



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI
OHRANJANJU AVTONOMIJE IN ZAŠČITA
STAREJŠIH PRED ZLORABO –
KVANTITATIVNA RAZISKAVA**

**NURSE'S ROLE IN HELPING THE ELDERLY
RETAIN AUTONOMY AND PROTECT THEM
FROM ABUSE – QUANTITATIVE
RESEARCH**

Mentorica: doc. dr. Radojka Kobentar

Kandidatka: Andreja Verdev

Jesenice, julij, 2025

ZAHVALA

»Nihče ne more narediti velike stvari, lahko pa naredimo majhne stvari z veliko ljubezni«
(Mati Terezija).

Iskreno se zahvaljujem svoji mentorici, doc. dr. Radojki Kobentar, za strokovno vodenje, nasvete in podporo pri nastajanju diplomskega dela. Njena usmeritev in konstruktivne povratne informacije so mi bile v veliko pomoč.

Zahvaljujem se tudi recenzentki, doc. dr. Katji Pesjak, za njen čas, strokovno presojo in dragocene pripombe, ki so pripomogle k izboljšanju naloge. Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem Kseniji Pečnik, prof. slov. jezika.

Iskreno se zahvaljujem vsem anketirancem, ki so si vzeli čas za sodelovanje v raziskavi in s svojimi odgovori pripomogli k njeni izvedbi. Vaš prispevek je bil nepogrešljiv za uspešno dokončanje tega dela.

Velika zahvala gre moji družini, prijateljem in vsem, ki so mi skozi celoten študij stali ob strani, me spodbujali, podpirali in verjeli vame. Vaša neomajna podpora, razumevanje in potrpežljivost so mi pomenili ogromno ter mi pomagali vztrajati tudi v najtežjih trenutkih. Hvaležna sem za vse spodbudne besede, zaupanje in oporo, ki ste mi jo nesebično nudili na tej poti.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zaradi staranja prebivalstva sta kakovostna zdravstvena nega in zaščita pravic starejših vse pomembnejši. Starejši so zaradi krhkosti, ranljivosti in odvisnosti pri samooskrbi bolj ogroženi za različne vrste zlorab v domačen, pa tudi v institucionalnem okolju. Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri ohranjanju njihove avtonomije, spoštovanju dostojanstva in prepoznavanju zlorab.

Cilj: Cilj diplomskega dela je analizirati vlogo medicinskih sester pri ohranjanju avtonomije ter prepoznavanju in preprečevanju zlorab.

Metode: Uporabili smo kvantitativni pristop z anketnim vprašalnikom, oblikovanim v orodju 1KA. Instrument je bil preverjen s pilotnim testiranjem, zanesljivost pa potrjena s Cronbachovim koeficientom alfa ($\alpha = 0,817$). V raziskavi je sodelovalo 108 zaposlenih v domovih za starejše in patronažni negi. Podatki so bili zbrani med 18. 2. in 12. 3. 2025. Analiza je bila izvedena v programu SPSS (različica 29.0) z uporabo testov Mann-Whitney, Kruskal-Wallis in Wilcoxon.

Rezultati: Najpogosteje zaznani obliki zlorabe sta bili zanemarjanje in psihična zloraba (obe 32,4 %; $n = 35$), najnižje vrednosti je dosegla spolna zloraba ($PV = 1,38$; $SO = 0,622$), kar kaže, da jo večina anketiranih bodisi redko zazna bodisi o njej ne poroča. Statistično pomembnih razlik glede na demografske podatke nismo potrdili ($p > 0,05$). Wilcoxonov test je pokazal značilno razliko ($Z = -4,883$; $p < 0,001$), saj se avtonomija starejših bolj spoštuje, kadar imajo redne stike s svojci.

Razprava: Ugotovitve kažejo, da zdravstveni delavci najpogosteje zaznavajo zanemarjanje in psihično zlorabo starejših. To kaže na potrebo po dodatnem izobraževanju in podpori pri prepoznavanju zlorab. Nadaljnje raziskave naj se osredotočijo na ovire pri poročanju in ukrepanju.

Ključne besede: zdravstvena nega, vrste zlorab, institucionalno varstvo, domače okolje, svojci

SUMMARY

Theoretical background: As the population ages, quality nursing and the protection of the rights of the elderly are becoming increasingly important. Due to their fragility, vulnerability and dependence on self-care, the elderly are more at risk of various types of abuse in both the home and institutional settings. Nurses play a key role in maintaining their autonomy, respecting their dignity, and identifying abuse.

Goals: The aim of the thesis was to analyze the role of nurses in maintaining autonomy and identifying and preventing abuse.

Methods: We used a quantitative approach with a survey questionnaire designed in the 1KA tool. The instrument was pilot-tested, and its reliability was confirmed with Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = 0.817$). A total of 108 employees in nursing homes and residential care participated in the study. Data were collected between February 18 and March 12, 2025. The analysis was performed with statistical software SPSS (version 29.0), using the Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Wilcoxon tests.

Results: The most frequently detected forms of abuse were neglect and psychological abuse (both 32.4%; $n = 35$), with sexual abuse reaching the lowest value ($M = 1.38$; $SD = 0.622$), indicating that most respondents either rarely detect it or do not report it. We did not confirm statistically significant differences according to demographic data ($p > 0.05$). The Wilcoxon test showed a significant difference ($Z = -4.883$; $p < 0.001$), namely that the autonomy of the elderly is more respected when they have regular contact with relatives.

Discussion: The findings suggest that healthcare professionals are the most likely to detect elder neglect and psychological abuse. This suggests a need for additional education and support in identifying abuse. Further research should focus on barriers to reporting and responding.

Key words: nursing, types of abuse, institutional care, home setting, relatives

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OHRANJANJU AVTONOMIJE STAREJŠIH OSEB	2
2.2	ZLORABE STAREJŠIH V INSTITUCIONALNI OBRAVNAVI IN OBRAVNAVI NA DOMU	3
2.3	POSEBNE ZNAČILNOSTI ŽRTEV IN STORILCEV ZLORAB	4
2.4	VLOGA MEDICINSKE SESTRE IN VODILNIH DELAVCEV PRI OBRAVNAVI ZLORAB	5
2.5	PROTOKOL OBRAVNAVE ZLORAB STAREJŠIH V ZDRAVSTVENEM IN SOCIALNEM VARSTVU	6
3	EMPIRIČNI DEL.....	8
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	8
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	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	11
3.4	REZULTATI.....	12
3.5	RAZPRAVA	22
3.5.1	Omejitve raziskave	28
3.5.2	Prispevek k stroki in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	29
4	ZAKLJUČEK	31
5	LITERATURA	33
6	PRILOGE	
6.1	MERSKI INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Možni povzročitelji zlorab starejših v institucionalnem okolju	24
---	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika	10
Tabela 2: Opis vzorca	11
Tabela 3: Zlorabe starejših.....	12
Tabela 4: Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa ugotavljanja razlik v zaznavi različnih oblik zlorab starejših oseb glede na spol	13
Tabela 5: Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa za razliko v zaznavi različnih oblik zlorab starejših glede na delovno dobo.....	14
Tabela 6: Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa za razliko v zaznavi različnih oblik zlorab glede na delovno okolje.....	15
Tabela 7: Rezultati Kruskal-Wallisovega H-testa ugotavljanja razlik v zaznavi različnih oblik zlorab starejših glede na starost.....	15
Tabela 8: Rezultati Kruskal-Wallisovega H-testa ugotavljanja razlik v zaznavi različnih oblik zlorab starejših glede na poklic	17
Tabela 9: Preverjanje normalnosti porazdelitve rezultatov Kolmogorov-Smirnovskega in Shapiro-Wilkovega testa.....	19
Tabela 10: Wilcoxonov test povezanih vzorcev – razlika v zaznavi spoštovanja avtonomije glede na prisotnost svojcev in stopnjo odvisnosti pri samooskrbi	19
Tabela 11: Wilcoxonov test predznakov.....	20
Tabela 12: Vloga medicinskih sester in sodelavcev v zdravstveni oskrbi pri preprečevanju zlorab starejših.....	21
Tabela 13: Raven osveščenosti medicinskih sester in sodelavcev v zdravstveni oskrbi pri preprečevanju in prepoznavanju zlorab starejših.....	21
Tabela 14: Ocena ravni osveščenosti medicinskih sester in sodelavcev v zdravstveni oskrbi o preprečevanju in prepoznavanju zlorab starejših oseb	22

SEZNAM KRAJŠAV

COACH	Comprehensive Older Adult and Caregiver Help (Celostna pomoč starejšim in skrbnikom)
CSD	Center za socialno delo
EMPOWER	Building Late-Life Resilience to Prevent Elder Abuse (Opolnomočenje za preprečevanje zlorab v poznejšem življenjskem obdobju)
KZRS	Kazenski zakonik Republike Slovenije
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
RS	Republika Slovenije
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
WHO	World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija)
ZDUS	Zveza društev upokojencev Slovenije
ZPND	Zakon o preprečevanju nasilja v družini

1 UVOD

Staranje je normalen fiziološki proces, ki vključuje postopno zmanjševanje sposobnosti telesa za vzdrževanje homeostaze v odsotnosti bolezni ali poškodb. Gre za kompleksen proces, ki se kaže kot seštevek sprememb skozi čas in vodi do zmanjšane zmožnosti premagovanja stresa ter slabšega funkcionalnega stanja organizma (Avberšek Lužnik & Kobentar, 2025; Kokalj Palandačič, 2025). Staranje prebivalstva je eden od najpomembnejših družbenih izzivov 21. stoletja, saj povečanje deleža starejših oseb prinaša številne izzive za zdravstvene sisteme, socialne storitve in širšo družbo (Kokalj Palandačič, 2025). Po najnovejših napovedih EUROPOP2023 se bo število prebivalcev Slovenije do leta 2100 zmanjšalo za približno 7 %, s trenutnih 2.108.977 na okoli 1.951.000 prebivalcev. Delež starejših od 65 let naj bi se v tem obdobju povečal z 21 % na več kot 32 % (Statistični urad Republike Slovenije (SURS), 2023). Naraščajoče število starejših v splošni populaciji zahteva vse več skrbi in postavlja pred medicinske sestre nove izzive in naloge. Bistvo skrbi za starejše v institucionalni oskrbi je spodbujanje avtonomije in sodelovanja pri obvladovanju bolezni s podporo zdravju in dobremu počutju (Tohmola, et al., 2022). Moilanen, et al. (2021) poudarjajo, da medicinske sestre pomembno prispevajo k ohranjanju avtonomije, dostojanstva in kakovosti življenja starejših. Zaradi vse večjega števila oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, njihova vloga postaja še bolj dejavna. Pomemben del njihove naloge je tudi prepoznavanje in preprečevanje pogosto prikritih oblik zlorabe, kot so fizično, psihično, finančno ali zdravstveno nasilje, saj so medicinske sestre pogosto neposredno vključene v odkrivanje tveganj in zaščito starejših.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OHRANJANJU AVTONOMIJE STAREJŠIH OSEB

Avtonomija starejših pomeni zmožnost posameznika, da samostojno odloča o svojem življenju, v skladu z lastnimi vrednotami in željami (Moilanen, et al., 2021). Gre za temeljno pravico, katere pomen se še poveča v starosti, ko se posameznik pogosto sooča s telesnimi, kognitivnimi ali socialnimi omejitvami. Ohranjanje avtonomije pomembno vpliva na kakovost življenja, saj krepi občutek samostojnosti, vključenosti in nadzora nad vsakdanjimi situacijami (van Loon, et al., 2024). Avtonomija v starosti ne pomeni vedno le popolne neodvisnosti, temveč predvsem možnost soodločanja in spoštovanja lastnih preferenc, tudi kadar starejši potrebuje pomoč pri vsakodnevnih dejavnostih (Samartini, et al., 2020). Zmanjšana funkcionalnost ne bi smela pomeniti izgube glasu v procesih oskrbe, temveč prilagoditev okolja in pristopov za ohranjanje čim večje samoodločbe (van Loon, et al., 2023).

Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri podpiranju avtonomije v institucionalnem okolju. Pomemben je odnos, ki temelji na zaupanju, spoštovanju in odprti komunikaciji, saj to omogoča boljše razumevanje posameznikovih potreb ter njihovo vključevanje v načrtovanje oskrbe (Moilanen, et al., 2021). V postopku, ki temelji na oskrbi, usmerjeni na posameznika (angl. person-centred care – PCC), so bistveni individualizacija, sodelovanje ter krepitev moči uporabnika (van Loon, et al., 2021).

Kljub strokovnim prizadevanjem se v domovih za starejše še vedno pojavljajo ovire, kot so toga rutina, strogi protokoli, kadrovska podhranjenost ter pomanjkanje vključevanja stanovalcev v odločitve (Carneiro & Mesquita Ayres, 2020; van Loon, et al., 2023). Obstajajo tudi dobre prakse, ki spodbujajo avtonomijo, kot je vključevanje stanovalcev v uporabniške svete, personalizacija bivalnega prostora ali uvedba elektronskih sistemov za večjo preglednost načrta oskrbe (van Loon, et al., 2021). V primarnem zdravstvenem varstvu se avtonomija pogosto prepleta z vsakodnevnimi zdravstvenimi izzivi. Lima, et al. (2022) ugotavljajo, da jo oblikujejo ne le funkcionalne sposobnosti, temveč tudi

kulturni in družbeni dejavniki ter dostop do storitev. Nepismenost, nizek socialni status in pomanjkanje socialne podpore so dejavniki, ki pri ranljivih starejših otežujejo vključevanje v zdravstveno oskrbo. Pomembno vlogo imata tudi patronažna služba in domače okolje, saj podpora v skupnosti spodbuja boljše zdravje in večjo proaktivnost.

Medicinske sestre lahko z empatičnim in spoštljivim odnosom bistveno prispevajo k ohranjanju avtonomije. Ko upoštevajo odločitve starejših, spodbujajo njihovo samospoštovanje ter pozitivno vplivajo na sodelovanje pri zdravljenju (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2019; Lima, et al., 2022).

2.2 ZLORABE STAREJŠIH V INSTITUCIONALNI OBRAVNAVI IN OBRAVNAVI NA DOMU

Svetovna zdravstvena organizacija (angl. World Health Organisation – WHO) opisuje zlorabo starejših kot dejanje ali opustitev ukrepanja v odnosu, kjer obstaja zaupanje, vendar to povzroči škodo ali stisko starejši osebi. Zloraba se lahko kaže v različnih oblikah, kot so fizična, psihična, finančna in spolna zloraba, pa tudi zanemarjanje, pri čemer se lahko pojavi tako v domačem okolju kot v institucijah (World Health Organization (WHO), 2024). Zloraba lahko vključuje ponavljajoče se ali enkratne dogodke, ki starejšim povzročajo škodo ali stisko (Baker, et al., 2016). Pojem »zloraba« zajema širok spekter dejanj, vključno s telesnimi poškodbami, zanemarjanjem osnovne zdravstvene oskrbe, pomanjkanjem hrane ali tekočine, spolno zlorabo, neupravičenim omejevanjem gibanja in izolacijo, pa tudi uporabo fizičnih ali kemičnih sredstev za omejevanje. Kakršnakoli zloraba močno vpliva na fizično in psihično zdravje, kar se pri posamezniku kaže tudi s čustvenimi in vedenjskimi spremembami (Iannuzzi, 2015). Boren (2020) opisuje pet osnovnih kategorij zlorabe: fizično nasilje (povzročanje telesne bolečine), psihološko nasilje (čustvena bolečina), spolno nasilje (spolni stiki brez privolitve), finančno izkoriščanje (nezakonita pridobitev premoženja) in zanemarjanje (neizpolnjevanje osnovnih potreb). Te kategorije pomagajo pri boljšem razumevanju oblik zlorabe in njihovih vplivov na kakovost življenja starejših (Boren, 2020). Primc in Lobnikar (2019) navajata, da kar 70 % storilcev zlorab prihaja iz družinskega kroga ali bližnjega socialnega okolja, predvsem partnerji, sledijo pa jim otroci. Družinski člani, ki

zlorablajo starejše, pogosto občutijo, da je skrb za njih preveč obremenjujoča. Starejši pa zaradi strahu in sramu pogosto ne poiščejo pomoči (Klun & Frangeš, 2021). Ta sram in strah omejujeta sposobnost starejših, da prepoznajo zlorabo in poiščejo pomoč, kar oteži prizadevanja za zaščito in podporo žrtvam. V domovih za starejše so primeri zlorab pogosto povezani s pomanjkanjem kompetentnega osebja, preobremenjenostjo z delovnimi nalogami in nezadostnim nadzorom. Institucionalna zloraba se lahko kaže v nekakovostno opravljeni negi, telesnem ali čustvenem nasilju in zanemarjanju osnovnih življenjskih potreb, kot so prehranjevanje, osebna higiena, izločanje, gibanje, oblačenje in nenadzorovana uporaba zdravil (Myhre, et al., 2020). Pomanjkanje odgovornosti in nadzora nad osebjem v domovih vodi v sistematične zlorabe, ki se pogosto ne prepoznajo zaradi pomanjkanja ustreznih mehanizmov za poročanje (Pillemer, et al., 2016).

2.3 POSEBNE ZNAČILNOSTI ŽRTEV IN STORILCEV ZLORAB

Zloraba in zanemarjanje starejših sta pogostejše prisotna pri posameznikih, ki so zaradi različnih dejavnikov bolj ranljivi. Med dejavnike tveganja za zlorabe spadajo visoka starost, ženski spol, nižja izobrazba, slaba ekonomska situacija, zmanjšana samostojnost ter poslabšano duševno in telesno zdravje (Šare & Ljubimić, 2017). Starejši, ki so odvisni od drugih pri vsakodnevnih opravilih ali živijo v socialni izolaciji, so posebej izpostavljeni različnim oblikam zlorab. Tveganje se še poveča v primerih, kjer nimajo dostopa do zunanje podpore ali živijo v institucijah z nezadostnim nadzorom (Myhre, et al., 2020).

Tudi značilnosti storilcev zlorab razkrivajo določene vzorce. Pogosto gre za osebe z duševnimi težavami, kot sta depresija ali anksioznost, ter za tiste, ki zlorablajo droge ali alkohol. Takšne okoliščine lahko povečajo nagnjenost k nasilnemu vedenju in otežijo preprečevanje nasilja (Pillemer, et al., 2016). Posledice zlorab niso zgolj fizične, temveč močno vplivajo tudi na psihosocialno stanje žrtev. Med drugim lahko pride do zmanjšanja funkcionalnosti, izgube neodvisnosti, občutkov nemoči, depresije, anksioznosti, kognitivnega upada in socialne izolacije (Dong, 2015). Fizične posledice, kot so zlomi, podhranjenost ali splošno poslabšanje zdravja, pogosto še dodatno zmanjšujejo kakovost življenja (Iannuzzi, 2015). Povečano tveganje za prezgodnjo smrt je povezano z

dolgotrajnim stresom, ki vpliva tako na telesno in duševno zdravje (Lachs & Pillemer, 2015).

Raziskava Dall'Ora, et al. (2020) navaja, da se večina zlorab zgodi prav v domačem okolju, kjer so najpogostejše oblike fizično zanemarjanje, psihološko nasilje in samozanemarjanje. Vzroki pogosto izvirajo iz preobremenjenosti svojcev, ki skrbijo za starše brez ustrezne pomoči. Čeprav je preobremenjenost razumljiva, to ne sme biti opravičilo za neprimerno ravnanje.

V institucionalnem okolju pa so pogoste oblike zlorab psihološko nasilje, fizična zloraba in zanemarjanje s strani zaposlenih. Najpogostejši dejavniki tveganja so preobremenjenost in pomanjkanje ustrezno usposobljenega kadra (Sandmoe, et al., 2017). Ugotovljeno je bilo tudi, da so v takšnih okoljih pogosta dejanja verbalnega nasilja, kot so kričanje, žaljenje in poniževanje (Botngård, et al., 2020).

Lachs in Pillemer (2015) poudarjata, da mora biti skrb za starejše vedno utemeljena na spoštovanju njihovih pravic in etičnih standardov ne glede na razmere. Ključni ukrepi za zmanjševanje zlorab so izboljšanje usposabljanja osebja, razvoj jasnih protokolov za obravnavo nasilja in okrepitev nadzora znotraj institucij s strani pristojnih organov (Dall'Ora, et al., 2020).

2.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE IN VODILNIH DELAVCEV PRI OBRAVNAVI ZLORAB

S staranjem prebivalstva postaja skrb za varnost in dostojanstvo starejših vse pomembnejša. Vloga medicinske sestre presega osnovno zdravstveno nego in vključuje tudi zagovorništvo, izobraževanje in ustvarjanje varnega okolja (Inouye, et al., 2016). Kodeks etike zdravstvene nege Slovenije poudarja spoštovanje integritete in človekovega dostojanstva (Halbwachs, et al., 2024).

Pomembna naloga medicinskih sester je prepoznavanje znakov morebitne zlorabe. Mednje sodijo nepojasnjene poškodbe, nenadne spremembe razpoloženja ali socialna

izolacija (Phelan, 2018). Sistematična ocena tveganja mora biti del vsakodnevne prakse, zlasti v institucionalnih okoljih (González, et al., 2019). Ključno je tudi ustvarjanje zaupanja, saj številni starejši zaradi strahu o nasilju ne spregovorijo (Inouye, et al., 2016). Zaradi pogostih zlorab v domačem okolju je pomembno tudi ozaveščanje družinskih članov o ustrezni oskrbi in prepoznavanju nasilja (Phelan, 2018). Odgovornosti za preprečevanje zlorab pa ne nosijo le medicinske sestre. Pomembno vlogo imajo tudi vodilni delavci, kot so glavne medicinske sestre in vodje oddelkov, ki morajo zagotavljati jasne postopke za ukrepanje ob sumu nasilja ter skrbeti, da so z njimi seznanjeni vsi zaposleni (Burgess, et al., 2019). Redno usposabljanje osebja je ključno za pravočasno prepoznavo in odziv (Myhre, et al., 2020).

Učinkovito preprečevanje zlorab zahteva tudi medpoklicno sodelovanje z organizacijami, kot so centri za socialno delo, policija in nevladne organizacije. V Sloveniji pomembno vlogo pri tem igrajo Zveza društev upokojencev Slovenije (ZUDS), SOS telefon, Rdeči križ in Karitas.

V tujini sta poznana učinkovita programa, razvita za opolnomočenje starejših odraslih in za preprečevanje zlorab starejših, COACH (Comprehensive Older Adult and Caregiver Help, v slov. celostna pomoč starejšim in skrbnikom) ter EMPOWER, ki starejše opolnomočata starejše za prepoznavanje in prijavo nasilja. Udeleženci teh programov pogosteje poiščejo pomoč in lažje prepoznavajo znake zlorab, kar zmanjšuje tveganje za nadaljnje nasilje (Sill & Haskins, 2025).

2.5 PROTOKOL OBRAVNAVE ZLORAB STAREJŠIH V ZDRAVSTVENEM IN SOCIALNEM VARSTVU

Zloraba starejših predstavlja resen javnozdravstveni in družbeni problem, ki zahteva celosten pristop. Po podatkih WHO (2022) je žrtev nasilja vsaka šesta oseba, starejša od 60 let, številni primeri pa ostanejo neprijavljeni zaradi sramu, strahu ali odvisnosti od storilca (European Commission, 2021).

Raziskava, ki sta jo izvedla Primc in Lobnikar (2019) v Sloveniji, je pokazala, da je pri obravnavi nasilja nad starejšimi ključno usklajeno sodelovanje zdravstvenih, socialnih in pravosodnih institucij. Avtorja poudarjata, da celovit pristop strokovnjakov bistveno prispeva k učinkovitejši zaščiti žrtev. V okviru raziskave sta opravila tudi poglobljene pogovore s strokovnjaki, ki so opozorili na številne pomanjkljivosti obstoječega sistema. V Sloveniji so protokoli ukrepanja opredeljeni v Smernicah Ministrstva za zdravje, ki določajo, da morajo zdravstveni delavci ob sumu zlorabe nemudoma obvestiti CSD in po potrebi tudi policijo. Pomembno je tudi natančno dokumentiranje opazanj in postopkov, saj to omogoča učinkovitejše nadaljnje ukrepanje (Ministrstvo za zdravje, 2021).

Protokol obravnave vključuje tudi smernice za preprečevanje fizičnih, čustvenih in vedenjskih znakov nasilja (Burgess, et al., 2019) ter nudi okvir za psihološko podporo žrtvam (Ramovš, 2023). Po Pillemer, et al. (2016) je interdisciplinarni pristop bistven za uspešno prepoznavanje in obravnavo zlorab. Sodelovanje med centri za socialno delo, policijo, zdravstvenim in nevladnimi organizacijami je ključno. To področje urejata Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND, 2016) in Kazenski zakonik (KZ-1, 2021), ki določata dolžnosti strokovnih delavcev in kazenske odgovornosti storilcev.

WHO (2022) poudarja, da je redno izobraževanje ključni dejavnik za uspešno prepoznavanje nasilja. Celostna obravnava vključuje sodelovanje medicinskih sester, zdravnikov, psihologov, socialnih delavcev in pravnikov, kar omogoča boljšo zaščito žrtev in preprečevanje nadaljnjih zlorab (Pillemer, et al., 2016).

Namen tega diplomskega dela je raziskati spoštovanje avtonomije starejših, pogostost in vrste zlorab ter vlogo medicinske sestre pri zaščiti žrtev. S poudarkom na neodkritih primerih v domačem in institucionalnem okolju želimo prispevati k boljšemu razumevanju izzivov v oskrbi starejših ter predlagati ukrepe za izboljšanje in spoštovanje njihovih pravic.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati spoštovanje avtonomije starejših v oskrbi, pogostost in vrsto zlorab ter vlogo medicinske sestre pri zaščiti starejših pred zlorabami.

Cilji diplomskega dela so:

1. Ugotoviti pogostost in vrste zlorab starejših, ki se pojavljajo v institucionalnem in domačem okolju, ter raziskati njihovo povezanost z demografskimi kazalniki (spol, starost, delovna doba, poklic in delovno okolje).
2. Ugotoviti upoštevanje avtonomije starejših ljudi pri izvajanju oskrbe glede na pogostost obiskovanja svojcev in stopnjo odvisnosti pri samooskrbi.
3. Ugotoviti vlogo medicinske sestre in sodelavcev v zdravstveni negi in oskrbi (bolničar, tehnik zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra, v domovih starejših in v patronažnem varstvu) pri zaščiti starejših pred zlorabami.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo si tri raziskovalna vprašanja:

1. Katere vrste zlorab starejših se pojavljajo v domačem in institucionalnem okolju in kakšna je njihova povezanost z demografskimi kazalniki (spol, delovna doba, starost, poklic in delovno okolje)?
2. Kakšne so razlike pri upoštevanju avtonomije starejših ljudi pri izvajanju oskrbe glede na pogostost obiskovanja svojcev in stopnjo odvisnosti pri samooskrbi?
3. Kakšno vlogo imajo medicinska sestra in sodelavci v zdravstveni negi in oskrbi (bolničar, tehnik zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra, v domovih starejših in v patronažnem varstvu) pri zaščiti starejših oseb pred zlorabami?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodo zbiranja podatkov, ki smo jo izvedli s pomočjo spletnega vprašalnika. Metodo smo izbrali zaradi večje učinkovitosti in pridobivanja večjega števila anketirancev v krajšem času.

Postopek zbiranja podatkov je potekal od 18. februarja do 12. marca 2025. Distribucija vprašalnika je potekala prek socialnih omrežij (Facebook, LinkedIn) in e-pošte. Anketiranci so odgovarjali anonimno, kar je omogočilo zbiranje iskrenih in nepristranskih odgovorov. Prvotno smo pričakovali 200 izpolnjenih vprašalnikov, vendar smo na koncu prejeli 108 ustrezno izpolnjenih vprašalnikov, kar pomeni realizacijo načrtovanega vzorca v višini 54 %.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Merski instrument v tej raziskavi je bil oblikovan na osnovi pregledane literature (Samartini, et al., 2020; Carneiro & Mesquita Ayres, 2020; Moilanen, et al., 2021), pri čemer smo se osredotočili na ključna vprašanja, ki obravnavajo avtonomijo starejših oseb, zaznavanje zlorab ter vlogo medicinskih sester pri zaščiti starejših pred zlorabami.

Vprašalnik je sestavljen iz štirih vsebinskih sklopov z ocenjevalno lestvico za različne sklope vprašanj med 1 (nikoli, se ne strinjam, nezadostno) ter 5 (pogosto, popolnoma se strinjam, odlično).

Sklop 1 zajema podatke o spolu, starosti, poklicu, dolžini delovne dobe z izkušnjami pri delu s starejšimi osebami ter vrsti delovnega okolja (npr. dom za starejše, patronažno varstvo).

Sklop 2 vključuje trditve o sodelovanju starejših oseb pri odločanju o lastni oskrbi ter spoštovanju njihove avtonomije v različnih kontekstih zdravstvene oskrbe.

Sklop 3 zajema zaznavo različnih vrst zlorab (npr. fizična, čustvena, finančna, spolna), ravnanje ob zaznani zlorabi ter upoštevanje ustreznih postopkov v primeru prepoznane zlorabe.

Sklop 4 vključuje vprašanja, namenjena oceni stališč anketirancev glede vloge medicinskih sester pri prepoznavanju, preprečevanju in prijavi zlorab starejših.

Na koncu vprašalnika smo vključili še odprto vprašanje, ki se nanaša na lastno oceno trenutne ravni osveščenosti medicinskih sester, tehnikov zdravstvene nege in bolničarjev negovalcev pri prepoznavanju zlorab starejših in sodelovanju pri njihovem prepričanju. Pred začetkom raziskave smo vprašalnik pilotno testirali na vzorcu 14 udeležencev, ki so bili vključeni tudi v končni vzorec. Zanesljivost vprašalnika smo preverili s pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa, ki je znašal $\alpha = 0,817$, kar nakazuje visoko notranjo doslednost in potrjuje zanesljivost merskega instrumenta za nadaljnjo analizo. V tabeli 1 so prikazani rezultati analize zanesljivosti posameznih sklopov vprašalnika.

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika

Sklop vprašanj	Število trditev	Cronbachova alfa
Avtonomija starejših oseb	5	0,80
Zlorabe starejših oseb	4	0,75
Vloga medicinskih sester pri ohranjanju avtonomije	6	0,85
Skupaj	20	0,817

Legenda: Prikaz števila trditev in pripadajočega Cronbachovega koeficienta alfa za oceno notranje zanesljivosti lestvic.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili neverjetnostni priložnostni vzorec, pri katerem so bili anketiranci izbrani na podlagi njihove dostopnosti in pripravljenosti za sodelovanje. Statistično populacijo smo oblikovali med poklicnimi skupinami v zdravstveni negi in oskrbi (bolničarji, zdravstveni tehniki, srednje medicinske sestre, diplomirane medicinske

sestre), ki delujejo v domovih za starejše in patronažnem zdravstvenem varstvu v Sloveniji ter skrbijo za starejše osebe nad 65 let.

Vzorec je zajel 108 zdravstvenih delavcev in sodelavcev v zdravstveni negi in oskrbi. V nadaljevanju (tabela 2) so prikazani demografski podatki anketirancev glede spola, starosti, poklica, delovnega okolja in delovne dobe.

Tabela 2: Opis vzorca

Demografski podatki			
		n	%
Spol	Moški	19	17,6
	Ženski	89	82,4
Starost	18–25 let	41	38,0
	26–33 let	31	28,7
	34–45 let	20	18,5
	46 ali več let	16	14,8
Poklic, ki ga opravljate	Bolničar negovalec	10	9,3
	Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege	44	40,7
	Diplomirana medicinska sestra/diplomant zdravstvene nege	54	50,0
Delovno okolje	Dom za starejše	82	75,9
	Patronažno zdravstveno varstvo	26	24,1
Delovna doba	Povprečna delovna doba	8,0	
	Standardni odklon	9,2	
	Mediana	5,0	
	Minimalna delovna doba	1,0	
	Maksimalna delovna doba	40,0	
Skupaj		108	100,0

Legenda: n = število anketiranih, % = odstotni delež.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranci so bili povabljeni k sodelovanju prek socialnih omrežij (Facebook, LinkedIn) in e-pošte. Raziskava je potekala v skladu z etičnimi standardi, določenimi v Kodeksu etike v zdravstveni negi (Halbwachs, et al., 2024). Anketirancem smo pri izpolnjevanju vprašalnika zagotovili popolno anonimnost in zaupnost.

Anketa je bila v spletnem programu 1KA dostopna 24 dni, in sicer od 18. februarja do 12. marca 2025. Z zbranimi podatki smo nadaljevali s statistično obdelavo, ki je potekala v programu IBM SPSS 29.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Pridobljene podatke smo obdelali z metodami deskriptivne statistike (povprečna vrednost (PV),

mediana (Me), standardni odklon (SO), minimalna (Min) in maksimalna vrednost (Max). Predhodno smo preverili porazdelitev podatkov s Kolmogorov-Smirnovim testom. Rezultati so pokazali statistično značilno odstopanje od normalne porazdelitve ($p < 0,001$), zato smo v nadaljevanju uporabili neparametrične teste (Mann-Whitneyjev U-test, Kruskal-Wallisov H-test in Wilcoxonov test).

3.4 REZULTATI

V tem poglavju so predstavljeni rezultati kvantitativne analize podatkov, pridobljenih z anketnim vprašalnikom. Za boljšo preglednost so rezultati razdeljeni glede na raziskovalna vprašanja.

V prvem raziskovalnem vprašanju smo spraševali po vrstah zlorabe v institucionalnem in domačem okolju ter njihovi povezanosti z demografskimi kazalniki anketirancev.

Podatki so bili zbrani s spletno anketno med 108 zdravstvenimi delavci in sodelavci v zdravstveni negi in oskrbi, ki delujejo v različnih okoljih, kot so domovi za starejše in patronažno zdravstveno varstvo. Za vsako vrsto zlorabe smo izračunali statistične parametre, kot so povprečje, mediana, standardni odklon ter minimum in maksimum. V tabeli 3 so prikazani parametri, ki omogočajo vpogled v razpon in pogostost zaznavanja posameznih vrst zlorab.

Tabela 3: Zlorabe starejših

Vrsta zlorabe	N	PV	Me	SO	Min	Max
Fizična	108	2,40	2,00	1,041	1	4
Psihična ali čustvena	108	2,88	3,00	1,011	1	5
Finančna	108	2,29	2,00	1,068	1	4
Izkoriščanje	108	2,39	2,00	1,092	1	5
Zanemarjanje	108	2,94	3,00	1,012	1	5
Spolna	108	1,38	1,00	0,622	1	4

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, Me = mediana, SO = standardni odklon, Min = najmanjša vrednost, Max = največja vrednost.

Rezultati, prikazani v tabeli 3, kažejo, da so med anketiranimi najpogostejše zaznani zanemarjanje starejših oseb (PV = 2,94; SO = 1,012) in psihične ali čustvene zlorabe

(PV = 2,88; SO = 1,011). Fizična (PV = 2,40) in finančna (PV = 2,29) zloraba ter izkoriščanje (PV = 2,39) so bili ocenjeni kot manj pogosto prisotni, vendar z večjo razpršenostjo odgovorov (SO $\approx$ 1,05), kar nakazuje heterogenost zaznav med udeleženci. Najnižje vrednosti je dosegla spolna zloraba (PV = 1,38; SO = 0,622), kar kaže, da jo večina anketiranih bodisi redko zazna bodisi o njej ne poroča.

Iz teh rezultatov je razvidno, da zdravstveni delavci pogosteje zaznavajo psihične in čustvene zlorabe ter zanemarjanje, medtem ko sta fizična in spolna zloraba manj pogosto zaznani. To nakazuje, da sta spolna in fizična zloraba lahko manj pogosti ali pa ju je težje prepoznati.

Za morebitne razlike v zaznavanju različnih oblik zlorab starejših oseb glede na spol, zaposlenih v zdravstveni negi, smo izvedli Mann-Whitneyjev U-test (tabela 4).

Tabela 4: Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa ugotavljanja razlik v zaznavi različnih oblik zlorab starejših oseb glede na spol

Vrsta zlorabe	Spol	N	Povprečni rang	Mann-Whitney U	p (dvostranska)
Fizična	Moški	19	54,21	840,000	0,963
	Ženski	89	54,56		
	Skupaj	108			
Psihična ali čustvena	Moški	19	53,82	832,500	0,913
	Ženski	89	54,65		
	Skupaj	108			
Finančna	Moški	19	50,50	769,500	0,525
	Ženski	89	55,35		
	Skupaj	108			
Izkoriščanje	Moški	19	43,82	642,500	0,090
	Ženski	89	56,78		
	Skupaj	108			
Zanemarjanje	Moški	19	58,89	762,000	0,482
	Ženski	89	53,56		
	Skupaj	108			
Spolna	Moški	19	54,29	841,500	0,968
	Ženski	89	54,54		
	Skupaj	108			

Legenda: N = velikost vzorca, povprečni rang = povprečni rang anketirancev na posamezno obliko zlorabe, statistika Mann-Whitney U = vrednost testa, ki preverja razliko med skupinama, p-vrednost (dvosmerno) = statistično pomembnost razlik med skupinama.

Rezultati kažejo, da ni statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) v zaznavanju nobene od šestih oblik zlorab med moškimi in ženskami.

Tabela 5 prikazuje rezultate Mann-Whitneyjevega U-testa za proučevanje razlik v zaznavi zlorab glede na delovno dobo. Test smo izvedli med zaposlenimi, ki imajo manj kot 10 let izkušenj, in tistimi z več kot 10 leti izkušenj.

Tabela 5: Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa za razliko v zaznavi različnih oblik zlorab starejših glede na delovno dobo

Vrsta zlorabe	Delovna doba	N	Povprečni rang	Mann-Whitney U	p (dvostranska)
Fizična	Do 10 let	86	56,06	811,5	0,287
	11 let in več	22	48,39		
	Skupaj	108			
Psihična / čustvena	Do 10 let	86	54,99	904	0,737
	11 let in več	22	52,59		
	Skupaj	108			
Finančna	Do 10 let	86	53,11	826,5	0,345
	11 let in več	22	59,93		
	Skupaj	108			
Izkoriščanje	Do 10 let	86	53,22	836	0,385
	11 let in več	22	59,5		
	Skupaj	108			
Zanemarjanje	Do 10 let	86	55,05	899	0,708
	11 let in več	22	52,36		
	Skupaj	108			
Spolna	Do 10 let	86	54,14	915	0,772
	11 let in več	22	55,91		
	Skupaj	108			

Legenda: N = velikost vzorca, povprečni rang = povprečni rang anketirancev na posamezno obliko zlorabe, statistika Mann-Whitney U = vrednost testa, ki preverja razliko med skupinama, p-vrednost (dvosmerno) = statistično pomembnost razlik med skupinama.

Rezultati kažejo, da ni statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) v zaznavanju nobene od šestih oblik zlorab glede na delovno dobo zaposlenih v zdravstveni negi.

Tabela 6 prikazuje rezultate Mann-Whitneyjevega U-testa za primerjavo zaznave zlorab med zaposlenimi v domovih za starejše in tistimi, ki delajo v patronažnem zdravstvenem varstvu.

Tabela 6: Rezultati Mann-Whitneyjevega U-testa za razliko v zaznavi različnih oblik zlorab glede na delovno okolje

Vrsta zlorabe	Delovno okolje	N	Povprečni rang	Mann-Whitney U	p (dvostranska)
Fizična	Dom za starejše	82	54,51	1.065,500	0,997
	Patronažno zdravstveno varstvo	26	54,48		
	Skupaj	108			
Psihična ali čustvena	Dom za starejše	82	54,48	1.064,500	0,991
	Patronažno zdravstveno varstvo	26	54,56		
	Skupaj	108			
Finančna	Dom za starejše	82	52,65	914,000	0,257
	Patronažno zdravstveno varstvo	26	60,35		
	Skupaj	108			
Izkoriščanje	Dom za starejše	82	53,72	1.002,000	0,634
	Patronažno zdravstveno varstvo	26	56,96		
	Skupaj	108			
Zanemarjanje	Dom za starejše	82	54,55	1.062,000	0,976
	Patronažno zdravstveno varstvo	26	54,35		
	Skupaj	108			
Spolna	Dom za starejše	82	56,24	923,000	0,209
	Patronažno zdravstveno varstvo	26	49,00		
	Skupaj	108			

Legenda: N = velikost vzorca, povprečni rang = povprečni rang anketirancev na posamezno obliko zlorabe, statistika Mann-Whitney U = vrednost testa, ki preverja razliko med skupinama, p-vrednost (dvosmerno) = statistično pomembnost razlik med skupinama.

Rezultati kažejo, da ni statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) v zaznavanju nobene od šestih oblik zlorab glede na delovno okolje zaposlenih v zdravstveni negi.

Za raziskavo razlik v zaznavanju zlorab glede na starostne skupine smo izvedli Kruskal-Wallisov H- test. Tabela 7 prikazuje rezultate tega testa za različne vrste zlorab, kjer so bila starostna obdobja razdeljena v skupine (18–25 let, 26–33 let, 34–45 let in 46 let ali več).

Tabela 7: Rezultati Kruskal-Wallisovega H-testa ugotavljanja razlik v zaznavi različnih oblik zlorab starejših glede na starost

Vrsta zlorabe	Starost	N	Povprečni rang	Kruskal-Wallis H	P
Fizična	18–25 let	41	53,94	1,000	0,801
	26–33 let	31	57,08		
	34–45 let	20	56,58		
	46 ali več let	16	48,34		

Vrsta zlorabe	Starost	N	Povprečni rang	Kruskal–Wallis H	P
Psihična ali čustvena	Skupaj	108			
	18–25 let	41	49,24	3,639	0,303
	26–33 let	31	55,98		
	34–45 let	20	64,50		
	46 ali več let	16	52,59		
Finančna	Skupaj	108			
	18–25 let	41	50,93	4,458	0,216
	26–33 let	31	49,37		
	34–45 let	20	64,73		
	46 ali več let	16	60,81		
Izkoriščanje	Skupaj	108			
	18–25 let	41	50,99	1,716	0,633
	26–33 let	31	53,74		
	34–45 let	20	56,73		
	46 ali več let	16	62,19		
Zanemarjanje	Skupaj	108			
	18–25 let	41	51,77	2,636	0,451
	26–33 let	31	55,89		
	34–45 let	20	62,88		
	46 ali več let	16	48,34		
Spolna	Skupaj	108			
	18–25 let	41	50,12	2,191	0,534
	26–33 let	31	58,81		
	34–45 let	20	55,20		
	46 ali več let	16	56,50		
	Skupaj	108			

Legenda: N = velikost vzorca, povprečni rang = povprečni rang anketirancev na posamezno obliko zlorabe, statistika Kruskal-Wallis H = vrednost testa, ki preverja, ali obstajajo statistično značilne razlike med več kot dvema neodvisnima skupinama glede na razvrstitev oziroma rangiranje podatkov, p = stopnja značilnosti.

Rezultati so pokazali, da ni statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) v zaznavi nobene od vrst zlorab med različnimi starostnimi skupinami, saj so p-vrednosti za vse vrste zlorab (fizična, psihična/čustvena, finančna, izkoriščanje, zanemarjanje, spolna) višje od 0,05. To pomeni, da starostni dejavnik ne vpliva na zaznavanje zlorab pri zaposlenih v zdravstveni negi.

V nadaljevanju analiziramo, ali obstajajo statistično značilne razlike v zaznavi različnih vrst zlorab glede na poklic zaposlenih v zdravstveni negi. Rezultati Kruskal-Wallisovega H-testa, ki proučuje razlikovanje med poklicnimi skupinami, so prikazani v tabeli 8.

Tabela 8: Rezultati Kruskal-Wallisovega H-testa ugotavljanja razlik v zaznavi različnih oblik zlorab starejših glede na poklic

Vrsta zlorabe	Poklic	N	Povprečni rang	Kruskal-Wallisovega H	P
Fizična	Bolničar negovalec	10	58,30	1,740	0,419
	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	44	58,34		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomant zdravstvene nege	54	50,67		
	Skupaj	108			
Psihična ali čustvena	Bolničar negovalec	10	67,15	2,539	0,281
	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	44	55,74		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomant zdravstvene nege	54	51,15		
	Skupaj	108			
Finančna	Bolničar negovalec	10	63,60	1,000	0,606
	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	44	53,52		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomant zdravstvene nege	54	53,61		
	Skupaj	108			
Izkoriščanje	Bolničar negovalec	10	46,55	0,849	0,654
	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	44	56,31		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomant zdravstvene nege	54	54,50		
	Skupaj	108			
Zanemarjanje	Bolničar negovalec	10	60,25	1,287	0,526
	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	44	57,07		
	Diplomirana medicinska sestra/diplomant zdravstvene nege	54	51,34		
	Skupaj	108			
Spolna	Bolničar negovalec	10	57,80	1,541	0,463
	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nege	44	57,50		
	Diplomirana medicinska	54	51,44		

Vrsta zlorabe	Poklic	N	Povprečni rang	Kruskal-Wallisovega H	P
	sestra/diplomant zdravstvene nege				
	Skupaj	108			

Legenda: N = velikost vzorca, povprečni rang = povprečni rang anketirancev na posamezno obliko zlorabe, statistika Kruskal-Wallis H = vrednost testa, ki preverja, ali obstajajo statistično značilne razlike med več kot dvema neodvisnima skupinama glede na razvrstitev oziroma rangiranje podatkov, p = stopnja značilnosti.

Rezultati Kruskal-Wallisovega H-testa so pokazali, da ni statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) v zaznavanju različnih vrst zlorab glede na poklic, ki ga zaposleni opravljajo v zdravstveni negi. P-vrednosti za vse vrste zlorab (fizična, psihična/čustvena, finančna, izkoriščanje, zanemarjanje, spolna) so bile višje od 0,05, kar nakazuje, da poklicni dejavnik ne vpliva na to, kako zaposleni zaznavajo zlorabe starejših oseb. Ne glede na to, ali gre za bolničarje negovalce, srednje medicinske sestre/tehnične zdravstvene nege ali diplomirane medicinske sestre/diplomante zdravstvene nege, ni bilo večjih razlik v njihovih ocenah pogostosti zaznave različnih oblik zlorab.

Kljub začetnemu pričakovanju, da bi demografski kazalniki, kot so spol, starost, poklic in delovna doba, vplivali na zaznavanje zlorab, rezultati tega niso potrdili.

Pri drugem raziskovalnem vprašanju smo preverjali, ali obstajajo razlike v zaznavanju spoštovanja avtonomije starejših oseb glede na pogostost obiskovanja s strani svojcev ter glede na stopnjo njihove odvisnosti pri samooskrbi.

Za preverjanje razlik v zaznavanju spoštovanja avtonomije starejših oseb smo analizirali odgovore na dve vprašanji, ki obravnavata okoliščine izvajanja oskrbe: »Kako pogosto se po vašem mnenju upošteva avtonomijo in odločanje starejših, ki so odvisni pri samooskrbi?« ter »Kako pogosto se po vašem mnenju spoštuje avtonomijo starejših, ki imajo redne obiske in stike s svojci (tedensko)?« Izvedli smo test normalnosti. Rezultati Kolmogorov-Smirnovega in Shapiro-Wilkovega testa (tabela 9) kažejo, da porazdelitvi odgovorov nista normalni ($p < 0,001$), zato smo nadaljevali z neparametričnim Wilcoxonovim testom odvisnih vzorcev.

Tabela 9: Preverjanje normalnosti porazdelitve rezultatov Kolmogorov-Smirnovega in Shapiro-Wilkovega testa

Vprašanje	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Vrednost	Stopnja prostosti	p	Vrednost	Stopnja prostosti	p
Kako pogosto se po vašem mnenju upošteva avtonomijo in odločanje starejših, ki so odvisni pri samooskrbi?	0,215	108	0,000	0,867	108	0,000
Kako pogosto se po vašem mnenju spoštuje avtonomijo starejših, ki imajo redne obiske in stike s svojci (tedensko)?	0,355	108	0,000	0,763	108	0,000

Legenda: vrednost = izračunana statistična vrednost testa, stopnja prostosti (df) = število prostostnih stopenj, p = stopnja statistične značilnosti.

Za raziskovalno vprašanje 2 smo proučevali razliko v zaznavanju avtonomije starejših oseb v dveh različnih situacijah: (1) starejši, ki so odvisni pri samooskrbi, in (2) starejši, ki imajo redne tedenske obiske svojcev. Da bi proučili to razliko, smo primerjali oceni iz vprašanj »10. Kako pogosto se upošteva avtonomijo starejših, ki so odvisni pri samooskrbi?« in »11. Kako pogosto se spoštuje avtonomijo starejših, ki imajo redne obiske s svojci?«. Za analizo teh podatkov smo uporabili Wilcoxonov test za povezane vzorce, ki omogoča proučevanje razlik v ocenah med tema dvema skupinama. Rezultati so prikazani v tabeli 10.

Tabela 10: Wilcoxonov test povezanih vzorcev – razlika v zaznavi spoštovanja avtonomije glede na prisotnost svojcev in stopnjo odvisnosti pri samooskrbi

Vrsta rangov	N	Povprečni rang	Vsota rangov
Negativni rangi: Spoštovanje avtonomije višje pri starejših, odvisnih pri samooskrbi	9 ^a	31,33	282,00
Pozitivni rangi: Spoštovanje avtonomije višje pri starejših z rednimi obiski svojcev	51 ^b	30,35	1.548,00
Izenačeno (enaka ocena za obe skupini)	48 ^c		
Skupaj	108		

Legenda: N = velikost vzorca, povprečni rang = povprečna vrednost rangov za posamezno primerjalno situacijo, vsota rangov = skupna vsota rangov za posamezno skupino.

Kot je razvidno iz tabele 10, so bili pozitivni rangi (51 anketirancev) tisti, ki so zaznali višjo stopnjo spoštovanja avtonomije pri starejših s tedenskimi obiski svojcev, medtem ko so negativni rangi (9 anketirancev) nakazovali, da so ocenili višjo stopnjo spoštovanja avtonomije pri starejših, odvisnih pri samooskrbi. Skupaj je bilo 48 primerov, kjer so ocene obeh situacij bile enake.

Na podlagi Wilcoxonovega testa za povezane vzorce (tabela 11) smo analizirali razliko v zaznavanju avtonomije med starejšimi, ki so odvisni pri samooskrbi, in starejšimi, ki imajo redne tedenske obiske s svojci.

Tabela 11: Wilcoxonov test predznakov

Testna statistika ^a	
RV 2	Kako pogosto se po vašem mnenju spoštuje avtonomijo starejših, ki imajo redne obiske in stike s svojci (tedensko)? Kako pogosto se po vašem mnenju upošteva avtonomijo in odločanje starejših, ki so odvisni pri samooskrbi?
Z	-4,883 ^b
p – vrednost za dvostranski test	0,000
a. Wilcoxonov test predznačenih rangov	
b. Temelji na negativnih rangih	

Legenda: Z = vrednost testa Wilcoxon, Asymp. Sig. (2-tailed) = p-vrednost za dvostranski test.

Rezultati Wilcoxonovega testa predznakov so pokazali statistično značilno razliko ($Z = -4,883$; $p < 0,001$), saj anketiranci pogosteje ocenjujejo, da se avtonomijo starejših bolj spoštuje, kadar imajo ti redne obiske in stike s svojci, kot pa pri tistih, ki so odvisni pri samooskrbi.

Za odgovor na raziskovalno vprašanje 3 smo proučevali vlogo medicinskih sester in sodelavcev v zdravstveni negi (bolničarji, tehniki zdravstvene nege) pri zaščiti starejših oseb pred zlorabami. V analizi smo upoštevali odgovore na spremenljivke V18–V22 iz vprašalnika, ki so zajemale različne vidike vloge medicinskih sester in sodelavcev pri preprečevanju, prepoznavanju in obravnavi zlorab starejših oseb. Vseh 108 anketirancev je odgovarjalo na lestvici strinjanja od 1 (nikakor se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam), rezultati so prikazani v tabeli 12.

Tabela 12: Vloga medicinskih sester in sodelavcev v zdravstveni oskrbi pri preprečevanju zlorab starejših

Vprašanje	N	PV	Me	SO	Min	Max
Ali menite, da so medicinske sestre zavezane aktivni vlogi pri preprečevanju zlorab?	108	4,49	5,00	0,690	2	5
Ali menite, da bi medicinske sestre morale spodbujati starejše k prijavi zlorab?	108	4,72	5,00	0,527	3	5
Ali so medicinske sestre dolžne prijaviti vsako zlorabo in neprimerno ravnanje pri oskrbi starejših?	108	4,73	5,00	0,540	3	5
Ali menite, da bi redno izobraževanje kadra o zlorabah morale opraviti medicinske sestre?	108	4,43	5,00	0,834	1	5
Ali menite da sta profesionalna komunikacija s starejšimi in odnos zaupanja pomembna dejavnika pri preprečevanju zlorab?	108	4,72	5,00	0,470	3	5

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, Me = mediana, SO = standardni odklon, Min = najmanjša vrednost, Max = največja vrednost.

Povprečne vrednosti odgovorov se gibljejo med PV = 4,43 in PV = 4,73. Standardni odkloni se gibljejo od 0,470 do 0,834. Najnižje ocenjene vrednosti so bile pri posameznih trditvah 1 oziroma 2, najvišje pa pri vseh 5.

Poleg vloge medicinskih sester in sodelavcev smo analizirali tudi oceno ravni njihove osveščenosti o preprečevanju in prepoznavanju zlorab starejših oseb, kar je razvidno v tabeli 13.

Tabela 13: Raven osveščenosti medicinskih sester in sodelavcev v zdravstveni oskrbi pri preprečevanju in prepoznavanju zlorab starejših

Vprašanje	N	PV	Me	SO	Min	Max
Kako bi ocenili trenutno raven osveščenosti medicinskih sester o preprečevanju in prepoznavanju zlorab starejših?	108	3,06	3,00	0,830	1	5

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, Me = mediana, SO = standardni odklon, Min = najmanjša vrednost, Max = največja vrednost.

Iz rezultatov je razvidno, da povprečna ocena znaša $PV = 3,06$ ($SO = 0,830$), kar nakazuje, da se osveščenost večinoma ocenjuje kot zadostna, vendar ne presega povprečne ravni. Za oceno ravni osveščenosti medicinskih sester o preprečevanju in prepoznavanju zlorab starejših oseb smo anketirance vprašali, kako bi ocenili trenutno raven osveščenosti na tem področju. Rezultati so prikazani v tabeli 14, kjer so anketiranci izbrali eno od petih možnosti: »nezadostno«, »zadostno«, »dobro«, »prav dobro« in »odlično«.

Tabela 14: Ocena ravni osveščenosti medicinskih sester in sodelavcev v zdravstveni oskrbi o preprečevanju in prepoznavanju zlorab starejših oseb

Kako bi ocenili trenutno raven osveščenosti medicinskih sester o preprečevanju in prepoznavanju zlorab starejših?	N	%	Veljavni odstotek	Kumulativni odstotek
Nezadostno	1	0,9	0,9	0,9
Zadostno	26	24,1	24,1	25,0
Dobro	52	48,1	48,1	73,1
Prav dobro	24	22,2	22,2	95,4
Odlično	5	4,6	4,6	100,0
Skupaj	108	100,0	100,0	

Legenda: N = število anketirancev, % = delež anketirancev, izražen v odstotkih, veljavni odstotek = delež anketirancev, ki so izbrali možnost, glede na število odgovorov, kumulativni odstotek = skupni odstotek anketirancev, ki so izbrali možnost.

Iz tabele 14 je razvidno, da večina anketirancev ocenjuje trenutno raven osveščenosti kot zadostno ali dobro, saj jih je 48 % odgovorilo z »dobro« in 24,1 % z »zadostno«. Skupaj 73,1 % anketirancev je menilo, da je osveščenost medicinskih sester o tem vprašanju na ustrezni ravni. Kljub temu pa jih le 4,6 % ocenjuje raven osveščenosti kot »odlično«, kar nakazuje, da obstaja prostor za izboljšanje. Samo 0,9 % anketirancev je ocenilo raven osveščenosti kot nezadostno, kar pomeni, da je večina še vedno mnenja, da je osnovna osveščenost na zadostni ravni.

3.5 RAZPRAVA

Sklepne ugotovitve v razpravi temeljijo na interpretaciji dobljenih rezultatov kvantitativne raziskave v kontekstu sodobnih teoretičnih izhodišč ter aktualnih empiričnih spoznanj s področja zaščite starejših oseb. V ospredju zanimanja je bilo razumevanje, s katerimi oblikami zlorab se starejši soočajo v domačem in

institucionalnem okolju, kako se ob tem ohranja oziroma spodbuja njihova avtonomija ter kakšno vlogo pri tem igrajo zdravstveni delavci, zlasti medicinske sestre, ki so pogosto v neposrednem stiku s starostniki. Rezultati omogočajo vpogled v zaznavanje pogostosti zlorab, ovire pri uresničevanju avtonomije ter razumevanje odgovornosti, ki jo zaposleni v zdravstveni negi prepoznavajo v zaščitni in preventivni vlogi.

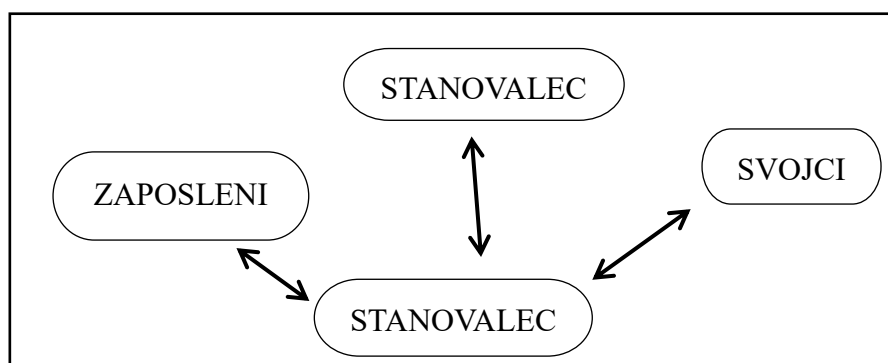
Rezultati naše raziskave so pokazali, da zaposleni v zdravstveni negi najpogosteje zaznavajo psihično oziroma čustveno zlorabo ter zanemarjanje starejših oseb. To je v skladu z ugotovitvami drugih raziskav (Weissberger, et al., 2020; Nemati-Vakilabad, et al., 2023), ki izpostavljajo, da sta ti dve obliki nasilja pogosto prisotni, vendar ju zaradi njune subtilnosti in postopnega nastajanja pogosto spregledamo. Raziskava Nemati-Vakilabad, et al. (2023) poudarja, da sta čustveno zanemarjanje in psihološko nasilje pogosti obliki zlorabe nad starejšimi, ki pa sta pogosto težje prepoznavni. To je še posebej izrazito pri starejših, ki so odvisni od pomoči drugih, saj so znaki teh oblik nasilja običajno subtilni in se razvijajo postopoma. Zaradi tega so te žrtve še posebej ranljive, saj lahko ostanejo neopažene, dokler posledice zlorabe ne postanejo bolj izrazite in lažje prepoznavne (Nemati-Vakilabad, et al., 2023). Raziskava Weissberger, et al. (2020), ki je analizirala več kot 2.000 klicev na nacionalno linijo za pomoč žrtvam zlorab v Združenih državah Amerike (ZDA), pa je pokazala, da so moški pogosteje storilci fizične zlorabe, medtem ko so ženske z anksioznostjo in depresijo pogosteje storilke psihološke zlorabe. Ta ugotovitev je še posebej pomembna v primerih, ko so žrtve osebe z zmanjšanimi kognitivnimi sposobnostmi, kjer psihološke zlorabe pogosto postanejo težje prepoznavne.

Spolna zloraba je bila zaznana redkeje, kar potrjuje ugotovitve preteklih raziskav, da gre za eno izmed najmanj prepoznanih in prijavljenih oblik nasilja, kar je pogosto povezano s stigmo, občutki sramu ter strahom pred posledicami (Weissberger, et al., 2020; WHO, 2022).

Zanimiv je primer iz pravne prakse in življenja, kako lahko do spolne zlorabe pride tudi znotraj zakonskega odnosa. Kot je poročal portal 24ur.com (2024), v Franciji poteka sojenje moškemu, ki je več kot desetletje omamljal svojo ženo in jo izpostavljal spolnim

zlorabam, ki jih je tudi dokumentiral. V tem primeru se zloraba dogaja znotraj dolgoletnega odnosa, kjer so meje med sprejemljivim in nesprejemljivim ravnanjem lahko močno zabrisane. Takšni primeri kažejo, kako lahko spolne zlorabe ostanejo neopažene, zlasti kadar so žrtve prepričane, da so v varnem odnosu.

Fizična in finančna zloraba sta bili zaznani manj pogosto, vendar to ne pomeni, da sta redkejši, temveč ju je težje prepoznati in dokazati. Myhre, et al. (2020) ugotavljajo, da so psihološke oblike nasilja in zanemarjanja najpogosteje prepoznane v institucionalnem okolju, kjer so zaposleni bolj usposobljeni za prepoznavanje teh subtilnih znakov. Pomemben vidik v razumevanju dinamike zlorab je tudi vizualni model (slika 1) iz raziskave Myhre, et al. (2020), ki prikazuje, da zlorabe starejših niso omejene zgolj na osebe, ampak da se pojavljajo tudi med stanovalci ali obiski v institucionalnih ustanovah.



Slika 1: Možni povzročitelji zlorab starejših v institucionalnem okolju
(Myhre, et al., 2020)

Model na sliki 1 ponazarja kompleksnost interakcij, kjer se nasilje lahko pojavi v več smereh, kar kaže na potrebo po celostnih pristopih k preprečevanju nasilja. Avtorji poudarjajo pomen sistematičnega opazovanja odnosov in razvijanja postopkov za preprečevanje nasilja med stanovalci, kar še vedno ostaja pogosto spregledano področje v številnih ustanovah (Myhre, et al., 2020).

V naši raziskavi nismo zaznali statistično pomembnih razlik med poklicnimi skupinami glede na zaznavanje zlorab, čeprav smo pričakovali, da so nižje izobraženi kadri bolj

tolerantni do nasilja in zlorab. Mogoče je ravno nizek delež bolničarjev v odnosu z drugimi poklicnimi skupinami vplival na potrditev naše domneve.

Ti vzorci so skladni tudi z ugotovitvami evropskih študij, kot sta Sandmoe, et al. (2017) in Myhre, et al. (2020), kjer se kot ključni dejavniki, ki prispevajo k pojavu zanemarjanja in psihološkega nasilja, izpostavljajo preobremenjenost osebja, pomanjkanje kadra in visoka čustvena zahtevnost dela. Po ugotovitvah Yi in Hohashi (2018) se zdravstveni delavci pogosto soočajo s preobremenjenostjo in pomanjkanjem časa, kar zmanjšuje njihovo sposobnost prepoznavanja zlorab pri starejših. Zaradi pomanjkanja kadra lahko prihaja do nenamernega zanemarjanja, čemur se težko izognejo kljub dobri volji. Delo z ranljivimi starejšimi osebami, še posebej tistimi, ki so žrtve zlorab, je izjemno čustveno zahtevno. Zdravstveni delavci se pogosto soočajo z občutki nemoči, stresa in izgorelosti, kar lahko vpliva na njihovo spodobnost učinkovitega ukrepanja ob zaznavi zlorabe (Yi & Hohashi, 2018).

Pri analizi demografskih značilnosti v naši raziskavi ni bilo opaženih pomembnih razlik v pogostosti zlorab glede na spol, starost ali delovno dobo zaposlenih. Ti dejavniki se niso izkazali za ključne pri prepoznavanju nasilja v našem vzorcu. Ta ugotovitev se ujema z rezultati raziskave Sandmoe, et al. (2017), ki so pokazali, da demografski dejavniki, kot so spol, starost in delovna doba, niso odločilni pri zaznavanju oblik nasilja. Po drugi strani pa so organizacijski dejavniki, kot sta institucionalna kultura in odprtost za prijavo nasilja, bistveno pomembnejši za učinkovito prepoznavanje in prijavo zlorab. Raziskava je pokazala, da so institucije z odprto in podporno kulturo, kjer so zaposleni ustrezno usposobljeni za prepoznavanje zlorab in imajo jasne smernice za prijavo, bolj uspešne pri zaznavanju nasilja. Kultura, ki spodbuja odprto komunikacijo in zagotavlja podporo pri prijavi nasilja, omogoči, da se zlorabe ne spregledajo, saj zaposleni čutijo večjo odgovornost za ukrepanje (Sandmoe, et al., 2017).

Menimo, da je del problema tudi v tem, da številne oblike zlorabe niso prepoznane kot takšne, saj so lahko dolgo prikrite in se odvijajo v kontekstu vsakdanjih interakcij, kjer se postopoma zmanjšuje dostojanstvo starejših oseb. Zaradi tega je ključno, da imajo zdravstveni delavci razvito občutljivost za znake stiske in da delujejo v okolju, ki ne

spodbuja molka, temveč aktivno prepoznavanje in ukrepanje. Ključno vlogo pri tem imajo patronažne medicinske sestre, ki pogosto prve zaznajo znake nasilja v domačem okolju. S pogovorom z žrtvami, dokumentiranjem opazanj in obveščanjem pristojnih lahko pomembno prispevajo k zaščiti ranljivih oseb (Cvetežar & Lešnik Mugnaioni, 2019). Njihovo delovanje temelji tudi na spoštovanju avtonomije starejših, zato je nujno, da prepoznajo, kdaj lahko njeno pomanjkanje vodi v neprimerno obravnavo (Moilanen, et al., 2021).

Rezultati naše raziskave kažejo, da obstaja statistično značilna razlika pri doživljanju avtonomije med starejšimi osebami, ki so deležne rednih obiskov s strani svojcev in tistimi, ki so bolj odvisni pri samooskrbi. Ugotovljeno je bilo, da zdravstveni delavci ocenjujejo višjo raven samospoštovanja avtonomije pri posameznikih, ki imajo močnejšo socialno podporo, kar kaže na pomembno povezavo med prisotnostjo svojcev in vključevanjem starejših v odločitve o njihovi oskrbi. Po drugi strani pa večja fizična odvisnost pogosto vodi v zmanjšano vključenost v odločanje, kar lahko pomeni tveganje za zmanjšano samostojnost in občutek kontrole. Podobne ugotovitve potrjuje študija Wanga, et al. (2023), ki je raziskovala razmerja med sposobnostjo samopomoči in stopnjo invalidnosti pri starejših s kroničnimi boleznimi. Avtorji so poudarili, da samozavest in občutek samoučinkovitosti pomembno prispevata k ohranjanju avtonomije in nadzora nad vsakdanjim življenjem. V tem kontekstu je samopomoč kot izraz avtonomije močno povezana ne le s telesnimi, temveč tudi s psihosocialnimi dejavniki. Pomanjkanje socialne podpore ali občutka nadzora pa lahko prispeva k povečani ranljivosti starejših in poveča tveganje za različne oblike zlorabe, še posebej tam, kjer posameznik ni vključen v odločitve o lastni oskrbi.

Casey, et al. (2022) poudarjajo, da avtonomija starejših ni zgolj vprašanje fizične zmožnosti, temveč je v veliki meri odvisna tudi od širšega socialnega in čustvenega okolja, v katerem živijo. Njihova raziskava je pokazala, da osebna izbira, digitalna podpora ter kakovost socialnih povezav pomembno prispevajo k ohranjanju občutka nadzora nad lastnim življenjem. V tem kontekstu redni stiki s svojci delujejo kot varovalni dejavnik, ki krepi občutek varnosti, vključenosti ter možnosti odločanja o lastni oskrbi. Ti rezultati poudarjajo pomen celotne obravnave starejših, takšne, ki ne vključuje zgolj

fizične pomoči, temveč tudi zavestno ohranjanje avtonomije prek čustvene in socialne podpore. V praksi to pomeni, da je treba tudi v institucionalnih okoljih spodbujati povezovanje s svojci, ustvarjati čas in prostor za pogovor s starejšimi ter omogočati, da njihove želje in potrebe ostajajo v središču zdravstvene obravnave, tudi kadar postajajo vse bolj odvisni od pomoči drugih.

V naši raziskavi smo proučevali, kako zdravstveni delavci zaznavajo svojo odgovornost pri preprečevanju, prepoznavanju in prijavi zlorab ter v kolikšni meri prepoznajo svoj vpliv na zaščito starejših. Naša raziskava je pokazala, da imajo medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci visoko zaznavanje vloge pri zaščiti starejših pred zlorabami. Udeleženci so na Likertovi lestvici izrazili visoko stopnjo strinjanja s trditvami, ki poudarjajo odgovornost medicinskih sester pri preprečevanju, prepoznavanju in prijavi zlorab. Najvišji povprečni oceni sta dosegli trditvi, ki sta se nanašali na dolžnost medicinskih sester, da prijavijo vsako zlorabo in da spodbujajo starejše k prijavi zlorab. Te visoke vrednosti jasno kažejo na zavest zaposlenih v zdravstveni negi o svoji odgovornosti in pomembnosti aktivnega ukrepanja v primeru zaznave zlorabe. Naša raziskava je potrdila, da večina anketirancev prepozna svojo vlogo pri zaščiti starejših pred zlorabami, kar je v skladu z ugotovitvami drugih raziskav, kot je raziskava Braaten in Malmedal (2017), ki izpostavljata ključno vlogo medicinskih sester pri zgodnjem prepoznavanju zlorab. Zdravstveni delavci so pogosto prvi, ki zaznavajo znake zlorab, zato je njihova pripravljenost na ukrepanje ključna za preprečevanje nadaljnjih težav. Ta priprava je še posebej pomembna v primeru čustvenih in finančnih zlorab, ki so pogosto bolj skrite in manj očitne kot fizične zlorabe. Visoka povprečna ocena za trditev, da bi morale medicinske sestre spodbujati starejše k prijavi zlorab, nakazuje, da so zaposleni v zdravstveni negi tudi ozaveščeni o pomembnosti avtonomije starejših, kar je ključnega pomena za njihovo zaščito. Takšna podpora omogoča, da starejši, ki so morda prestrašeni ali zmedeni zaradi svoje situacije, lažje poiščejo pomoč. Visoka povprečna ocena za trditev, da sta profesionalna komunikacija in vzpostavljanje odnosa zaupanja ključna za preprečevanje zlorab, poudarja pomembnost mehkih veščin v procesu zaščite starejših. Raziskava Parka in Ha (2023) je že opozorila na pomen vključevanja vsebin o zlorabah v izobraževalne programe, da bi povečali ozaveščenost in pripravljenost bodočih zdravstvenih delavcev na ukrepanje. Naši rezultati podpirajo te ugotovitve, saj zaposleni

prepoznavajo pomen odrte in zaupne komunikacije pri ustvarjanju varnega okolja, ker lahko starejši pogosto izrazijo svoje skrbi in težave.

3.5.1 Omejitve raziskave

Pri izvedbi raziskave smo se soočili z določenimi omejitvami, ki jih je treba upoštevati. Najprej je treba omeniti, da smo uporabili namenski vzorec zdravstvenih delavcev, ki delajo s starejšimi v domovih za starejše in v patronažnem varstvu. Zaradi tega vzorec ni reprezentativen za celotno populacijo zdravstvenih delavcev v Sloveniji, kar omejuje možnost širšega posploševanja ugotovitev.

Odzivnost na anketo je bila nižja od pričakovane, prejeli smo 108 odgovorov od predvidenih 200. Nižja stopnja odzivnosti lahko pomeni, da so nekateri zdravstveni delavci z drugačnimi pogledi ali izkušnjami ostali neodzivni, kar lahko vpliva na ravnovesje mnenj v zbranih podatkih. Anketa je bila prostovoljna in anonimna, a je temeljila na samoporočanju, kar vedno nosi tveganje pristranskosti tako zaradi subjektivne presoje anketirancev kot tudi zaradi želje po družbeno sprejemljivih odgovorih.

Raziskava je bila izvedena v omejenem časovnem obdobju, kar pomeni, da nismo mogli zajeti morebitnih sprememb v pogledih ali ravnanjih zdravstvenih delavcev skozi daljše obdobje. Prav tako smo uporabili le kvantitativno metodo, spletno anketiranje, zato nismo mogli zajeti globljih, individualnih doživetij in izkušenj, ki bi jih bilo mogoče raziskati z dodatnimi kvalitativnimi pristopi, kot so intervjuji ali fokusne skupine.

Zavedamo se tudi, da vprašalnik morda ni mogel zajeti vseh plati obravnave tematike. Vprašalnik ima svoje pomanjkljivosti, saj ni bil oblikovan v standardizirani obliki z verificiranimi parametri, kar bi omogočilo bolj zahtevno statistično obdelavo in večjo zanesljivost rezultatov. Zaradi teh omejitev so lahko rezultati raziskave delno odvisni od specifičnih lastnosti vprašalnika in obsega uporabljenih meritev. Nekatere oblike zlorab, še posebej tiste bolj prikrite ali povezane z vsakdanjimi odnosi in komunikacijo, lahko ostanejo neopažene. Prav tako morda niso bile v celoti zajete manj očitne oblike

omejevanja avtonomije starejših oseb. Kljub tem omejitvam menimo, da raziskava ponuja dragocen vpogled v obravnavano področje in lahko služi kot dobra osnova za nadaljnje, poglobljene raziskave.

3.5.2 Prispevek k stroki in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Rezultati raziskave prispevajo k boljšemu razumevanju in zaznavanju zlorab starejših in vloge zdravstvenih delavcev pri zaščiti starejših oseb. Poudarjeni so ključni dejavniki, kot je pomen socialne podpore, zlasti prisotnosti svojcev, pri ohranjanju avtonomije starejših. Raziskava tudi potrjuje, kako pomembno je izobraževanje zdravstvenih delavcev na tem področju, saj lahko bolje prepoznajo zlorabe in jih preprečijo.

Na podlagi teh ugotovitev bi bilo smiselno prilagoditi izobraževalne programe za zdravstvene delavce in vključiti več vsebin o zaščiti starejših in ohranjanju njihove avtonomije. To bi pripomoglo k bolj celovitemu razumevanju in ustreznejši obravnavi starejših v zdravstvenih ustanovah ter domačem okolju.

Rezultati raziskave so lahko tudi osnova za izobraževalne in ozaveščevalne programe, ki bi bili usmerjeni v širšo javnost in zdravstvene delavce. Povečanje zavedanja o tej problematiki bi lahko pripomoglo k večji zaščiti starejših in k boljšim pristopom k ohranjanju njihove avtonomije.

Za nadaljnje raziskave bi bilo koristno širiti raziskavo na širša geografska območja, saj bi to omogočilo primerjavo zaznavanja zlorab in zaščite starejših v različnih okoljih. Prav tako bi bilo smiselno vključiti kvalitativne metode, da bi pridobili bolj poglobljeno razumevanje njihovih izkušenj. Razširitev raziskave na različne strokovnjake v zdravstveni negi bi omogočila bolj celovit vpogled v specifične izzive in rešitve v različnih oblikah oskrbe starejših, bodisi v institucionalnih bodisi v domačih okoljih.

Z nadaljnjim raziskovanjem in poglobljeno analizo lahko pomembno prispevamo k izboljšanju kakovosti zdravstvenih storitev ter zaščiti starejših oseb. Raziskava je odprla številne možnosti za nadaljnje delo, ki lahko pripomorejo k večji zaščiti avtonomije

starejših in boljšemu razumevanju različnih dejavnikov, ki vplivajo na zaščito pred zlorabami. S širšim vključevanjem različnih raziskovalnih metod in širšim geografsko-analitičnim pristopom bi lahko raziskali specifične izzive, ki se pojavljajo v različnih okoljih, ter razvili boljše prakse za zaščito starejših v prihodnosti.

4 ZAKLJUČEK

Zlorabe starejših, bodisi fizične, psihične ali verbalne, predstavljajo velik družbeni in zdravstveni problem. Nobena oblika zlorabe ne sme biti sprejemljiva, saj neposredno ogroža dostojanstvo, varnost in kakovost življenja starejših. Pomembno je, da se zlorabe ne le prepoznajo, temveč tudi jasno poimenujejo, prijavijo in obravnavajo, tako v domačem okolju kot v institucionalni oskrbi.

Medicinske sestre in zdravstveni delavci imajo ključno vlogo pri prepoznavanju in preprečevanju zlorab starejših, saj njihovo znanje, etična načela in profesionalna kultura pomembno prispevajo k ustvarjanju varnega okolja. Posebno zaščito imajo tudi svojci, saj njihova prisotnost in vključenost v oskrbo pogosto spodbujata večjo avtonomijo starejših pri odločanju o lastnem življenju. Povezovanje strokovne podpore in družinske bližine lahko bistveno prispeva k izboljšanju kakovosti oskrbe in krepitvi dostojanstva starejših oseb.

Za krepitev samozavesti in samostojnosti starejših je bistveno, da jim omogočimo aktivno vlogo pri odločanju o lastnem življenju. Starejši morajo imeti dostop do informacij o svojih pravicah in podporo pri tem, da prepoznajo morebitne grožnje ter se na njih znajo ustrezno odzvati, s pogovorom, prijavo ali iskanjem pomoči. Ko imajo občutek, da lahko sami odločajo, ohranjajo občutek lastne vrednosti in so bolj vključeni v svojo oskrbo. Takšen pristop je še posebej primeren za starejše, ki so kognitivno ohranjeni in še vedno samostojni pri vsakodnevnem življenju. Povsem drugačna je situacija pri osebah z demenco, zlasti v napredovalnih fazah bolezni, kjer je sposobnost samostojnega odločanja pogosto močno okrnjena ali celo izgubljena. Zaradi tega je ključnega pomena, da zanje že zgodaj oblikujemo individualni načrt oskrbe, ki predvideva postopno izgubo odločanja ter vključuje svojce in strokovno osebje, ki bodo znali ravnati spoštljivo, odgovorno in z razumevanjem do njihovih potreb ter dostojanstva.

Pomembno je ključno razvijanje jasnih smernic in protokolov za obravnavo zlorab starejših, pri čemer je potrebno upoštevanje njihove kognitivne in telesne omejitve. Zelo pomembno je tudi nenehno strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev še posebej

medicinskih sester, saj so ravno one pogosto prve, ki lahko opazijo znake zlorab. Prepoznavanje teh znakov, razumevanje zakonodaje in ustrezno ukrepanje so temeljni elementi zaščite ranljivih skupin. Prav tako je nujno vključevati svojce v procese oskrbe, saj so pomemben vir čustvene podpore in dodatna zaščitna mreža. Interdisciplinarno sodelovanje, dostopni postopki za prijavo zlorab in odprta komunikacija z vsemi vpletenimi so ključni za ustvarjanje varnega in podpornega okolja za starejše.

Na raziskovalni rabi bi bilo smiselno nadalje raziskovati vpliv institucionalnih politik na preprečevanju zlorab, razvijati pristope za opolnomočenje oseb z demenco ter proučiti, kako različne oblike izobraževanja vplivajo na zaznavanje in ukrepanje zdravstvenih delavcev v primeru zaznave zlorab. Samo s skupnimi prizadevanji lahko dosežemo, da bodo starejši živeli varno, s spoštovanjem in s čim večjo mero samostojnosti.

5 LITERATURA

Avberšek Lužnik, I. & Kobentar, R., 2025. Teorije staranja – biološke, psihološke in socialne. In: R. Kobentar, S. Pivač, A. Kokalj Palandačič, K. Pesjak & M. Kocijančič, eds. *Zdravstvena nega z gerontologijo: Priročnik za študente zdravstvene nege*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 15-32.

Baker, P.R.A., Francis, D.P., Hairi, N.N., Othman, S. & Choo, W.Y., 2016. *Interventions for preventing abuse in the elderly*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, pp. 9-11.

Boren, S., 2020. *Elder abuse: What research says about prevalence, assessment, and prevention*. [online] Available at: <https://journalistsresource.org> [Accessed 17 November 2024].

Botngård, A., Eide, A.H., Mosqueda, L. & Malmedal, W., 2020. Resident-to-resident aggression in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Geriatrics*, 20(1), pp. 1-9. 10.1186/s12877-020-01623-7.

Braaten, K.L. & Malmedal, W., 2017. Preventing physical abuse of nursing home residents – as seen from the nursing staff's perspective. *Nursing Open*, 4(4), pp. 274-281. 10.1002/nop2.98.

Burgess, A., Barrow, M. & Hunter, E., 2019. The role of nurses in preventing elder abuse in long-term care settings: A review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31(1), pp. 53-68. 10.1080/08946566.2018.1532669.

Carneiro, J.L.S. & Mesquita Ayres, J.R. de C., 2020. Older adult health and primary care: Autonomy, vulnerabilities and challenges of care. *Revista de Saúde Pública*, 55, e00229. 10.11606/s1518-8787.2021055002410.

Casey, B., Marston, G. & Vyas, D., 2022. Self-care practices in the context of older adults living independently. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 29(4), pp. 1-26. 10.1145/3492804.

Cvetežar, I.Š. & Lešnik Mugnaioni, D., 2019. *Predlog strokovnih smernic za obravnavo nasilja v družini v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M. & Griffiths, P., 2020. Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), p. 41. 10.1186/s12960-020-00469-9.

Dong, X., 2015. Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), pp. 1214-1238.

European Commission, 2021. *The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*. [online] Available at: https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en [Accessed 31 July 2024].

González, L., García, L. & Pérez, J., 2019. Nursing interventions in preventing elder abuse in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 45(9), pp. 6-13. 10.3928/00989134-20190819-01.

Halbwachs, H.K., Eder, J., Klemenc, D. & Velepčič, M., 2024. *Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Iannuzzi, K., 2015. *Nursing home elder abuse and neglect: A preliminary guide for risk prevention and patient advocacy*. [online] Available at: <https://www.proquest.com/docview/1668130787/fulltextPDF/2D4DF70B008244C5PQ/>

1?accountid=152899&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses [Accessed 3 January 2025].

Inouye, S.K., Long, K.H. & Bernard, M., 2016. Enhancing the care of older adults in the hospital: Strategies for improving quality of care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(8), pp. 1578-1585. 10.1111/jgs.14201.

Kazenski zakonik (KZ-I), 2021. Uradni list Republike Slovenije št. 60.

Klun, M. & Frangeš, D., 2021. Pregled literature o nasilju odraslih otrok nad starši in nasilju nad starejšimi. *Varstvoslovje*, 21(3), pp. 283-303.

Kokalj Palandačič, A., 2025. Staranje tkiv in organskih sistemov. In: R. Kobentar, S. Pivač, A. Kokalj Palandačič, K. Pesjak & M. Kocijančič, eds. *Zdravstvena nega z gerontologijo: Priročnik za študente zdravstvene nege*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 44-51.

Lachs, M.S. & Pillemer, K., 2015. Elder abuse. *New England Journal of Medicine*, 373(20), pp. 1947-1956. 10.1056/NEJMra1404688.

Lima, A.M.N., Martins, M.M.F.S., Ferreira, M.S.M., Coelho, A.R.N., Schoeller, S.D. & Parola, V.S.O., 2022. Nursing focuses and interventions that promote the autonomy of the elderly. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, p. e20220018. 10.1590/1983-1447.2022.20220018.

Ministrstvo za zdravje, 2021. *Smernice za ravnanje ob sumu nasilja nad starejšimi osebami*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Moilanen, T., Suhonen, R. & Kangasniemi, M., 2021. Nursing support for older people's autonomy in residential care: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 17, p. e12428. 10.1111/opn.12428.

Molina-Mula, J. & Gallo-Estrada, J., 2020. Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), p. 835. 10.3390/ijerph17030835.

Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkievicz, J. & Nakrem, S., 2020. Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research*, 20(199), pp. 1-10. 10.1186/s12913-020-05197-9.

Nemati-Vakilabad, R., Khalili, Z., Ghanbari-Afra, L. & Mirzaei, A., 2023. The prevalence of elder abuse and risk factors: a cross-sectional study of community older adults. *BMC Geriatrics*, 23(1), p. 616. 10.1186/s12877-023-04307-0.

Park, D. & Ha, J., 2023. An educational program promoting reporting of elder abuse by nursing students: A pilot study. *BMC Geriatrics*, 23(1), pp. 1-9. 10.1186/s12877-023-03931.

Phelan, A., 2018. The role of the nurse in detecting elder abuse and neglect: current perspectives. *Nursing: Research and Reviews*, 8, pp. 15-22. 10.2147/NRR.S148936.

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M.S., 2016. Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(2), pp. 194-205. 10.1093/geront/gnw004.

Primc, T. & Lobnikar, B., 2019. Nasilje nad starejšimi v domovih za starejše in v domačem okolju. *Kakovostna starost*, 22(1), pp. 3-20.

Ramovš, J., 2023. Zakon o dolgotrajni oskrbi v Sloveniji in antropologija humane sodobne oskrbe. *Kakovostna starost*, 26(4), pp. 3-34.

Samartini, R.S., Candido, V.C. & Revista, B.E., 2020. Reflections on elderly autonomy and its meaning for the practice of nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), pp. 1-5.

Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T. & Hjemdal, O.K., 2017. *Violence and abuse against elderly people in Norway: A national prevalence study*. [pdf] Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies. Available at: https://www.nkvts.no/content/uploads/sites/2/2019/10/NKVTS_report_9_17_violence-against-the-elderly.pdf [Accessed 7 May 2025].

Sill, K. & Haskins, P. A., 2025. *Studies of mistreatment of older adults offer solutions to an urgent and growing societal problem*. Washington, D.C.: National Institute of Justice Journal.

Statistični urad Republike Slovenije, 2023. *Eurostat – EUROPOP 2023, preračuni UMAR*. [online] Available at: <https://www.umar.gov.si/publikacije/kratke-analize/publikacija/projekcije-europop2023-in-demografska-slika-slovenije> [Accessed 7 May 2025].

Šare, I. & Ljubimić, D., 2017. Risk factors for elder abuse and neglect in institutional setting. *Aging & Mental Health*, 21(6), pp. 602-609. 10.1080/13607863.2016.1200709.

Tohmola, A., Saarnio, R., Mikkonen, K., Kyngäs, H. & Elo, S., 2022. Competencies relevant for gerontological nursing: Focus-group interviews with professionals in the nursing of older people. *Nordic Journal of Nursing Research*, 42(3), pp. 123-132. 10.1177/20571585211030421.

Van Loon, J., Luijkx, K., Janssen, M., de Rooij, I. & Janssen, B., 2021. Facilitators and barriers to autonomy: a systematic literature review for older adults with physical impairments, living in residential care facilities. *Ageing and Society*, 41(5), pp. 1021-1050. 10.1017/S0144686X19001557.

Van Loon, J., Janssen, M., Janssen, B., de Rooij, I. & Luijkx, K., 2023. Developing a person-centred care environment aiming to enhance the autonomy of nursing home residents with physical impairments, a descriptive study. *BMC Geriatrics*, 23(1), p. 747. 10.1186/s12877-023-04434-8.

Van Loon, J., Janssen, M., Janssen, B., de Rooij, I. & Luijkx, K., 2024. How older adults with physical impairments maintain their autonomy in nursing homes. *Ageing and Society*, 44(11), pp. 2397-2419. 10.1017/S0144686X22001428.

Wang, T., Wang, S., Wu, N. & Liu, Y., 2023. The mediating effect of self-efficacy on the relationship between self-care ability and disability level in older adult patients with chronic diseases. *BMC Geriatrics*, 23(1), pp. 1-9. 10.1186/s12877-023-03207-1.

Weissberger, G.H., Goodman, M.C., Mosqueda, L., Schoen, J., Nguyen, A.L., Wilber, K.H., Gassoumis, Z.D., Nguyen, C.P. & Han, S.D., 2020. Elder abuse characteristics based on calls to the National Center on Elder Abuse (NCEA) resource line. *Journal of Applied Gerontology*, 39(10), pp. 1078-1087. 10.1177/0733464819865685.

World Health Organization (WHO), 2022. *Elder abuse*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse> [Accessed 18 November 2024].

World Health Organization (WHO), 2024. *Abuse of older people*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> [Accessed 3 May 2025].

Yi, Q. & Hohashi, N., 2018. Comparison of perceptions of domestic elder abuse among healthcare workers based on the Knowledge-Attitude-Behavior (KAB) model. *PLoS ONE*, 13(11), p. e0206640. 10.1371/journal.pone.0206640.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), 2016. Uradni list Republike Slovenije št. 68.

24ur.com, 2024. *Omamil ženo, sledila posilstva: pri Francozu našli tudi fotomontaze gole hčere*. [online] Available at: <https://www.24ur.com/novice/tujina/omamil-zeno-sledila-posilstva-pri-francozu-nasli-tudi-fotomontaze-gole-hcere.html> [Accessed 8 May 2025].

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Spoštovani!

Sem Andreja Verdev, študentka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pod mentorstvom doc. dr. Radojke Kobentar pripravljam diplomsko delo z naslovom Vloga medicinske sestre pri ohranjanju avtonomije in zaščita starejših pred zlorabo. Prosim vas za sodelovanje v raziskavi za namen diplomskega dela.

Vprašalnik zajema stališča glede spoštovanja avtonomije starejših, zlorab starejših in vloge medicinske sestre ter sodelavcev v zdravstveni negi in oskrbi. Pri vsakem vprašanju označite odgovor, ki najbolj ustreza vašemu mnenju. Za izpolnjevanje anketnega vprašalnika boste potrebovali od 5 do 6 minut.

Vsi podatki so popolnoma anonimni in ne razkrivajo nobenih razpoznavnih značilnosti. Predstavitve rezultatov raziskave bodo anonimne in uporabljene izključno za namen diplomskega namena.

Za vaše sodelovanje in pomoč se vam že vnaprej zahvaljujem!

Andreja Verdev

1. Demografski podatki

1.1 SPOL:

- a) Moški
- b) Ženski

1.2 STAROST:

- a) 18–25 let
- b) 26–33 let
- c) 34–45 let
- d) 46 ali več let

1.3 POKLIC, KI GA OPRAVLJATE:

- a) Bolničar negovalec
- b) Srednja medicinska sestra/tehnika zdravstvene nege
- c) Diplomirana medicinska sestra/diplomantka zdravstvene nege

1.4 DELOVNA DOBA

Koliko let (delovna doba) izkušenj imate z delom s starejšimi osebami?
_____ (min 0, max 40)

1.5 DELOVNO OKOLJE:

- a) Dom za starejše
- b) Patronažno zdravstveno varstvo

2. Avtonomija starejših

2.1 Kako pogosto starejše osebe sodelujejo pri odločanju o svoji oskrbi?

1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
------------	-----------	------------	-------------	-----------

2.2 Kako pogosto se srečujete s situacijami, kjer je ohranjanje avtonomije starejših oseb pomembno?

1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
------------	-----------	------------	-------------	-----------

2.3 Kako pogosto medicinske sestre spodbujajo starejše pri uveljavljanju svojih potreb in želja?

1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
------------	-----------	------------	-------------	-----------

2.4 Kako pogosto se po vašem mnenju upošteva avtonomijo in odločanje starejših, ki so odvisni pri samooskrbi?

1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
------------	-----------	------------	-------------	-----------

2.5 Kako pogosto se po vašem mnenju spoštuje avtonomijo starejših, ki imajo redne obiske in stike s svojci (tedensko)?

1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
------------	-----------	------------	-------------	-----------

3. Zlorabe starejših

3.1 Kako pogosto opazate naslednje vrste zlorab starejših oseb v institucionalni oskrbi? Označite za vsako vrsto zlorabe posebej.

Fizična	1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
Psihična ali čustvena	1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
Finančna	1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
Izkoriščanje	1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
Zanemarjanje	1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
Spolna	1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno

3.2 Ali ste kadarkoli opazili znake (praske, modrice, žalost, jok, prestrašenost, kraja denarja) zlorabe ali zanemarjanja med oskrbo starejših ljudi?

1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
------------	-----------	------------	-------------	-----------

3.3 Ali pri obravnavi starejših z ugotovljeno zlorabo upoštevate protokol ustanove?

1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
------------	-----------	------------	-------------	-----------

3.4 Če ste opazili zlorabo s strani zaposlenega ali svojca, ste zadevo ustno in pisno prijavili ustrezni osebi v ustanovi.

1 = nikoli	2 = redko	3 = včasih	4 = pogosto	5 = vedno
------------	-----------	------------	-------------	-----------

4. Vloga medicinskih sester

4.1 Ali menite, da so medicinske sestre zavezane aktivni vlogi pri preprečevanju zlorab?

1 = nikakor se ne strinjam	2 = ne strinjam se	3 = niti niti (nevtralno)	4 = strinjam se	5 = popolnoma se strinjam
----------------------------	--------------------	---------------------------	-----------------	---------------------------

4.2 Ali menite, da bi medicinske sestre morale spodbujati starejše k prijavi zlorab?

1 = nikakor se ne strinjam	2 = ne strinjam se	3 = niti niti (nevtralno)	4 = strinjam se	5 = popolnoma se strinjam
----------------------------	--------------------	---------------------------	-----------------	---------------------------

4.3 Ali so medicinske sestre dolžne prijaviti vsako zlorabo in neprimerno ravnanje pri oskrbi starejših?

1 = nikakor se ne strinjam	2 = ne strinjam se	3 = niti niti (nevtralno)	4 = strinjam se	5 = popolnoma se strinjam
----------------------------	--------------------	---------------------------	-----------------	---------------------------

4.4 Ali menite, da bi redno izobraževanje kadra o zlorabah morale opraviti medicinske sestre?

1 = nikakor se ne strinjam	2 = ne strinjam se	3 = niti niti (nevtralno)	4 = strinjam se	5 = popolnoma se strinjam
----------------------------	--------------------	---------------------------	-----------------	---------------------------

4.5 Ali menite, da sta profesionalna komunikacija s starejšimi in odnos zaupanja pomembna dejavnika pri preprečevanju zlorab?

1 = nikakor se ne strinjam	2 = ne strinjam se	3 = niti niti (nevtralno)	4 = strinjam se	5 = popolnoma se strinjam
----------------------------	--------------------	---------------------------	-----------------	---------------------------

4.6 Kako bi ocenili trenutno raven osveščenosti medicinskih sester o preprečevanju in prepoznavanju zlorab starejših (ocenite med 1=nezadostno in 5=odlično)?

1 = nezadostno	2 = zadostno	3 = dobro	4 = prav dobro	5 = odlično
----------------	--------------	-----------	----------------	-------------