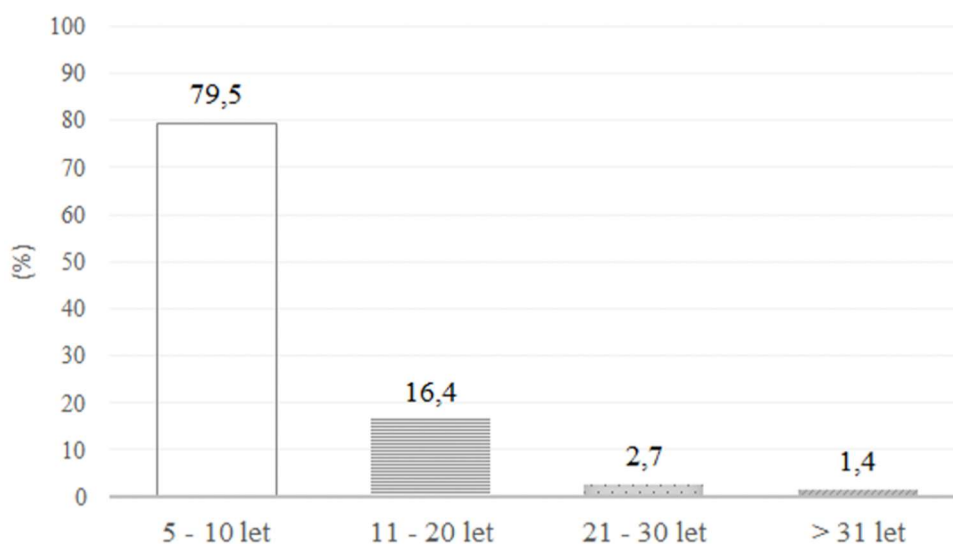
Tabela 2 prikazuje demografske podatke anketiranih. V raziskavi je sodelovalo 67 (91,8 %) žensk in 6 (8,2 %) moških. Glede na izobrazbo smo v vzorcu zajeli največ srednjih medicinskih sester (n = 27; 37,9 %), nekoliko manj bolničarjev – negovalcev (n = 23; 31,5 %) in diplomiranih medicinskih sester (n = 21; 28,8 %). Najmanj je bilo vključenih z doseženo stopnjo izobrazbe magisterij (n = 2; 2,7 %). Noben izmed anketirancev ni imel zaključenega doktorata (n = 0; 0,0 %).

Nadalje nas je zanimala starost anketiranih. Slika 2 prikazuje razdelitev anketirancev glede na starostne skupine.

**Slika 2: Starost anketiranih**

Kot je razvidno s slike 2, je bil največji delež anketirancev v starostni skupini 20–30 let ( $n = 34$ ; 46,6 %), najmanj pa jih je bilo v starostni skupini 51–60 let ( $n = 7$ ; 9,6 %).

Delovno dobo anketiranih smo prikazali na sliki 3.



**Slika 3: Delovna doba anketiranih**

Največji delež anketiranih je imel 5–10 let delovne dobe ( $n = 58$ ; 79,5 %). Dva anketiranca sta imela 21–30 let delovne dobe in le eden ( $n = 1$ ; 1,4 %) 31 let ali več (slika 3).

#### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli po potrjeni dispoziciji diplomskega dela. Podatke smo zbirali v Domu starejših Škofljica in Domu starejših Črni Vrh. Za soglasje smo zaprosili vodstvo zavoda. Vse vodje enot smo obvestili o namenu in temi diplomskega dela. Sodelovali so lahko vsi, ki so bili v času raziskave zaposleni v neposredni zdravstveni negi in oskrbi (ZNO) v domu za starejše občane, starejši od 18 let, z najmanj tremi meseci delovne dobe in z razumevanjem slovenskega jezika v pisni in ustni obliki.

Dostop do vprašalnika, ki smo ga oblikovali v spletni aplikaciji IKA, smo poslali vodjem zdravstvene nege v dveh domovih za starejše občane. Upoštevali smo vsa etična načela

Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2018) ter anonimnost in zaupnost sodelujočih v anketnem vprašalniku. Zbiranje podatkov je potekalo od 1. 2. 2023 do 31. 3. 2023. Anketirance smo seznanili z možnostjo zavrnitve sodelovanja brez kakršnihkoli posledic in jim zagotovili popolno anonimnost. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno. Za vse sodelujoče, ki so vrnilo vprašalnik, smo sklepali, da se strinjajo s sodelovanjem v raziskavi.

Podatke, ki smo jih pridobili z anketiranjem, smo uredili s pomočjo programa Microsoft Office Excel 2013 in jih statistično analizirali z računalniškim programom IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0 (IBM Corp., NY). Temu je sledila ustrezna interpretacija rezultatov. Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo deskriptivne statistike, zanimali so nas naslednji rezultati: frekvence in pripadajoči odstotki, povprečne vrednosti (PV), minimum (min) in maksimum (max) in standardni odkloni (SO) odgovorov.

Od metod bivariatne statistike smo povezanost iskali s korelacijsko analizo (Pearsonov koeficient korelacije), razlike pa s t-testom za en samostojni vzorec. Upoštevali smo stopnjo značilnosti pri vrednosti  $p = 0,05$ . Rezultate smo podali v obliki tabel in slik. Upoštevali smo le veljavne odgovore na zastavljena vprašanja, neveljavne in manjkajoče odgovore smo izločili iz statističnih analiz in obdelave podatkov.

### 3.4 REZULTATI

Najprej bomo predstavili mnenje anketiranih glede dejavnikov tveganj v zdravstveni negi in oskrbi, ki pomembneje učinkujejo na sposobnosti samooskrbe starejših v institucionalnem varstvu. Rezultati so prikazani v tabeli 3.

**Tabela 3: Dejavniki tveganja, ki učinkujejo na samostojnost starejših pri samooskrbi**

Trditve	n	min	max	PV	SO
Multimorbidnost ali prisotnost več bolezni hkrati (diabetes, srčno-žilne bolezni, Parkinson)	79	1	5	4,07	0,93

Trditve	n	min	max	PV	SO
Psihične motnje (demenca, depresija, blodnje)	79	1	5	4,63	0,64
Padci in posledice povezane s padci (nezmožnost hoje, gibanja)	79	1	5	4,39	0,89
Inkontinenca za urin in/ali blato	79	1	5	3,81	1,01
Okvare čutil (sluh, vid)	79	1	5	3,93	1,03
Prisotnost bolečine	79	1	5	3,89	0,90
Polifarmacija (jemanje večjega števila zdravil)	79	1	5	3,45	1,03
Ohranjene kognitivne sposobnosti (spomin, presoja)	79	1	5	4,05	0,90
Ohranjena aktivnost spanja in počitka (nočno spanje, dnevni počitek)	79	1	5	3,77	0,98

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Iz tabele 3 je razvidno, da so anketiranci kot največji dejavnik tveganja, ki učinkuje na samostojnost starejših pri samooskrbi, navedli psihične motnje starejših, kot so demenca, depresija, blodnje (PV = 4,63; SO = 0,64). Z visoko povprečno oceno (PV = 4,39; SO = 0,89) so ocenili tudi padce in posledice povezane s padci, kot so nezmožnost hoje in gibanja. Po mnenju izvajalcev zdravstvene nege sledijo dejavniki tveganja: multimorbidnosti ali prisotnost več bolezni hkrati, kot so diabetes, srčno-žilne bolezni in Parkinson (PV = 4,07; SO = 0,93) in ohranjenost kognitivnih sposobnosti (PV = 4,05; SO = 0,90). Kot najmanj pomembne dejavnike tveganja, ki vplivajo na samostojnost starejših v institucionalni oskrbi, so anketiranci navedli ohranjeno aktivnost spanja in počitka (PV = 3,77; SO = 0,98) in polifarmacijo oz. jemanje večjega števila zdravil (PV = 3,45; SO = 1,03). Polifarmacija je bila po mnenju anketirancev dejavnik, ki ima najmanjši vpliv na samostojnost starejših pri samooskrbi, medtem ko so psihične motnje bile ocenjene kot najbolj pomemben dejavnik tveganja.

V nadaljevanju bomo predstavili mnenje anketiranih glede dejavnikov tveganj in kako so ti povezani z avtonomijo, socialnimi stiki, ekonomskim stanjem in družabnimi aktivnostmi v instituciji. Rezultate prikazuje tabela 4.

**Tabela 4: Pomen dejavnikov življenja v domu, ki vplivajo na sposobnost samooskrbe**

Trditve	n	min	max	PV	SO
Ohranjeni stiki z družino in bližnjimi	79	1	5	4,23	0,92
Ekonomsko stanje starejših (pokritje oskrbnine)	79	1	5	3,96	0,89
Zagotavljanje avtonomije in neodvisnosti (odločanje o sebi in oskrbi)	79	1	5	4,09	1,03



Trditve	n	min	max	PV	SO
Dolžina bivanja v instituciji (od sprejema v letih)	79	1	5	3,58	1,08
Organizacija	79	1	5	3,86	0,97

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Iz tabele 4 lahko razberemo, da so anketiranci najvišjo povprečno oceno navedli pri trditvi »ohranjeni stiki z družino in bližnjimi (svojci in prijatelji)« (PV = 4,23; SO = 0,92). Z nekoliko nižjo povprečno oceno so anketiranci ocenili trditev »Zagotavljanje avtonomije in neodvisnosti (odločanje o sebi in oskrbi)« (PV = 4,09; SO = 1,03). Dejavniki, ki po mnenju anketirancev manj učinkujejo na sposobnost samooskrbe starejših oseb v institucionalnem varstvu, so: »Ekonomsko stanje starejših (pokritje oskrbnine)« (PV = 3,96; SO = 0,89), »Organizacija družabnih aktivnosti v instituciji« (PV = 3,86; SO = 0,97) in »Dolžina bivanja v instituciji« (PV = 3,58; SO = 1,08).

V nadaljevanju bomo prikazali ocene anketirancev glede pomena intervencij zdravstvene nege, kot so svetovanje, podpora, odnosi in komunikacija, za sposobnosti samooskrbe starejših v instituciji.

**Tabela 5: Povprečja ocen intervencij zdravstvene nege, ki vplivajo na sposobnosti samooskrbe**

Trditve	n	min	max	PV	SO
Odnosi in komunikacija v timu in instituciji	79	1	5	4,12	1,04
Podpora starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih (spodbuda, obnova aktivnosti, učenje)	79	1	5	4,24	1,23
Svetovanje in pomoč starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih (usmerjanje, nasveti, vodenje, direktna pomoč)	79	1	5	4,64	0,34
Kadrovski normativi v instituciji (premalo osebja, kompetence)	79	1	5	4,61	0,39

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Iz tabele 5 je razvidno, da so anketiranci najvišjo povprečno oceno navedli pri aktivnosti »Svetovanje in pomoč starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih (usmerjanje, nasveti, vodenje, direktna pomoč)« (PV = 4,64; SO = 0,34). Naslednja, prav tako visoko ocenjena aktivnost, ki po mnenju anketirancev učinkuje na sposobnost samooskrbe, je bila »Kadrovski normativi v instituciji (premalo osebja, kompetence)« (PV = 4,61; SO = 0,39). Z nekoliko nižjo povprečno oceno (PV = 4,24; SO = 1,23) je bila ocenjena aktivnost

»Podpora starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih (spodbuda, obnova aktivnosti, učenje)«. Z najnižjo povprečno oceno so anketiranci ocenili trditev »Odnosi in komunikacija v timu in instituciji« (PV = 4,12; SO = 1,04).

V nadaljevanju bomo odgovorili na raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili v podpoglavju 3.2. Prvo raziskovalno vprašanje se je glasilo: Kateri dejavniki tveganj v zdravstveni negi in oskrbi učinkujejo na sposobnosti samooskrbe starejših v institucionalnem varstvu?

Testno povprečje smo določili pri oceni 4 – ima pomemben vpliv.

**Tabela 6: Učinek dejavnikov tveganja na zmožnost samooskrbe starejših občanov**

Trditve	PV	SO	t	p
Multimorbidnost ali prisotnost več bolezni hkrati (diabetes, srčno-žilne bolezni, Parkinson)	4,07	0,93	0,725	0,470
Psihične motnje (demenca, depresija, blodnje)	4,63	0,64	8,734	< <b>0,001</b>
Padci in posledice povezane s padci (nezmožnost hoje, gibanja)	4,39	0,89	3,886	< <b>0,001</b>
Inkontinenca za urin/ in ali blato	3,81	1,01	1,665	0,100
Okvare čutil (sluh, vid)	3,93	1,03	0,546	0,586
Prisotnost bolečine	3,89	0,90	1,000	0,320
Polifarmacija (jemanje večjega števila zdravil)	3,45	1,03	4,673	< <b>0,001</b>
Ohranjene kognitivne sposobnosti (spomin, presoja)	4,05	0,90	0,498	0,620
Ohranjena aktivnost spanja in počitka (nočno spanje, dnevni počitek)	3,77	0,98	2,053	<b>0,043</b>

Legenda: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test za en vzorec; p = statistična značilnost

Iz tabele 6 izhaja, da so anketiranci kot pomembne dejavnike tveganja, ki so statistično značilni, izpostavili naslednje: »Psihične motnje (demenca, depresija, blodnje)« (t = 8,734; p < 0,001) in »Padci in posledice povezane s padci (nezmožnost hoje, gibanja)« (t = 4,390; p < 0,001). Dejavniki tveganja, ki so bili statistično značilno pod testnim povprečjem (PV = 4), so bili: »Ohranjena aktivnost spanja in počitka (nočno spanje, dnevni počitek)« (t = 2,053; p = 0,043) in »Polifarmacija (jemanje večjega števila zdravil)« (t = 4,673; p < 0,001).

V drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo: Kako so dejavniki tveganj povezani z avtonomijo, socialnimi stiki, ekonomskim stanjem in družabnimi aktivnostmi v instituciji?

Povezavo med dejavniki tveganja in socialnimi stiki starejših oseb, njihovim ekonomskim stanjem, zagotavljanjem avtonomije in neodvisnosti ter družabnimi aktivnostmi v instituciji smo prikazali v tabeli 7.

**Tabela 7: Povezava med dejavniki tveganj in avtonomijo, socialnimi stiki, ekonomskim stanjem in družabnimi aktivnostmi v instituciji**

Trditve		Socialni stiki	Ekonomsko stanje	Avtonomija	Družabne aktivnosti
Multimorbidnost	r	-0,279	<b>-0,418</b>	-0,368	<b>-0,409</b>
	p	0,013	< 0,001	0,001	< 0,001
Psihične motnje (demenca, depresija ...)	r	-0,381	<b>-0,419</b>	-0,263	<b>-0,471</b>
	p	0,001	< 0,001	0,019	< 0,001
Padci in posledice	r	-0,201	<b>-0,464</b>	-0,309	<b>-0,490</b>
	p	0,076	< 0,001	0,006	< 0,001
Inkontinenca za urin in/ali blato	r	-0,350	-0,330	-0,287	-0,325
	p	0,002	0,003	0,010	0,004
Okvare čutil (sluh, vid)	r	-0,395	<b>-0,413</b>	-0,272	<b>-0,530</b>
	p	< 0,001	< 0,001	0,015	< 0,001
Prisotnost bolečine	r	-0,307	-0,392	<b>-0,467</b>	<b>-0,512</b>
	p	0,006	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Polifarmacija	r	-0,267	-0,364	<b>-0,432</b>	<b>-0,460</b>
	p	0,017	0,001	< 0,001	< 0,001
Ohranjene kognitivne sposobnosti	r	0,325	0,334	<b>0,519</b>	<b>0,534</b>
	p	0,003	0,003	< 0,001	< 0,001
Ohranjena aktivnost spanja	r	0,369	<b>0,453</b>	<b>0,615</b>	<b>0,515</b>
	p	0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

**Legenda:** r = Pearsonov korelacijski koeficient; p = statistična značilnost

Pomembno povezavo smo ugotovili pri naslednjih dejavnikih tveganja in aktivnostmi: povezavi med multimorbidnostjo starejše osebe v institucionalnem varstvu in njenim ekonomskim stanjem ( $r = -0,418$ ;  $p < 0,001$ ) ter družabnimi aktivnostmi ( $r = -0,409$ ;  $p < 0,001$ ) sta statistično značilni, negativno usmerjeni in pomembne moči; povezavi med psihičnimi motnjami starejše osebe v institucionalnem varstvu in njenim ekonomskim stanjem ( $r = -0,419$ ;  $p < 0,001$ ) ter družabnimi aktivnostmi ( $r = -0,471$ ;  $p < 0,001$ ) sta statistično značilni, negativno usmerjeni in pomembne moči; povezavi med padci starejše osebe v institucionalnem varstvu in njenim ekonomskim stanjem ( $r = -0,464$ ;  $p < 0,001$ ) ter družabnimi aktivnostmi ( $r = -0,490$ ;  $p < 0,001$ ) sta statistično značilni, negativno

usmerjeni in pomembne moči; povezavi med okvaro čutil starejše osebe v institucionalnem varstvu in njenim ekonomskim stanjem ( $r = -0,413$ ;  $p < 0,001$ ) ter družabnimi aktivnostmi ( $r = -0,530$ ;  $p < 0,001$ ) sta statistično značilni, negativno usmerjeni in pomembne moči. Med prisotnostjo bolečine in avtonomijo se je pokazala statistično značilna povezava, negativno usmerjena in pomembne moči ( $r = -0,467$ ;  $p < 0,001$ ), enako tudi med prisotnostjo bolečine in družbenimi aktivnostmi ( $r = -0,512$ ;  $p < 0,001$ ). Med polifarmacijo in avtonomijo se je pokazala statistično značilna povezava, negativno usmerjena in pomembne moči ( $r = -0,432$ ;  $p < 0,001$ ), kot tudi med polifarmacijo in družbenimi aktivnostmi ( $r = -0,460$ ;  $p < 0,001$ ). Povezava med inkontinenco za urin in/ali blato in socialnimi stiki ( $r = -0,350$ ;  $p = 0,002$ ), ekonomskim stanjem ( $r = -0,330$ ;  $p = 0,003$ ), avtonomijo ( $r = -0,287$ ;  $p = 0,010$ ) in družabnimi aktivnostmi ( $r = -0,325$ ;  $p = 0,004$ ) je bila negativno usmerjena, statistično značilna, vendar nizke moči ( $0,2 \leq r < 0,4$ ). Povezavi med ohranjenimi kognitivnimi sposobnostmi starejše osebe v institucionalnem varstvu in avtonomijo ( $r = 0,519$ ;  $p < 0,001$ ) ter družabnimi aktivnostmi ( $r = 0,534$ ;  $p < 0,001$ ) sta bili statistično značilni, pozitivno usmerjeni in pomembne moči. Povezave med ohranjeno sposobnostjo spanja starejše osebe v institucionalnem varstvu in ekonomskim stanjem ( $r = 0,453$ ;  $p < 0,001$ ), avtonomijo ( $r = 0,635$ ;  $p < 0,001$ ) ter družabnimi aktivnostmi ( $r = 0,515$ ;  $p < 0,001$ ) so bile statistično značilne, pozitivno usmerjene in pomembne moči (tabela 7).

V zadnjem, tretjem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo: Kakšen pomen imajo aktivnosti in/ali intervencije ZN, kot so svetovanje, podpora, odnosi in komunikacija, na sposobnosti samooskrbe v instituciji?

Testno povprečje smo določili pri 4 (ima pomemben pomen). Rezultate smo prikazali v tabeli 8.

**Tabela 8: Učinek aktivnosti in/ali intervencij na sposobnost samooskrbe v instituciji**

Trditve	PV	SO	t	p
Odnosi in komunikacija v timu in instituciji	4,12	1,04	0,976	0,332
Podpora starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih (spodbuda, obnova aktivnosti, učenje)	4,24	1,23	1,735	0,087

Trditve	PV	SO	t	p
Svetovanje in pomoč starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih (usmerjanje, nasveti, vodenje, direktna pomoč)	4,64	0,34	6,142	< 0,001
Kadrovski normativi v instituciji (premalo osebja, kompetence)	4,61	0,94	5,749	< 0,001

Legenda: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test za en vzorec; p = statistična značilnost

Iz tabele 8 lahko razberemo, da sta dve aktivnosti statistično značilno nad testnim povprečjem, ki smo ga določili pri PV = 4, in sicer aktivnost »Svetovanje in pomoč starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih v obliki usmerjanja, nasvetov, vodenja ali direktne pomoči« (t = 6,142; p < 0,001) in »Kadrovski normativi v instituciji (premalo osebja, kompetence)« (t = 5,749; p < 0,001). S tem potrdimo predpostavko, da je povprečna ocena (PV = 4) pomena aktivnosti in intervencij nad 4 pri statistični značilnosti p < 0,001.

### 3.5 RAZPRAVA

Ohranjanje samostojnosti in neodvisnosti starostnikov pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti v institucionalnem okolju zahteva na osebo osredotočeno zdravstveno nego, ki upošteva potrebe in lahko opolnomoči starejše za samooskrbo. Dnevne življenjske dejavnosti so tiste aktivnosti, ki jih vsakodnevno izvajamo in jih nujno vzdržujemo za funkcioniranje našega organizma – to so oblačenje, slačenje, izločanje, hranjenje itd. Življenjske aktivnosti tekom življenja zdrav človek relativno dobro obvladuje in jim pridaja prioritete glede na zdravje, situacijo in ohranjene sposobnosti. Starost spremljajo določene bolezni in motnje, ki za krajši ali daljši čas ovirajo izvajanje nekaterih življenjskih aktivnosti. Starostniki doživljajo zdravstvene težave na več področjih, vključno s fiziološkim, fizičnim, psihokognitivnim in socialnim, kar posledično zmanjšuje njihovo sposobnost premagovanja stresnih dražljajev zaradi akutnih in kroničnih bolezni (Guo, et al., 2017; Lee, et al., 2022). O tej tematiki je bilo izvedenih že veliko raziskav, ker upad sposobnosti samooskrbe in krhkost starostnikov predstavlja velik javnozdravstveni problem in veliko finančno breme za državo, saj ti posamezniki zahtevajo kontinuirano zdravstveno oskrbo (Hoogendijk, et al., 2016; Mlinac & Feng, 2016; Yusif, et al., 2016; Lee, et al., 2022).

Riegel, et al. (2021) so v raziskavi ugotovili, da na vpliv samooskrbe delujejo najrazličnejši dejavniki (finančne skrbi, ekonomske stiske), ki so vir stresa in lahko vplivajo tudi na samooskrbo. Osredotočeni so bili tudi na učinke čustev in razpoloženskih stanj (depresija, anksioznost ...), na osebnostne lastnosti, socialni status in klinične dejavnike. Skupina starejših, pri katerih je bila ugotovljena nižja sposobnost samooskrbe, so tisti, ki imajo več kroničnih bolezni (Forman, et al., 2018). Klinična depresija in njeni simptomi povečajo zahtevnost oskrbe in s tem motijo dobro samooskrbo (Božič, 2015; Birk, et al., 2019). Demenca in slabša kognitivna sposobnost vplivata na slabšo samooskrbo starejših (Hugo & Ganugli, 2014; Žakelj, et al., 2020). Raziskava, izvedena na 120 ljudeh, od tega je bilo 39,4 % moških in 60,6 % žensk starih povprečno 71,4 leta s kronično boleznijo, je pokazala, da KNB ogrožajo aktivnosti v vsakdanjem življenju. Prav tako Parkinsonova bolezen in bolezen raka (Lini, et al., 2020). Raziskava pri pacientih z diagnozo sladkorne bolezni, med njimi je bilo 26,6 % upokojenih starejših, je v nasprotju s predhodnimi trditvami prinesla pomemben zaključek, da večina ni imela večjih težav pri samooskrbi (Teston, et al., 2018).

Rezultati naše raziskave se skladajo z rezultati avtorjev, ki navajajo, da so starost, poslabšanje kroničnih bolezni in stres ob preselitvi v institucijo pomembni dejavniki, ki prispevajo k izgubi sposobnosti za ohranjanje samostojnosti pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti. V naši raziskavi so anketiranci kot dejavnike, ki ovirajo sposobnost samooskrbe starejših oseb v institucionalnem varstvu, najvišje ocenili psihične motnje (demenca, kognitivne motnje) in padce s posledicami. Avtorji Mlinac (2016) in Abdi, et al. (2019) navajajo, da osebe z demenco v določeni fazi hitro izgubijo sposobnost samooskrbe, zato potrebujejo več pomoči pri izvajanju življenjskih aktivnosti. Izkušnje iz prakse v institucionalnem varstvu potrjujejo trditev, da osebe z demenco prihajajo v oskrbo, kadar oskrba v domačem okolju postane prezahtevna in neizvedljiva. Drug razlog za institucionalizacijo vidimo tudi takrat, ko je proces demence v že zelo napredovani fazi, kjer je upad sposobnosti močno izražen. Čeprav nismo ugotovili večjega pomena multimorbidnosti in polifarmacije, pa v praksi opažamo, da se s poslabšanjem drugih sočasnih bolezni poslabša tudi demenca. Vemo tudi, da je pri demenci zaradi kognitivnih sprememb komunikacija precej omejena, zato je razumevanje situacij in okolja povsem neustrezno.

Drug pomemben dejavnik, ki negativno učinkuje na sposobnost samooskrbe, so po oceni anketirancev padci in posledice padcev. Padci imajo lahko pri starostnikih resne posledice, ki so kombinacija notranjih (zdravstveno stanje) in zunanjih dejavnikov (okolje). Starostniki so podvrženi naravnemu propadanju strukture tkiv in slabšanju fiziološkega delovanja različnih sistemov, kar lahko povzroči predvsem šibkost spodnjih okončin. Dejavniki tveganja za padce pri tej populaciji so tudi večsistemski zapleti starejših, kot so kardiovaskularne in cerebrovaskularne bolezni, sladkorna bolezen, duševne motnje, siva mrena, okvare sluha in dolgotrajna uporaba različnih zdravil (Žakelj, et al., 2020; Zhou, et al., 2021). Tudi v drugih raziskavah so opredelili padce in posledice padcev kot največji dejavnik tveganja za samooskrbo starejših (Zhang, et al., 2019; dos Santos, et al., 2020; Marmamula, et al., 2020; Zhou, et al., 2021). Rezultati naše raziskave so v skladu s raziskavo Marmamula, et al. (2020), v kateri so avtorji kot največji dejavnik tveganja za zmanjšanje sposobnosti samooskrbe prav tako navedli padce in posledice padcev, katerim sledijo duševne motnje. Dodatno so v raziskavi izpostavili depresijo, za katero domnevajo, da sploh pri starostnikih s težjo obliko depresije učinkuje na zmanjšano oz. omejeno mobilnost in s tem posledično manjše tveganje za padce in sposobnost samooskrbe (Marmamula, et al., 2020). Rehabilitacija starostnikov po padcu je pogosto neučinkovita in tako starostnik ostane na postelji ali invalidskem vozičku z omejeno mobilnostjo, kar je neposredno povezano s sposobnostmi samooskrbe starejše osebe v institucionalnem varstvu.

Rezultati so pokazali tudi, da je bila prisotnost dejavnikov tveganja (multimorbidnost, psihične motnje, padci, inkontinenca, okvara čutil, prisotnost bolečine in polifarmacija) negativno in pomembno povezana z avtonomijo starostnika, njegovimi socialnimi stiki, ekonomskim stanjem in udeleževanjem na družabnih aktivnostih v instituciji. Telesno dejavnost je treba pri starostnikih spodbujati, saj zmanjšanje telesne in socialne aktivnosti pri starejših ljudeh negativno učinkuje na proces staranja, povzroča ali povečuje trpljenje posameznika, njegove družine in prijateljev (Reis, et al., 2016). S temi ugotovitvami se strinjamo, saj aktivne in relativno zdrave starejše osebe ohranjajo vitalno kondicijo tako, da aktivno sodelujejo pri organizaciji in izvedbi družabnih in interesnih dogodkov in dejavnosti v instituciji. Tisti starostniki, ki zaradi svoje oviranosti niso sposobni sodelovanja, so zadovoljni s povabilom in pasivno udeležbo na takšnih družabnih

aktivnostih v instituciji. Ne glede na to, ali aktivno ali le pasivno sodelujejo, pri starejših osebah družabni dogodki in aktivnosti vzbudijo prijetne spomine na življenje doma in aktivirajo notranje moči za iskanje smisla in upanja.

Dolžina bivanja v instituciji, ob vseh zunanjih in notranjih dejavnikih, prispeva k izgubi sposobnosti samooskrbe. Starostniki ob prihodu v institucijo običajno skušajo ohraniti svojo identiteto tudi tako, da živijo samostojno in neodvisno življenje. Kronični bolezenski procesi, krhkost, kopičenje nastalih poškodb tkiv in organov lahko zelo hitro spremenijo zdravstveno stanje in s tem samooskrbo. Multimorbidnost je opredeljena kot sočasni pojav dveh ali več bolezni pri osebi in po vsem svetu narašča. Po napovedih naj bi se razširjenost multimorbidnosti med ljudmi, starimi 65 let ali več, v Angliji povečala do leta 2035. Ljudje bodo živeli dlje, a slabšega zdravja. Dodatna leta življenja z multimorbidnostjo bodo privedla do večje uporabe primarne in sekundarne zdravstvene oskrbe (Singer, et al., 2019). Nekatera stanja (npr. visok krvni tlak) ne vplivajo na fizično delovanje starostnikov, druga pa vsekakor vplivajo (npr. artritis). Multimorbidnost napoveduje upad telesnega delovanja pri starostnikih, poveča se potreba po zdravstveni oskrbi in oskrbi v domovih, kar negativno vpliva na kakovost življenja in socialne stike, nenazadnje pa lahko privede do prezgodnje umrljivosti (Singer, et al., 2019). Naši rezultati so potrdili ugotovitve raziskave Singer, et al. (2019), prav tako so bili v skladu z longitudinalno raziskavo Rist, et al. (2015). Slednja je zajela 5219 starostnikov v institucionalnem varstvu, pri katerih so ugotovili, da kognitivni upad negativno vpliva na njihovo telesno zdravje, zmanjša se gibanje in slabše je socialno funkcioniranje. V raziskavi Oliveira, et al. (2019) so poudarili izjemno pomembno vlogo družine pri zaščiti zelo odvisnih starejših oz. tistih z manjšimi sposobnostmi samooskrbe. Podobno je bila opažena pomembna povezava med vsakodnevnimi dejavnostmi in telesno aktivnostjo ter sposobnostjo samooskrbe. Pri starostnikih, ki so telesno vadili trikrat ali večkrat na teden, je bila ugotovljena večja sposobnost samooskrbe. V raziskavi Jiao in Zhou (2023) je izpostavljen velik pomen telesne aktivnosti in socialnih dejavnosti sploh na začetku, ob prihodu starostnikov v institucionalno varstvo. Selitev v neznano okolje, kot je dom za starejše občane, lahko pri starejših povzroči občutek tesnobe, osamljenosti, nemoči in strahu. To pogosto prizadene fizično in duševno zdravje starejših. Za izboljšanje



kakovosti življenja na novo sprejetih starostnikov je zato ključno skrajšati njihov proces prilagajanja na novo okolje.

Z našo raziskavo smo potrdili, da imajo aktivnosti zdravstvene nege, kot so podpora, svetovanje in pomoč starejšim, pomembno vlogo pri ohranjanju samooskrbe starejših oseb. Pričakovali smo, da bosta imeli postavki komunikacija in medosebni odnosi med anketiranci večji pomen, vendar tega nismo potrdili. To lahko razložimo s tem, da je komunikacija tesno povezana z aktivnostmi zdravstvene nege, kjer je nemogoče ne komunicirati, zato je verjetno anketiranci niso dojemali kot izolirano aktivnost. Howick, et al. (2018) ugotavljajo, da empatičen pristop zdravstvenih delavcev in spodbujanje pozitivnih pričakovanj v pogovorih s starostniki ugodno vplivata na zaznavanje bolečine in tesnobe pri starostnikih. Izvajalci zdravstvene nege z ustrezno komunikacijo izboljšajo medsebojno razumevanje, zagotavljajo varno in kakovostno zdravstveno obravnavo in uspešneje opolnomočijo starostnike za samooskrbo. Komunikacija med izvajalci zdravstvene nege in starostniki je bistvena pri oblikovanju zaveznitva med njimi, saj se z učinkovito komunikacijo s strani izvajalcev zdravstvene nege doseže večje sodelovanje starostnikov (Sep, et al., 2014).

Ugotovili smo, da so izvajalci zdravstvene nege v naši raziskavi največji pomen za izboljšanje sposobnosti samooskrbe starejših v instituciji prepoznali v aktivnostih svetovanja in pomoči starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih (usmerjanje, nasveti, vodenje, direktna pomoč) in v kadrovskih normativih institucije (premalo osebja, kompetence). Nekoliko manjši pomen so izvajalci zdravstvene nege v naši raziskavi dali podpori starejšim pri samooskrbi (spodbuda, obnova aktivnosti, učenje). V domovih za starejše občane vlada pomanjkanje kadrov nasploh in hkrati tudi kadrov z ustreznimi kompetencami, ob sprejemanju vse bolj zdravstveno ogroženih in negovalno zahtevnih stanovalcev (Sabo & Chin, 2021). Zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi pogosto skrbijo za osebe s sočasnimi boleznimi, pridruženimi fizičnimi, čustvenimi in vedenjskimi težavami. Poleg zagotavljanja pomoči pri vsakodnevnih življenjskih dejavnostih in opravih pomagajo pri aplikaciji zdravil in nudijo čustveno in fizično podporo starostnikom. Naši rezultati so v skladu z raziskavo Sabo in Chin (2021), v kateri so poudarili pomoč starejšim in dobro komunikacijo kot pomembno za sposobnost

samooskrbe starostnikov. Tudi v raziskavi Faronbi, et al. (2019) poudarjajo pomen svetovanja, vodenja in komunikacije za izboljšanje samooskrbe starostnikov v institucionalnem varstvu, vendar obenem opozarjajo, da izvajalci zdravstvene nege in negovalci zaradi izjemno zahtevne vloge ne smejo pozabiti na lastno duševno in telesno zdravje (npr. s tehnikami za obvladovanje stresa na delovnem mestu, zdravim življenjskim slogom idr.). O pomembnosti ustreznega števila kompetentnega kadra v institucionalnem varstvu ugotavljajo tudi v raziskavi Vlachantoni, et al. (2017). V omenjeni raziskavi opozarjajo, da zmanjševanje izdatkov na področju socialnega varstva starostnikov sproža politične pomisleke glede deleža starejših, katerih potreba po socialnem varstvu ni zadovoljena. Tovrstni pomisleki so poudarjeni v kontekstu staranja prebivalstva in drugih demografskih sprememb (Vlachantoni, et al., 2017).

Spričo vse večjega deleža starejših in podaljševanja življenjske dobe ljudi se moramo vprašati, kako bomo poskrbeli za tiste, ki bodo potrebovali pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti ob vseh spremljajočih problemih. Odločevalci in družba bi zagotovo morali na sistemski ravni z zakoni urediti tovrstne zadeve. Pričakujemo zakon o dolgotrajni oskrbi, ki nikakor ne zaživi zaradi pomanjkanja človeške empatije in birokratskih ovir. Starostniki si zaslužijo dostojanstveno, »človeka vredno« zdravstveno obravnavo.

### 3.5.1 Omejitve raziskave

Prva omejitev naše raziskave je razmeroma majhen vzorec, navkljub izvedbi raziskave v dveh domovih za starejše občane. V raziskavi so sodelovali izvajalci zdravstvene nege, zaposleni v izbranih ustanovah, zato naših ugotovitev ne moremo posplošiti na vse izvajalce zdravstvene nege v domovih za starejše občane. Velikost vzorca zadošča le za približno oceno stanja. Za bolj tehtne zaključke bi bilo potrebno vzorec povečati in tako pridobiti bolj reprezentativen vzorec populacije, ki jo predstavlja kader zaposlenih v zdravstveni negi v domovih za starejše občane. Ugotavljamo, da z majhnimi vzorci ne moremo izvesti vseh statističnih metod, ki bi bolj prikazale povezave med posameznimi spremenljivkami.

Naslednja omejitev je uporabljeni vprašalnik, s katerim smo preverjali mnenje anketiranih glede tveganj in pomembnosti izvajanja aktivnosti za preprečevanje upada samooskrbe. Vprašalnik smo razvili za namen raziskave, nismo uporabili validiranega mednarodno primerljivega vprašalnika, ki bi bolje opredelil in meril dejavnike ter izkazal boljše psihometrične lastnosti.

### 3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Naša raziskava je potrdila, da so pomembni dejavniki tveganja, ki vplivajo na samostojnost starejših pri samooskrbi, psihične motnje in padci s posledicami ter multimorbidnost. Prav tako smo v raziskavi potrdili pozitiven vpliv aktivnosti ZN in pomembno povezanost z vplivnimi dejavniki v zvezi s samooskrbo. Postavili smo iztočnice za bolj usmerjene preventivne aktivnosti za zmanjšanje vpliva negativnih dejavnikov na upad samooskrbe. Poglobljena raziskava na večjem vzorcu z bolj specifičnimi aktivnostmi ZN, s pomočjo katerih bi oblikovali nadaljnje in še bolj natančne smernice za izvajalce ZN, bi lahko pripomogla k preprečevanju upada samostojnosti pri izvajanju življenjskih aktivnosti.

## 4 ZAKLJUČEK

Število starostnikov, ki so bolj podvrženi boleznim in pešanju fizične moči, z leti narašča, posledično pa so vse večje potrebe po zdravstveni negi in namestitvi v domsko varstvo. Starejše osebe v institucionalnem varstvu imajo več različnih in sočasno prisotnih zdravstvenih težav. Multimorbidnost negativno vpliva na vsakodnevno funkcioniranje starostnikov in njihovo kakovost življenja. V domovih so starostniki, ki imajo šibko socialno mrežo, pogosto ni prisotne večje podpore s strani družinskih članov, partnerji so običajno že pokojni, domači pa zavzeti s svojim življenjem in obveznostmi. Tedenski obiski svojcev prav tako niso pogosti. Starostnik ostaja sam in osamljen, kar dodatno slabša njegovo motivacijo za spremembo fizičnega stanja in počutja. Nekateri tako postanejo apatični in brezvoljni, vdani v usodo, in počasi izgubijo stik z realnim okoljem. Pomembno je prepoznati potrebe starejših, jih zadovoljiti in opolnomočiti starostnike za samooskrbo.

Rezultati so pokazali, da so bili največji dejavnik tveganja, ki vpliva na samostojnost starejših pri samooskrbi, padci in posledice povezane s padci, kot so nezmožnost hoje in gibanja. Tudi multimorbidnost in ohranjenost kognitivnih sposobnosti sta bili izpostavljeni kot pomembna dejavnika tveganja za slabšo sposobnost samooskrbe. Pri samooskrbi po mnenju izvajalcev zdravstvene nege najbolj pomagajo svetovanje in pomoč pri samooskrbi s strani zaposlenih ter zadostno število kompetentnega kadra. Pri starostnikih, ki so telesno aktivni, je bila ugotovljena večja sposobnost samooskrbe, zato so te aktivnosti s strani institucije zelo zaželeno. Glede na mnenje in izkušnje izvajalcev zdravstvene nege ter glede na zahtevnost dela, ki ga opravljajo, bi bilo potrebno za delo s starostniki z več boleznimi (sploh pri starostnikih z demenco) zaposliti več izkušenega kadra, izboljšati komunikacijo, organizirati dodatna izobraževanja za izvajalce zdravstvene nege z namenom, da se jim delo olajša. Zaradi prepletanja dejavnikov, ki vplivajo na sposobnost samooskrbe starostnikov, je treba pri zdravstveni negi starejših v institucionalnem varstvu posvetiti več pozornosti telesni aktivnosti starostnikov, saj smo ugotovili njen pozitiven vpliv na ohranjanje samostojnosti starejših.

## 5 LITERATURA

Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., de Luc, W. & Hawley, M., 2019. Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*, 19, pp. 195-220. 10.1186/s12877-019-1189-9.

Birk, J.L., Kronish, I.M., Moise, N., Falzon, L., Yoon, S. & Davidson, K.W., 2019. Depression and multimorbidity: Considering temporal characteristics of the associations between depression and multiple chronic diseases. *Health Psychology*, 38(9), pp. 802-811.

Božič, L., 2015. *Staranje in kognitivne sposobnosti: diplomsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije.

Busby-Whitehead, J., Durso, S.C., Arenson, C., Palmer, M. H., Elan, R. & Reichel, W., 2022. *Care of Elderly. Clinical Aspects of Ageing*. London: Cambridge University Press.

Deasey, D., Kable, A. & Jeong, S., 2014. Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: a literature review. *Australasian Journal on Ageing*, 33(4), pp. 229-236. 10.1111/ajag.12169.

Dos Santos, P.H., Morato Stival, M., de Lina, L.R., Silva Santos, W., Volpe, C.R., Rehem, T.C.M. & Funghetto, S.S., 2020. Nursing diagnosis Risk for Falls in the Elderly in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagam*, 73(3), pp. 26-34.

Evropska komisija, 2020. Poročilo komisije Evropskemu parlamentu, svetu, evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in odboru regij o vplivu demografskih sprememb. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0241&from=EN>. [Accessed 1 May 2023].

Faronbi, J.O., Faronbi, G.O., Ayamolowo, S.J. & Olaogun, A.A., 2019. Caring for the seniors with chronic illness: The lived experience of caregivers of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, pp. 8-14. 10.1016/j.archger.2019.01.013.

Fink, A., Mohor, P. & Sečnik, A., 2014. *Domača nega*. Celje: Mohorjeva družba.

Fjell, A., Cronfalk, B.S., Carstens, N., Rongve, A., Kvinge Rosseland, L.M., Seiger, A., Skaug, K. & Bostrom, A.M., 2018. Risk assessment during preventive home visits among older people. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 22(3), pp. 609-620. 10.2147/JMDH.S176646.

Forman, D.E., Maurer, M.S., Boyd, C., Brindis, R., Salive, M.E., McFarland Horne, F., Bell, S.P., Fulmer, T., Reuben, D.B. & Rich, M.W., 2018. Cardiovascular Disease and Multimorbidity. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), pp. 2149-2161.

Fran. Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, 2023. Available at: <https://www.fran.si> [Accessed 9 June 2023].

George, D. & Mallery, P., 2018. *IBM SPSS Statistics 25. Step by Step*. 15th ed. New York: Taylor & Francis.

Globokar, K., 2018. Prilagoditvena strategija partnerjev dementnih po odhodu v institucionalno oskrbo. *Kakovostna starost*, 21(1), pp. 25-33.

Guo, L., Soderhamn, U., McCallum, J., Ding, X., Gao, H., Guo, Q., Liu, K. & Liu, Y., 2017. Testing and comparing two self-care-related instruments among older Chinese adults. *PLoS ONE*, 12(8), p. 22. 10.1371/journal.pone.0182792.

Hlebec, V., Filipovič Hrast, M. & Mali, J., 2014. Community care for older people in Slovenia. *Anthropological Notebooks*, 20(1), pp. 5-20.

Hoogendijk, E.O., Van der Horst, H.E., Van de Ven, P.M., Twisk, J.W., Deeg, D.J. & Frijters, D.H., 2016. Effectiveness of a Geriatric Care Model for frail older adults in primary care: Results from a stepped wedge cluster randomized trial. *European Journal of Internal Medicine*, 28, pp. 43-51.

Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T.R., Lewith, G., Bishop, F.L., Mistiaen, P., Roberts, N.W., Dieninytė, E., Hu, X.Y., Aveyard, P. & Onakpoya, I.J., 2018. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Royal Society Medicine*, 111(7), pp. 240-252. 10.1177/0141076818769477.

Hugo, J. & Ganguli, M., 2014. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clinical Geriatric Medicine*, 30(3), pp. 421-442.

Jiao, L. & Zhou, Y., 2023. Study of adaptation services for newly admitted elderly in elderly care facilities. *International Journal of Economic Management and Sustainable Development*, 154, pp. 1-5. 01021. 10.1051/shsconf/202315401021.

Kapun, M.M., 2020. *Model procesa samooskrbe: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru.

Kim, M., Mallory, C. & Valerio, T., 2022. *Statistics for Evidence - Based Practice in Nursing*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Lautenschlager, N.T., Cox, K.L. & Ellis, K.A., 2019. Physical activity for cognitive health: what advice can we give to older adults with subjective cognitive decline and mild cognitive impairment? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(1), pp. 61-68. 10.31887/DCNS.2019.21.1/nlautenschlager.

Lee, C.S., Westland, H., Faulkner, K.M., Iovino, P., Harman Thompson, J., Sexton, J., Farry, E., Jaarsma, T. & Riegel, B., 2022. The effectiveness of self-care interventions in

chronic illness: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 134, p. 104322. 10.1016/j.ijnurstu.2022.104322.

Lini, E.V., de Lima, A.P., Cardoso, F.B., Portella, M.R. & Doring, M., 2020. Factors associated with instrumental activities of daily living dependence in the elderly: a case-control study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), pp. 4623-4630. 10.1590/1413-812320202511.03432019.

Liu, Y.E., Norman, I.J. & While, A.E., 2015. Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: an explanatory model. *Journal of Nursing Management*, 23(8), pp. 965-973. 10.1111/jonm.12242.

Macuh, B. & Goriup, J., 2017. Ovire starejših pri aktivnostih v domovih za starejše. *Revija za univerzalno odličnost*, 4, pp. 308-322.

Mali, J., Flaker, V., Urek, M. & Rafaelič, A., 2018. *Inovacije v dolgotrajni oskrbi: primer domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani.

Marmamula, S., Barrenkala, N.R., Challa, R., Kumbham, T.R., Modepalli, S.B., Yellapragada, R., Bhakki, M., Friedman, D.S. & Khanna, R.C., 2020. Falls and visual impairment among elderly residents in 'homes for the aged' in India. *Scientific Reports*, 10(1), pp. 13-38. 10.1038/s41598-020-70066-2.

McGilton, E., McGilton, K.S., Ayala, A.P., Andrew, M.K., Bergman, H. & Beaudet, L., 2018. Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatric*, 7(12), pp. 18-31. 10.1136/bmjopen-2017-018247.

Mihevc, Š. & Galof, K., 2022. *Pomen izobraževanja kadra, vključenega v izvajanje dolgotrajne oskrbe*. In: A. Crnojević, ed. *Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana: izhodišča za implementacijo novega zakona*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 119-123.



Mlinac, E.M. & Feng, C.M., 2016. Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives in Clinical Neuropsychology*, 31(6), pp. 506-516. 10.1093/arclin/acw049.

Muhič, B., 2018. Demenca v luči globalnih sprememb, *Zbornik društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov*, pp. 90-94.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019. Dolgotrajna bolezen ali zdravstvena težava po spolu in starosti. Available at: <https://podatki.nijz.si> [Accessed 26 February 2023].

Oliveira, A., Nossa, P. & Pinto-Mota, A., 2019. Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. *Acta Medica Portuguesa*, 32(10), pp. 654-660. 10.20344/amp.11974.

Ovijač, D., Velepič, M., Adamič, M., Eder, J., Buček Hajdarević, I., Kardoš, Z., Klemenc, D., Marin, E., Marinič, M., Naka, S., Peterka Novak, J., Štebe, V. & Vojnovič, A., 2018. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. 2. ponatis. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Ovijač, D. & Klemenc, D., 2022. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije z vidika dolgotrajne oskrbe*. V: A. Crnojević (ur.). *Dolgotrajna oskrba v Mestni občini Ljubljana: izhodišča za implementacijo novega zakona*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 124–131.

Pap, Z., Habjanič, A. & Belović, B., 2015. Kakovost življenja starostnikov z depresijo v domskem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, p. 49.

Reis, A., Peredes, H., Monteiro, M.J., Rodrigues, V., Khanal, S.R. & Barroso, J., 2016. Autonomous systems to support social activity of elderly people a prospective approach to a system design. *Technology and Innovation in Sports, Health and Wellbeing*, 6, pp. 1-5. 10.1109/TISHW.2016.7847773.

Riegel, B., Dunbar, S.B., Fitzsimons, D., Freeland, K.E., Lee, C.S., Middleton, S., Vellone, E., Webber, D.E. & Jaarsma, T., 2021. Self-care research: Where are we now? Where are we going? *International Journal of Nursing Studies*, 116(2), pp. 103-122. 10.1016/j.ijnurstu.2019.103402.

Risling, T.L. & Low, C., 2019. Advocating for safe, quality and just care: What nursing leaders need to know about artificial intelligence in healthcare delivery. *Nursing Leadership*, 32(2), pp. 31-45.

Rist, P.M., Capistrant, B.D., Wu, Q., Marden, J.R. & Glymour, M.M., 2014. Dementia and dependence: Do modifiable risk factors delay disability? *Neurology*, 82(17), pp. 1543-1550. 10.1212/WNL.0000000000000357.

Rist, P.M., Marden, J.R., Capistrant, B.D., Wu, Q. & Glymour, M.M., 2015. Do physical activity, smoking, drinking, or depression modify transitions from cognitive impairment to functional disability? *Journal of Alzheimer's Diseases*, 44(4), pp. 1171-1180. 10.3233/JAD-141866.

Sabo, K. & Chin, E., 2021. Self-care needs and practices for the older adult caregiver: An integrative review. *Geriatric Nursing*, 42(2), pp. 570-581. 10.1016/j.gerinurse.2020.10.013.

Schoberer, D., Leino-Kilpi, H., Breimaier, H.E., Halfens, R.J. & Lohrmann, C., 2016. Educational interventions to empower nursing home residents: A systematic literature review. *Clinical Intervention in Aging*, 11, pp. 1351-1363. 10.2147/CIA.S114068.

Sep, M.S.C., van Osch, M., van Vliet, L.M., Smets, E.M. & Bensing, J.M., 2014. The power of clinicians' affective communication: How reassurance about nonabandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient Education and Counseling*, 95(1), pp. 45-49.

Shun, S.C., 2020. A path to better nursing: Fostering person-centered, proactive nursing care. *The Journal of Nursing Research*, 28(6), pp. 119-128. 10.1097/jnr.0000000000000415.

Skela-Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for the development of nursing? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 5-11. 10.14528/snr.2014.48.1.12.

Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2023. Splošno o domovih za starejše. Available at: <https://www.gov.si/teme/domovi-za-starejse/>. [Accessed 9 June 2023].

Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2023. Domovi. Available at: <https://www.ssz-slo.si/>. [Accessed 9 June 2023].

Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K.G. & Fernandes, B.S., 2017. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 36, pp. 78-87.

Statistični urad Republike Slovenije, 2023. Število prebivalcev Slovenije. Available at: <https://www.stat.si/statweb>. [Accessed 16 June 2023].

Thomas, E., Battaglia, G., Patti, A., Brusa, J., Leonardi, V., Palma, A. & Bellafiore, M., 2019. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly. *Medicine (Baltimore)*, 98(27). e162218. 10.1097/MD.00000000000016218.

Teston, E.F, Peternella, F.M.N., Sales, C.A., Haddad, M.C.L., Cubas, M.R. & Marcon, S.S., 2018. Effect of the consultation of nursing on knowledge, quality of life, attitude towards disease and self-care among persons with diabetes. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*, 2(1), pp. 22-35. do.5935/1415-2762.20180034.

Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, 2019. [online]. *Poročilo o razvoju*. Available at:

[https://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/razvoj\\_slovenije/2019/slovenski/POR2019\\_splet1.pdf](https://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/razvoj_slovenije/2019/slovenski/POR2019_splet1.pdf). [Accessed 5 March 2022].

Vlachantoni, A., 2017. Unmet need for social care among older people. *Ageing & Society*, 145, pp. 56-72. 10.1057/pt.2011.17.

Wang, X., Ellul, J. & Azzopardi, G., 2020. Elderly fall detection systems: A literature survey. *Frontiers in Robotics and AI*, 7, pp. 71–82.

Wanko Keutchafu, E.L., Kerr, J. & Jarvis, M.A., 2020. Evidence of nonverbal communication between nurses and older adults: a scoping review. *BMC Nursing*, 19, pp. 53-68. 10.1186/s12912-020-00443-9.

World Health Organization, 2021. Noncommunicable diseases. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [Accessed 5 March 2022].

World Health Organization, 2015. World report on ageing and health. Available at: [https://books.google.si/books?hl=en&lr=&id=n180DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=World+report+on+ageing+and+health&ots=uTI7pqQ1f7&sig=kvLqrCSJAU2NoPAUqY\\_-8cnbI88&redir\\_esc=y#v=onepage&q=World%20report%20on%20ageing%20and%20health&f=false](https://books.google.si/books?hl=en&lr=&id=n180DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=World+report+on+ageing+and+health&ots=uTI7pqQ1f7&sig=kvLqrCSJAU2NoPAUqY_-8cnbI88&redir_esc=y#v=onepage&q=World%20report%20on%20ageing%20and%20health&f=false). [Accessed 5 March 2022].

Yusif, S., Soar, J. & Hafeez-Baig, A., 2016. Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 94, pp. 112-116.

Zakon o pacientovih pravicah, 2017. [online] Available at: Ur.l. št. 55/17. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>. [Accessed 5 March 2022].

Zhang, L., Zeng, Y., Weng, C., Yan, J. & Fang, Y., 2019. Epidemiological characteristics and factors influencing falls among elderly adults in long-term care facilities in Xiamen, China. *Medicine*, 98(8), pp. 14-37. 10.1097/MD.00000000000014375.

Zhou, J., Qin, M.Z. & Liu, J.P., 2021. A prospective cohort study of the risk factors for new falls and fragility fractures in self-caring elderly patients aged 80 years and over. *BMC Geriatrics*, 21, pp. 116-124. 10.1186/s12877-021-02043-x.

Žakelj, N., Menih, M. & Rakuša, M., 2020. Cognitive impairment and Parkinson's disease dementia. *Zdravstveni vestnik*, 89(9-10), pp. 539-551.

## 6 PRILOGE

### Priloga 1: Anketni vprašalnik

#### ANKETNI VPRAŠALNIK OCENE DEJAVNIKOV ZA UPAD SPOSOBNOSTI SAMOOSKRBE STAREJŠIH V INSTITUCIONALNI OSKRBI

Spoštovani,

sem Mateja Zorman, študentka 3. letnika na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, program zdravstvena nega. V okviru diplomskega dela bom izvedla raziskavo o oceni dejavnikov tveganja, ki imajo vpliv na sposobnosti samooskrbe starejših v institucionalni oskrbi. Vprašalnik je anonimen, rezultati raziskave bodo predstavljeni v diplomskem delu Ocena tveganj v zdravstveni negi za upad sposobnosti samooskrbe starejše osebe v institucionalnem varstvu. Prosim vas za sodelovanje v raziskavi.

Navodila za reševanje vprašalnika:

Prosimo vas, da pri vsaki trditvi označite s križcem pod številko, kako pomembna je za ohranjanje sposobnosti starejših za samooskrbo pri vsakodnevni aktivnosti. Vaša ocena bo pripomogla k izboljšanju aktivnosti za ohranjanje sposobnosti samooskrbe.

<b>Trditve</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Dejavniki tveganja, ki vplivajo na samostojnost starejših pri samooskrbi?</b>	Nima nobenega vpliva	Ima manjši vpliv	Ima zmeren vpliv	Ima pomemben vpliv	Ima zelo pomemben vpliv
Multimorbidnost ali prisotnost več bolezni hkrati (diabetes, srčno-žilne bolezni, Parkinson)					
Psihične motnje (demenca, depresija, blodnje)					
Padci in posledice povezane s padci (nezmožnost hoje, gibanja)					
Inkontinenca za urin in/ali blato					
Okvare čutil (sluh, vid)					
Prisotnost bolečine					

Polifarmacija (jemanje večjega števila zdravil)					
Ohranjene kognitivne sposobnosti (spomin, presoja)					
Ohranjena aktivnost spanja in počitka (nočno spanje, dnevni počitek)					
Ohranjeni stiki z družino in bližnjimi (svojci in prijatelji)					
Ekonomsko stanje starejših (pokritje oskrbnine)					
Zagotavljanje avtonomije in neodvisnosti (odločanje o sebi in oskrbi)					
Dolžina bivanja v instituciji (od sprejema v letih)					
Organizacija družabnih aktivnosti v instituciji					
Odnosi in komunikacija v timu in instituciji					
Podpora starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih (spodbuda, obnova aktivnosti, učenje)					
Svetovanje in pomoč starejšim pri samooskrbi s strani zaposlenih (usmerjanje, nasveti, vodenje, direktna pomoč)					
Kadrovski normativi v instituciji (premalo osebja, kompetence)					

**Anonimni demografski podatki:**

a) Spol

- Moški
- Ženski

b) Starost:

- 20–30 let
- 31–40 let

- 41–50 let
- 51–60 let
- 61 let in več

c) Izobrazba

- Bolničar – negovalec
- Srednja medicinska sestra
- Diplomirana medicinska sestra
- Magister/magistra
- Doktorat

č) Delovne izkušnje v domovih za starejše v letih?

- 5–10 let
- 11–20 let
- 21–30 let
- 31 let in več

d) Udeležba na dodatnih strokovnih izobraževanjih za delo s starejšimi izven  
institucije?                      DA                      NE

Zahvaljujem se vam za sodelovanje!