



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge
stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SPODBUDNA DOMSKA OKOLJA
IN NJIHOV VPLIV NA KAKOVOST
ŽIVLJENJA STAROSTNIKOV**

**FAVOURABLE NURSING CARE SETTINGS
AND THEIR IMPACT ON THE QUALITY
OF LIFE IN THE ELDERLY**

Mentorica: doc. dr. Simona Hvalič Touzery Kandidatka: Marija Trček

Jesenice, marec, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Simoni Hvalič Touzery, za vso pomoč, potrpljenje, strokovne usmeritve in utemeljene ter uporabne predloge, ki mi jih je podala ob nastajanju magistrskega dela.

Zahvaljujem se recenzentoma, izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in dr. Radojki Kobentar, viš. pred., za vso pomoč.

Zahvaljujem se lektorici Nini Skube za lektoriranje magistrskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V Sloveniji naglo naraščajo potrebe po institucionalnem varstvu starostnikov. Kakovost življenja se pogosto bistveno spremeni, ko starostnik živi v domu za starejše. Določajo ga udobje v domu in kakovost storitev, funkcionalne zmožnosti, zasebnost, dostojanstvo, aktivnosti v domu, medsebojni odnosi, avtonomija, prehrana, duhovnost, varnost in individualnost.

Cilj: Ugotoviti, v kolikšni meri so starostniki v domovih za starejše zadovoljni s kakovostjo življenja.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja. Podatke smo zbirali s pomočjo vprašalnika (Cronbachov alfa = 0,921). Raziskava je potekala med starostniki v domovih za starejše v gorenjski in osrednjeslovenski regiji, v mesecu juniju in juliju leta 2014. V raziskavi je po principu nenaključnega vzorčenja sodelovalo 313 starostnikov. Uporabili smo opisno, bivariatno in multivariatno analizo.

Rezultati: Ugotavljamo, da so starostniki splošno gledano zadovoljni s kakovostjo življenja v domovih za starejše, a se zadovoljstvo zmanjša ob večji odvisnosti od pomoči drugih. S kakovostjo življenja bolj zadovoljni starostniki, ki so bolje ocenili svoje zdravje, ($p=0,004$) in ki se udeležujejo organiziranih aktivnosti domu ($p=0,001$). Medsebojni odnosi ter kakovost storitev in udobje v domu statistično pomembno vplivata na kakovost življenja starostnikov ($p=0,000$) statistično pomembnih razlik med kakovostjo življenja starostnika v domu glede na stopnjo odvisnosti pomoči od drugih ($p=0,240$) in tip sobe ($p=0,805$) nismo potrdili.

Razprava: Pomembna ugotovitev raziskave je, da domovi niso prilagojeni vsem skupinam starostnikov in da so z vidika proučevanih elementov kakovosti življenja najbolj zapostavljeni bolni starostniki, ki so odvisni od pomoči drugih. Domovi za starejše delajo pa različnih modelih, ki vplivajo na kakovost življenja starostnikov. Pomembno je, da domovi sprejmejo nove modele oskrbe (npr. gospodinjske skupnosti) ter da se temu prilagodijo tudi standardi in smernice. V prihodnje bi bilo potrebno podobno raziskavo izvesti na območju celotne Slovenije, saj bi dala pomembne smernice za izboljšanje kakovosti življenja starostnikov v domovih za starejše.

Ključne besede: starostniki, kakovost življenja, domovi za starejše

SUMMARY

Theoretical background: In Slovenia, there is an increasing need for institutional care of older people. The quality of life often dramatically changes for elderly living in a nursing home. It is determined by comfort in the nursing home, services' quality, their functional abilities, privacy, and dignity, activities in the nursing home, interpersonal relations, autonomy, nutrition, spirituality, security, and individuality.

Objective: Estimating the satisfaction of the elderly with the quality of life in nursing homes.

Method: We used quantitative non-experimental research method. We collected information using the questionnaire (Cronbach alpha = 0,921). The research was carried out between the elderly in the nursing homes in the regions Gorenjska and Central Slovenia in June and July 2014. There were 313 residents of nursing homes participating in the research, based on the principle of non-random sampling. We used descriptive, bivariate and multivariate analysis.

Results: We found out that the elderly are generally satisfied with the quality of life in nursing homes, but the satisfaction diminishes with the increase of the need for dependent care. The estimation of the quality of life was better by the residents whose estimation of health was also better ($p = 0,001$), and also by those participating in organized activities in the nursing homes ($p = 0,001$). Interpersonal relations, quality of services, and comfort in the nursing homes statistically importantly influence the quality of life of the elderly ($p = 0,000$). Statistically important differences between the quality of life and need for dependent care ($p = 0,240$), or room type ($p = 0,805$) were not confirmed.

Discussion: An important research finding was that nursing homes are not adjusted for all groups of the elderly, and that the elderly with the need for dependent care are more discriminated. Nursing homes are working according to different models which influence the quality of life of the elderly. For the nursing homes, it is important to adopt new models of care (e. g. community care) and to adjust standards and guidelines. In the future, it would be useful to carry out the research throughout Slovenia because we could get important guidelines for improving the quality of life of the elderly in the nursing homes.

Key words: elderly, quality of life, nursing homes.

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 STARANJE PREBIVALSTVA IN IZZIVI, POVEZANI Z NJIM.....	3
2.1.1 Novi modeli domov za starejše	5
2.1.2 Razširjenost domov v Sloveniji	9
2.2 KAKOVOST ŽIVLJENJA STAROSTNIKOV V DOMOVIH	12
2.2.1 Opredelitev kakovosti življenja.....	13
2.2.2 Potrebe za kakovostno življenje starostnikov v domovih za starejše	15
2.3 POMEN ZDRAVSTVENE NEGE PRI DOSEGANJU KAKOVOSTI ŽIVLJENJA STAROSTNIKOV V DOMOVIH	26
3 EMPIRIČNI DEL.....	31
3.1 NAMEN IN CILJI MAGISTRSKEGA DELA	31
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE	31
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	32
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	32
3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta	33
3.3.3 Opis vzorca.....	35
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	37
3.4 REZULTATI	38
3.4.1 Preverjanje hipotez.....	63
3.5 RAZPRAVA	68
4 ZAKLJUČEK	81
5 LITERATURA	83
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Vrednosti Cronbachov koeficienta alfa	34
Tabela 2: Delež starostnikov iz vključenih domov, ki so sodelovali v raziskavi, po spolu	36
Tabela 3: Starostna razdelitev starostnikov v vzorcu	36
Tabela 4: Stopnja izobrazbe starostnikov	37
Tabela 5: Dolžina bivanja v domu.....	38
Tabela 6: Starostniki v posamezni oskrbi in delež starostnikov, ki so bili zajeti v raziskavo.....	39
Tabela 7: Vrsta sobe	39
Tabela 8: Ocena zdravstvenega stanja.....	40
Tabela 9: Omejenost pri vsakodnevnih aktivnostih	40
Tabela 10: Stopnja odvisnosti starostnikov od pomoči drugih.....	41
Tabela 11: Kakovost storitev in udobje v domu (n=313).....	41
Tabela 12: Funkcionalne zmožnosti starostnikov (n = 313)	42
Tabela 13: Zasebnost starostnikov (n = 313)	42
Tabela 14: Dostojanstvo starostnikov v domovih (n = 313)	43
Tabela 15: Aktivnosti v domu (n = 313)	44
Tabela 16: Medsebojni odnosi (n = 313).....	44
Tabela 17: Avtonomija starostnikov (n=313).....	45
Tabela 18: Prehrana v domovih (n = 313).....	45
Tabela 19: Duhovnost starostnikov v domovih (n = 313).....	46
Tabela 20: Varnost starostnikov v domovih (n = 313).....	46
Tabela 21: Individualnost starostnikov v domovih (n = 313)	47
Tabela 22: Nivo kakovosti življenja v domovih (n = 313).....	48
Tabela 23: Povprečna vrednost in standardni odklon za vsak sklop posebej.....	49
Tabela 24: Rezultati Spearmanovega koeficienta korelacije.....	50
Tabela 25: Korelacija spola s funkcionalnimi zmožnostimi, dostojanstvom in duhovnostjo	52
Tabela 26: Korelacija izobrazbe z zasebnostjo, medsebojnimi odnosi, prehrano in duhovnostjo	53

Tabela 27: Korelacija stopnje oskrbe s funkcionalnimi zmožnostmi, zasebnostjo, dostojanstvom, aktivnostmi v domu, medsebojnimi odnosi, avtonomijo in individualnostjo	54
Tabela 28: Korelacija med tipom sobe in zasebnostjo, aktivnostmi v domu, avtonomijo duhovnostjo	55
Tabela 29: Korelacija samoocene zdravja s funkcionalnimi zmožnostmi, dostojanstvom, aktivnostmi v domu, avtonomijo, prehrano in duhovnostjo	57
Tabela 30: Korelacija med omejenostjo v vsakdanjih aktivnostih in funkcionalnimi zmožnostmi, zasebnostjo, dostojanstvom, aktivnostmi v domu, medsebojnimi odnosi, avtonomijo, duhovnostjo in individualnostjo	59
Tabela 31: Korelacija med odvisnostjo od pomoči drugih in funkcionalnimi zmožnostmi, zasebnostjo, dostojanstvom, aktivnostmi v domu, medsebojnimi odnosi, avtonomijo in individualnostjo	61
Tabela 32: Prikaz povezanosti kakovosti življenja in odvisnosti od pomoči drugih	63
Tabela 33: Kruskal Wallis Test pri razliki v kakovosti življenja in stopnji odvisnosti od pomoči drugih.....	63
Tabela 34: Rezultati korelacijske analize o povezanosti med samooceno zdravja in kakovostjo življenja starostnikov	64
Tabela 35: Pearsonov koeficient korelacije.....	64
Tabela 36: Povezanost med tipom sobe in kakovostjo življenja.....	65
Tabela 37: Kruskal Wallis Test pri razliki v kakovosti življenja in tipom sobe	65
Tabela 38: Spearmanov koeficient korelacije med kakovostjo življenja in udeležbo aktivnostih v domu za starejše.....	65
Tabela 39: Razvrstitev domov po oceni starostnikov o kakovosti življenja	66
Tabela 40: Kruskal Wallis Test razlike med javnimi domovi za starejše in domovi za starejše, ki delujejo s koncesijo	67
Tabela 41: Kruskal Wallis Test pri razliki v kakovosti življenja in posameznim domom.....	67
Tabela 42: Povzetek modela razlik medsebojnimi odnosi, kakovostjo storitev in udobjem v domovih s kakovostjo življenja starostnikov	67
Tabela 43: ANOVA med kakovostjo življenja starostnikov in medsebojnimi odnosi, kakovostjo storitev ter udobjem v domu	68

Tabela 44: Koeficienti, ki dokazujejo vpliv kakovost storitev in udobja v domu ter medsebojnih odnosov na kakovost življenja starostnikov.....	68
--	----

1 UVOD

Prebivalstvo v Evropi se stara in Evropa je svetovno ena najstarejših regij. Že okrog leta 1950 so strokovnjaki začeli ugotavljati, da smo na pragu družbenega staranja oziroma povečanega števila starejšega prebivalstva, ki bo v razvitih civilizacijah doseglo vrhunec v prvi polovici 21. stoletja, ker se bo postarala generacija, rojena v prvem desetletju po drugi svetovni vojni (European Commission, 2003). V naslednjih desetletjih bosta imeli Slovenija in Evropa več kot tretjino prebivalstva starega več kot 60 let. To dejstvo nas postavlja pred naloge, ki so preživitveno verjetno najzahtevnejše v dosednji zgodovini naše kulture. Pred novimi nalogami so vsi družbeni resorji in večina znanosti, posebej velike pa so naloge zdravstva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, gospodarstva, urejanje prometa ter arhitekturnega oblikovanja prostora (Ramovš, 2008, p. 188). V manj kot štirih letih se pričakovana življenjska doba v Sloveniji poveča za več kot eno leto, število starejših od 80 let pa narašča s trikratno hitrostjo (Skupnost slovenskih zavodov, 2013c). Da bi celostno proučili kakovost življenja starostnikov, je treba družbeni blaginjski sistem proučiti širše. Opredeliti je treba ekonomski status starostnikov, socialno vključenost in zdravstveno oskrbo. Šele pogled iz različnih perspektiv nam bo lahko povedal, ali so starostniki zadovoljni s svojim življenjem, ali so dosegli zastavljene cilje in ali je njihovo življenje kakovostno (Lah, 2007). Po mnenju Bonda (2004) pa se kakovost življenja v vsakdanjem življenju povezuje z življenjskim stilom posameznika ali skupine. Organizacija združenih narodov priznava, da je blagostanje starostnikov najbolj pereče socialno vprašanje današnjega časa (Esping-Andersen, et al., 2003). O potrebi preučevanja obstoječih ekonomsko-socialnih sistemov poudarja tudi Lizbonska deklaracija, ko pravi, da je treba v Evropi vlagati v ljudi ter vzpostaviti aktivno in dinamično družbeno blaginjo držav. Kakovost življenja je postala ključni koncept javnih politik Evropske unije, s poudarkom na vprašanjih, kako jo zagotoviti in kako jo ohraniti daljše časovno obdobje. V Sloveniji poteka preučevanje kakovosti življenja od začetka osemdesetih let (Lah, 2007). Starostnikom se pred pomembnimi odločitvami zastavljajo številna vprašanja: kje živeti, kako si pomagati in kako preživeti. Prejemajo različne oblike pomoči v zavodu, v družini ali drugi organizirani

obliki, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma ter lastne družine (Cijan & Cijan, 2003).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 STARANJE PREBIVALSTVA IN IZZIVI, POVEZANI Z NJIM

Po vsem svetu število in delež starostnikov naraščata izjemno hitro, najhitreje pa v državah, ki so v razvoju (Helpage, 2013b). V mednarodni raziskavi SHARE 2011 je moč zaslediti podatek, da je v Sloveniji 85,7 % starostnikov, starih 65 let ali več, ki niso omejeni pri življenjskih aktivnostih. Zaradi zdravstvenih težav pa je 16 % starostnikov zelo omejenih pri vsakodnevnih aktivnosti (Hvalič-Touzery, 2013). Zavedati se je treba, da so staranje, bolezni, onemoglost in smrt neizbežna naravna danost, ki je ne moremo odstraniti. Doživljanje smisla življenja v starosti pa je povsem odvisno od vsakega posameznika (Ramovš, 2008). Razvojne politike in proračunske določbe o staranju ne gredo v korak s časom, s trenutnim trendom naraščanja števila in deleža starostnikov v populaciji ter z globalnimi ambicijami in varnostjo starostnikov (Helpage, 2013b). Potencialno moč kaže multi-komponentno sodelovanje, ki združuje oskrbo, zdravstveno nego in delovno terapijo pri izboljševanju vsakodnevnih aktivnostih starostnikov, dobro počutje ter s tem izboljšanje kakovosti življenja starostnikov (Szanton, et al., 2011). Aktivnost starostnikov vpliva na njihovo fizično kondicijo, duševni mir in smisel v življenju, kar se odraža na njihovi kakovosti življenja. Povečanje svojih dejavnosti in opravljanje nekaterih novih dejavnosti lahko pomagata starostnikom, da se lažje prilagodijo, ko se soočajo s težavnimi dogodki v svojem življenju. Nekateri vidiki kakovosti življenja starostnikov so v tesni povezavi s fizičnimi, z duševnimi in s socialnimi sposobnosti starostnikov (Hjaltadóttir & Gustafsdóttir, 2007). Bowling in drugi (2003) so v raziskavi ugotovili, da so glavne teme, ki po mnenju samih starostnikov vplivajo na kakovost njihovega življenja: dobri medosebni odnosi z družino, prijatelji in sosedi, dober dom in sošeska (varna, dobra infrastruktura, vključno s transportom), pozitiven pogled na življenje in mentalno zdravje, aktivnosti oziroma hobiji (izvajani samostojno), dobro zdravje in funkcionalna sposobnost, socialne vloge in prisostvovanje socialnim in dobrodelnim aktivnostim, dovolj dohodka, neodvisnostter nadzor nad svojim življenjem.

V zadnjih letih prihaja do naglega naraščanja potreb po institucionalnem varstvu starostnikov, ki se kaže v treh ključnih dejavnikih. Prvi dejavnik je, da se prebivalstvo pospešeno stara in se kaže kot naraščanje deleža ljudi, starih 65 let in več, v celotnem prebivalstvu. Najhitreje narašča delež najstarejših, to je ljudi, starih 80 let in več. Drugi pomemben dejavnik so spremembe v zdravstvenem stanju, ker starejši ljudje z različnimi boleznimi živijo dlje, potrebujejo profesionalno, zahtevno zdravstveno nego in pomoč. Tretji dejavnik pa so socialne spremembe v družbi. Družine vedno težje poskrbijo za svoje starejše in redke so tiste aktivne družine, predvsem pa v mestnih okoljih, ki bi lahko skrbele za svoje starejše člane (Bračič, 2011). Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010 navaja kot cilj 5-odstotno vključitev starejših (več kot 65 let) v institucionalno varstvo. Širjenje mreže domov za starejše poteka tako iz javnih kot zasebnih sredstev in na podlagi javno–zasebnih partnerstev (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010, 2006). Poleg družine je država z ustanavljanjem ustreznih služb najbolj poklicana k skrbi za starostnike. V okviru civilne družbe se ustanovljajo ustanove, ki skrbijo za starostnike, nepridobitne prostovoljske organizacije in neformalne podporne mreže. Z vključevanjem civilne družbe v celovito oskrbo starostnikov lahko predstavniki civilne družbe bistveno vplivajo na izboljševanje kakovosti življenja starostnikov tako v institucijah kot v domačem okolju (Cijan & Cijan, 2003). Potrebe starejših ljudi z leti naraščajo, predvsem v smislu kakovostne nege in varstva ter socialne in medicinske oskrbe. Domovi se srečujejo z vse večjimi zahtevami, zato neprestano izboljšujejo in ocenjujejo zadovoljstvo starostnikov ter kakovost opravljenih storitev (Bračič, 2011).

Velika obogatitev tedenskega ritma so skupine za samopomoč. Vse leto se dogajajo še druge dejavnosti: kulturne in športne prireditve, izleti, pikniki, srečanja s svojci in podobno. Razne aktivnosti in srečanja so tudi priložnost, da stanovalci doma vzpostavijo stik z okolico (Brezovšček, 2009).

2.1.1 Novi modeli domov za starejše

Slovenski domovi za starejše so se v obdobju zadnjih 60 let iz »hiralnic« razvili v zapletene institucionalne sisteme, ki imajo pomembno vlogo na področju skrbi za stare ljudi, in so nedvomno dosegli pomemben kakovostni razvoj (Milošević-Arnold & Mali, 2006). Kobentar (2010) navaja več modelov obravnave starostnikov v domu. Poleg dominantnega medicinskega modela omenja še psihosocialni model (poudarek na psihosocialnih aktivnostih starostnikov), ekološki model (poudarek na oblikovanju fizičnega, socialnega in osebnega okolja z namenom spodbujanja aktivnosti, ohranjanja socialnih stikov ter avtonomije) ter rhabilitacijski model, ki pa je še posebej usmerjen v osebe z demenco. Ramovš (2003) pravi, da je dom za starejše ljudi institucija, ki zadovoljuje osnovne človekove potrebe po hrani, pranju, likanju, ogrevanju, negi, družabnosti in zdravstvenem varstvu. Socialna institucija je oblika kolektivnega bivanja, ki jo določajo predpisane norme in pravila. Institucionalna pomoč je lahko samo začasna, če gre za proces rehabilitacije ali sezonsko bivanje. Večina, ki se odloči oditi v dom, pa tam ostane do konca življenja. Odhod v dom ni le navadna selitev, je dokončni odhod iz aktivnega življenja. Posameznik največkrat za vedno zapusti svoje bivališče in dotedanje okolje (Ramovš, 2003). Večina slovenskih domov je druge generacije, kar pomeni, da so bili zasnovani po bolnišničnem modelu. Ti domovi imajo dolge hodnike, več posteljne sobe, stanovalce v večini časa obravnavajo kot paciente. Nekaj domov v Sloveniji je domov tretje generacije, kar pomeni, da dajo večji poudarek aktivnosti stanovalcev, prostorski ureditvi (sobe imajo kopalnice, prevladujejo dvoposteljne in enoposteljne sobe). V zadnjih letih so se začeli pojavljati novejši domovi s pridihom četrte generacije, kar pomeni, da prevladujejo gospodinjske skupnosti. Dom, ki je bil zgrajen po konceptu doma druge generacije, lahko z manjšimi spremembami in posodobitvami preide v dom tretje generacije, s temeljitim posegom je možen preskok v dom četrte generacije (Imperl, 2012). Novi modeli delovanja domov za starejše temeljijo na osredotočenju na osebo kot celoto, tako iz fizičnega, psihosocialnega in duhovnega vidika. Okolje v domovih za starejše se prilagodi starostnikom v gospodinjstva, ki imajo značilnosti doma in ne institucije. Negovalno osebje lažje sodeluje pri odločanju in organiziranju oskrbe pri starostniku. Lažje se

spremlja kakovost oskrbe in lažje, se načrtuje, izvaja ter vrednoti oskrba vsakega posameznika. Boljša je tudi povezanost negovalnega tima s svojci in prijatelji starostnika (Zigmond, 2009). Celovit pristop k oskrbi in podpori zajema zelo raznolike vrste oskrbe: vse storitve zdravstvenega in socialnega varstva, namenjene starejšim, ki potrebujejo oskrbo in podporo, oskrbo starejših s kognitivnimi motnjami in oskrbo ob koncu življenja. Storitve za starejše, ki potrebujejo oskrbo in podporo, morajo biti organizirane tako, da zagotavljajo ponudbe storitev za čas, ko so potrebne, in še zlasti, ko se morajo odzivati na dolgoročne potrebe v skladu s pristopom življenjskega cikla. To daje starejšemu možnost, da se opira na povezano in neprekinjeno pahljačo storitev od začetnih posegov, oskrbe in podpore do paliativne oskrbe, pri čemer storitev ni prekinjena. Ponudniki storitev morajo sodelovati, da bi olajšali prehode med različnimi oskrbovalnimi storitvami in okolji, ko se potrebe povečujejo (Wedo-partnership, 2012). Delovanje domov za starejše mora napredovati v razvoju in preskušanju učinkovitih ter uspešnih modelov za kompleksne potrebe starostnikov. Bistvena značilnost novejših modelov je usmerjenost strokovnega vodenja potreb starostnikov s celovitim razumevanjem njihovih potreb. Medicinski modeli so osredotočeni predvsem na oslabele telo, psihosocialne in duhovne potrebe starostnika pa so zanemarjene (Penrod, et al, 2007). Dom četrte generacije je ime za arhitekturni koncept gradnje domov za stare ljudi, ki se je razvil zlasti po letu 1990. Z njim je arhitekturna stroka prispevala odločilen razvojni premik v gradnji ustanov za dolgotrajno oskrbo onemoglih ljudi. Novost je bil koncept gradnje po zgledu načina življenja v domači stanovanjski hiši. V središče so postavili vsakdanjo gospodinjsko dejavnost kuhanja in družabnega življenja v veliki bivalni kuhinji, ki jo obdaja kakih deset individualnih enoposteljnih sob; te so intimni osebni prostor vsakega stanovalca. V domovih četrte generacije je vedno prisotna gospodinja. Potrebe negovalne dejavnosti ne presegajo individualnosti in kakovosti življenja. Pazljiv in human koncept nege se ravna po načelih toliko samostojnosti, kot je mogoče, toliko nege in pomoči, kot je potrebno (Imperl, 2012). Primarni nameni te prostorske ureditve so preprečevanje fizičnih poškodb, zmanjšanje problematičnih vedenj, preprečevanje pobegov iz domov in podobno (Penrod, et al, 2007).

Ta koncept je nastal najprej za potrebe najbolj onemoglih starih ljudi z demenco. Ker je bil veliko bolj prijazen za življenje stanovalcev, za njihove domače in za oskrbovalno osebje, se v srednji Evropi naglo širi tudi za potrebe telesno in duševno manj opešanih ljudi. Njegov pionir v Nemčiji je Hans Peter Winter, ki je razdelil gradnjo ustanov za stare ljudi v štiri generacije: 1. nudenje osnovne oblike oskrbe v pogosto prenatrpanih skupinskih spalnicah – ta koncept prevladuje do leta 1960; 2. Domovi, zgrajeni po zgledu bolnišnic, stanovalec je »pacient«, organizacija oskrbe je stereotipna po »oddelkih« – ta koncept je prevladoval med letoma 1960 in 1980; 3. aktiviranje stanovalcev z dejavnostmi (delovna terapija), oddelki preidejo v »skupine«, prevlada eno- in dvoposteljnih sob s sanitarijami – ta koncept je prevladoval od 1980 do 2000; 4. koncept normalnosti vsakdanjega življenja stanovalcev pred prihodom v dom za stare ljudi in arhitekturne ureditve stanovanja. V domu ni več centralne oskrbe, v majhnih skupinah se izvajajo aktivnosti, ki se zgledujejo po domačem gospodinjstvu. V skupini je stalno prisotna referenčna oseba, ki ima vlogo gospodinje oz. gospodinjca. Delo gospodinje je pomoč pri oblačenju in osebni higieni, pripravljanje obrokov, pranje perila, vzdrževanje stikov med stanovalci in svojci. Delo gospodinje opravlja poklicna gospodinja ali kompetentno ustrezno usposobljena priučena gospodinja. Potrebne negovalne dejavnosti ne prevladujejo nad individualnostjo in pristojnostjo stanovalcev ter nad kakovostjo življenja. Pazljiv in human koncept nege se ravna po načelu: toliko samostojnosti, kot je mogoče, toliko nege in pomoči, kot je potrebno. Take gospodinjske skupine oz. hišne skupnosti so precej samostojne (Imperl, 2012).

Po osamosvojitvi smo v Sloveniji na področju izvajanja institucionalnega varstva starostnikov začeli sistematično spodbujati pluralizacijo izvajalcev. Tako domsko varstvo ni več izključna domena države oziroma javnih socialnovarstvenih zavodov, ampak so z zakonom dane možnosti za delo na tem področju tudi zasebnemu sektorju (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2008). V Sloveniji pretežno obstajajo kombinirani domovi odprtega tipa. V negovalnem delu doma živijo ljudje s hujšimi boleznimi, v stanovanjskem delu pa starostniki, ki zaradi telesne oslabelosti, posledic kroničnih obolenj ali družinskih razmer ne morejo več živeti doma. Starostniki v domovih za starejše občane živijo v eno-, dvo- ali

večposteljnih sobah. Prevladujeta predvsem prva dva tipa sob. V vsakem nadstropju je skupen dnevni prostor s televizijo, kjer se stanovalci lahko družijo. Na voljo jim je majhna kuhinja, kjer si lahko pripravijo manjše obroke ali napitke. Dom ima svoj ritem, ki ga odrejajo dnevni obroki. Čas med obroki lahko izrabijo za različne dejavnosti, ki so jim na voljo: telovadba, delovna terapija, ki obsega več ročnih del (pletenje, kvačkanje, šivanje, izdelovanje različnih izdelkov) (Brezovšček, 2009).

Model »Green house« ali gospodinjske skupnosti omogočajo starostnikom aktivno sodelovanje pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnostih. K temu modelu naj bi v prihodnosti strmeli vsi domovi za starejše. V eni takšni skupnosti naj bi živelo deset starostnikov, ki si sami določajo dnevni ritem. Vstajajo kadar želijo, počivajo, jedo, so aktivni, kadar jim to ustreza. Sami si pripravljajo obroke. S tem pristopom zagotovimo, da imajo starostniki večji apetit in željo po hrani. Enota ima odprto kuhinjo in velik dnevni prostor s kaminom. V tem prostoru je večja miza, za katero lahko sedijo starostniki med obroki. Razdalje med sobami, ki so večinoma enoposteljne, in skupnimi prostori so krajše, zato starostniki potrebujejo manj tehničnih pripomočkov za gibanje. Imajo dostop do zunanjih prostorov, tako da gredo lahko ven kadar želijo. Pri aktivnostih jim pomaga skrbnik, ki ima dodatna znanja o oskrbi in negi starostnikov, o ravnanju s hrano, pripravljanju hrane in kuhanju ter ostalih gospodinjskih aktivnostih. Medicinske sestre, socialni delavec, zdravnik in ostalo osebje obiskujejo starostnike ter so v tesnem sodelovanju s skrbnikom. S takšnim pristopom so starostniki bolj izpopolnjeni na področju fizične aktivnosti, hrana jim bolj diši, imajo manj bolečin in drugih zdravstvenih težav ter so funkcionalno sposobnejši. Starostniki se počutijo varnejše, imajo več zasebnosti, so samostojnejši in individualno obravnavani (DuMond, 2010).

V Sloveniji imajo gospodinjske enote ali gospodinjske skupnosti organizirane predvsem novejši domovi, ki so zasnovani po modelu domov četrte generacije. Tako organizirane enota, predvsem za osebe z demenco, lahko šteje največ 12 oseb. V praksi je število starostnikov v gospodinjskih enotah različno – od 9 do največ 22 starostnikov. Čeprav gospodinjske skupine veljajo za enega izmed sodobnejših modelov varstva starejših, se za to obliko odloča malo domov, predvsem zaradi

neizpolnjevanja prostorskih pogojev. Življenje v okviru gospodinjskih skupin naj bi se čim bolj približalo vzorcem iz domačega okolja. Starostniki naj bi se vključevali tako, kot bi bili doma, v družini. Glede na ohranjane sposobnosti naj bi po lastni želji in presoji sodelovali pri pripravi obrokov, pogrinjkov, pri urejanju skupnih prostorov, obdelovanju zelenjavnega vrta in podobno (Šavle Reščič, 2014). Gospodinjska skupnost se praviloma nanaša na stacioniran tip negovalnih stanovanjskih skupnosti. V gospodinjski skupnosti naj bi bile samo enoposteljne sobe, skupne aktivnosti se večino časa dogajajo okrog štedilnika. Stanovalci morajo imeti možnost umika od dogajanja, da se lahko izognejo morebitni agresiji. Nekaj primerov slovenskih domov za starejše z elementi doma četrte generacije: Pegazov dom v Rogaški Slatini, Dom starejših občanov Lendava, Dom starejših občanov Ljutomer, Dom starejših občanov Kočevje, Dom upokojencev Gradišče, Hrastovec, ... (Imperl, 2012).

2.1.2 Razširjenost domov v Sloveniji

Slovenski model institucionalne pomoči se od zahodnoevropskega razlikuje po treh značilnostih: pokretni in nepokretni stanovalci so prostorsko povezani v isti stavbi; bivalni pogoji in normativi za strokovno osebje so poenoteni na državni ravni, to pa pomeni, da je kakovost bivanja glede na številčno zastopanost strokovnega kadra bolj ali manj enaka v vseh zavodih. To ne velja za zahodnoevropske domove, kjer prihaja do večje diferenciacije v kakovosti bivanja, kar je povezano tudi s socialno diferenciacijo stanovalcev. Z razvojem zunanje dejavnosti za starostnike v domačem okolju svoje storitve dom alocira v bivalno okolje in se na ta način odpira in povezuje z zunanjim okoljem (Bračič, 2011). Storitve socialnega varstva lahko opravljajo pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo pogoje, določene z zakonom o socialnem varstvu. Storitve socialnega varstva izven mreže javne službe opravljajo pravne in fizične osebe, ki pridobijo dovoljenje za delo, ki ga daje in odvzame ministrstvo, pristojno za socialno varstvo (Zakon o varstvu pred požarom, 2007).

V Sloveniji je bilo ob začetku leta 2013 na voljo 20.164 mest v 99 domovih in posebnih zavodih na 122 lokacijah. Od tega je v:

- javnih domovih za starejše 14.122 mest v 55 zavodih na 75 lokacijah,
- zasebnih domovih za starejše 4.490 mest pri 39 izvajalcih s koncesijo na 39 lokacijah,
- posebnih zavodih za odrasle 1.552 mest v 5 zavodih na 7 lokacijah (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Splošno o domovih in posebnih zavodih, 2013).

V Sloveniji živi 17,3 % ljudi, starih 65 let ali več. V domovih za starejše živi 4,9 % ljudi, starih 65 let ali več, v institucionalnem varstvu. V Sloveniji je cilj, da se institucionalno varstvo zagotovi vsaj 5 % ljudi, starih 65 let ali več (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2013b).

Osnovna dejavnost domov je izvajanje institucionalnega varstva za starejše. Zakon o socialnem varstvu (2007) jo uvršča v javno službo ter opredeljuje kot obliko socialnovarstvene storitve, ki je namenjena odpravljanju osebnih stisk in težav starejših od 65 let ter drugih oseb, ki zaradi starosti, bolezni ali drugih razlogov ne morejo živeti doma. Do storitev v domovih so po zakonu upravičeni državljani Republike Slovenije, ki imajo v Sloveniji stalno prebivališče in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno bivanje. O sprejemu, premestitvi oziroma odpustu iz doma odločajo domovi v soglasju z oskrbovanci ali njihovimi zastopniki. Ob namestitvi oziroma sprejemu v oskrbo stanovalec in dom sprejmeta dogovor, v katerem opredelita obseg ter vrsto oziroma ustrezno kategorijo storitev oskrbe in posebnosti pri izvajanju storitev.

Osnovne storitve, ki jih morajo domovi zagotavljati, obsegajo:

- bivanje oziroma namestitvev v eno-, dvo- ali več- posteljnih sobah;
- vzdrževanje prostorov in perila;
- organizirano in zdravstvenemu stanju primerno prehrano ter tehnično oskrbo;
- osebno pomoč, socialno oskrbo in varstvo;
- zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo;
- osnovno zdravstveno in specialistično konziliarno dejavnost, ki jo v domovih izvajajo zdravstveni domovi ali zasebni zdravniki.

Vse storitve v okviru osnovne dejavnosti so standardizirane. Odstopanja od standarda so dopustna navzgor zaradi boljših (nadstandardnih) bivalnih pogojev, odstopanja navzdol pa zaradi bivalnih pogojev, ki so nižji od standardnih.

Domovi pa morajo imeti zagotovljeno notranjo in zunanjo revizijo poslovanja. Domovi si prizadevajo svojim stanovalcem zagotoviti čim bolj kakovostno in strokovno oskrbo, nego ter pomoč in življenje v takšnih okvirih, kot jih dopuščata njihova visoka starost ter zdravstveno stanje. Domovi želijo biti čim bolj odprte ustanove, ki se povezujejo z ožjim in širšim družbenim okolje (Skupnost slovenskih zavodov, 2013a). Starostniki v domovih za starejše se delijo tudi glede na stopnjo oskrbe. Starostnike v domovih za starejše delimo v 4 kategorije oskrbe. Oskrba 1 zajema starostnike, ki zaradi starosti ali drugih razlogov, ki spremljajo starost, niso sposobni za popolnoma samostojno življenje in potrebujejo manjši obseg neposredne osebne pomoči. Oskrba 2 zajema starostnike z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo večji obseg neposredne osebne pomoči. Oskrba 3 zajema starostnike z najzahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami, ki v celoti potrebujejo neposredno pomoč, in sicer: oskrba 3a zajema starostnike, ki potrebujejo neposredno osebno pomoč za opravljanje vseh osnovnih življenjskih potreb, oskrba 3b pa zajema najtežje prizadete starostnike. Oskrba 4 zajema starostnike z zahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor (Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev, 2006).

Starostniki predstavljajo pomembno skupino prebivalstva, saj je v Sloveniji delež prebivalstva nad 65 let 17,3 -odstoten. Na področju institucionalnega varstva je bilo dne 31. 12. 2013 zagotovljenih 20.218 mest, od tega 15.367 postelj v 59 javnih domovih za starejše in 4.851 mest v 39 zasebni institucijah s koncesijo (Skupnost slovenskih zavodov, 2014). Najpogostejši vzroki za sprejem v domove za starejše so starost, hujša telesna ali duševna obolenja, neurejene stanovanjske in družinske razmere (Statistične informacije, št. 1, 2009). V domovih za starejše prevladujejo osebe ženskega spola, saj imajo v povprečju daljšo življenjsko dobo. Po starostni strukturi pa je največ takšnih, ki so stari več kot 80 let (Skupnost slovenskih

zavodov, 2014). Najhitreje se povečujeta število in delež prebivalcev, starih 85 let in več. V Sloveniji je bilo leta 1989 nekaj manj kot 0,7 % vsega prebivalstva, do leta 2009 se je število več kot podvojilo (Statistični urad Republike Slovenije, Starejše prebivalstvo v Sloveniji, 2010).

2.2 KAKOVOST ŽIVLJENJA STAROSTNIKOV V DOMOVIH

Starostniki so bolj zaskrbljeni zaradi kakovosti življenja kot zaradi samega preživetja. Večina starostnikov ne zmore več skrbeti zase in za svoje okolje. Premestitev iz domačega okolja v institucijo je za starostnika zelo stresna in zahtevna izkušnja. S premestitvijo se dramatično spremenijo tudi odnosi z družino in s prijatelji. Samo življenje starostnika v domu za starejše je lahko precej omejeno, izgubi se zasebnost, privaditi se mora na dnevni red ustanove. V domovih za starejše pogosto trpijo zaradi slabe kakovosti oskrbe in slabe kakovosti življenja. Kakovost oskrbe se nanaša na storitve v domu starejših, kakovost življenja starostnikov pa zajema dožemanje samega sebe in položaja v življenju, vključevanje tujcev v življenje, vrednote, cilje in pričakovanja starostnikov. A kot zatrjuje Bond (2004), še vedno ni čiste definicije, kaj določa kakovost življenja in kaj vpliva nanjo.

Na kakovost življenja pomembno vpliva odnos negovalnega osebja do starostnika, zato je pomembno, da negovalno osebje dela po principu holistične zdravstvene nege vključno z upoštevanjem dostojanstva, avtonomije in individualnosti (Shin, 2013). Narava blagostanja starostnikov je multidimenzionalna, kar so poskusili ujeti z indeksom Global Age Watch Index. Z indeksom merijo 4 področja: varnost dohodkov, zdravje, zaposlovanje in izobraževanje, spodbudna okolja. Slovenija je na 20 mestu med 91 državami (Helpage, 2013b). Poleg fizičnega delovanja starostnika in mobilnosti je pomemben tudi občutek, da je starostnik zdrav. Ta vidik pomembno vpliva na kakovost življenja starostnikov, saj se na ta način počutijo spoštovane in imajo možnost svobodne izbire. Starostniki v domovih sebe dojemajo tako, da imajo večjo avtonomijo pri odločanju v vsakdanjem življenju kot v domači oskrbi. Po drugi

strani pa imajo starostniki v domači oskrbi več nadzora nad svojim življenjem kot v domovih (Hjaltadottir & Gustafsdottir, 2007).

Zdravljenje, zdravstveno nego in oskrbo izvajajo medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege ter zdravstveni delavci in sodelavci v skladu z zakonsko ter strokovno sprejetimi standardi in določili za svoje področje dela. V prehodno in dolgotrajno oskrbo so vključeni tudi zdravniki, fizioterapevti ter delovni terapevti (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitvah, 2010).

2.2.1 Opredelitev kakovosti življenja

Koncept kakovosti življenja

Obstaja vrsta definicij kakovosti življenja, ki kakovost življenja dokazujejo in merijo na različne načine. Bond (2004) pravi, da ni skupine in jasne definicije o tem, kaj kakovost življenja določa in kaj vpliva nanjo. Nekateri avtorji (Finkelstein, et al., 2009; Boudreau & Dube, 2014) menijo, da gre za posameznikovo oceno lastnega položaja v kontekstu njegove kulture in vrednostnega sistema v odnosu do ciljev, pričakovanj, standardov ter problematike, povezane z vsakodnevnim življenjem. Je tudi multidimenzionalen koncept, s katerim države merijo socialne in ekonomske izide (Tobita & Hyde, 2007).

V Sloveniji poteka proučevanje kakovosti življenja od začetka 80 let 20. stoletja (Lah, 2007). Ključne razsežnosti blaginje in kakovosti življenja v statističnih publikacijah zahemajo materialne razmere (dohodek, potrošnja in bogastvo), zdravje, izobraževanje, osebne aktivnosti in delo, upravljanje, družbene vezi, okolje ter varnost (ekonomska, osebna) (Vrabič Kek, 2012). Smernice za merjenje kakovosti življenja je razvila tudi Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2013), ki ocenjuje, da je subjektivna ocena položaja posameznika zelo pomemben podatek o počutju posameznika, hkrati pa je treba upoštevati tudi bolj objektivno preverljive vidike. Indeks boljšega življenja meri napredek družbe na različnih področjih –

delovno mesto, zdravje, stanovanjska problematika, družbena angažiranost, subjektivni občutek kakovosti življenja. Zadnji vključuje tri elemente: oceno življenja, ki se nanaša na oceno posameznikovega življenja na splošno oziroma posameznega področja, posameznikova čustva in emocionalne stanje ter občutek pomena oziroma namena posameznikovega življenja.

Kakovost življenja starostnikov

Napredek v kakovosti življenja starostnikov je treba spremljati na različnih področjih, kot so na primer finančna varnost, zdravstveno stanje, priložnosti za delo in izobraževanje, socialna podpora, svoboda, fizična varnost, dostop do javnih storitev in podobno (Helpage, 2013b). Bond (2004) navaja več domen, ki jih moramo upoštevati pri merjenju kakovosti življenja starostnikov: subjektivno zadovoljstvo, fizično okolje, socialno okolje, družbeno-ekonomski dejavniki, kulturni dejavniki, zdravje, osebni dejavniki, avtonomija, vsesplošno zadovoljstvo z življenjem.

Poleg fizičnega delovanja starostnika in mobilnosti je pomemben tudi občutek, da je starostnik zdrav. Ta vidik pomembno vpliva na kakovost življenja starostnikov, saj se jim na ta način poveča občutek izbire in posledično tudi spoštovanja (Hjaltadottir & Gustafsdottir, 2007).

V domovih za starejše se v veliki večini še vedno uporablja tradicionalni model oskrbe, ki se osredotoča predvsem na fizične in medicinske potrebe, zanemarjajo pa se psihosocialne potrebe starostnikov. To je največkrat odraz tega, da imajo medicinske sestre veliko delovnih obremenitev, poleg tega je odraz vse večje kompleksnosti delovnih pogojev in zdravljenja, zamudnega administrativnega dela in slabe organizacije dela (Anderson, et al, 2009). Nekateri verjamejo, da je slaba kakovost življenja starostnikov v domovih posledica rutine, ki se pojavlja pri delu, pomanjkanja zasebnosti starostnikov med delom z njimi, slabo usposobljenega osebja za delo s starostniki, ki je zaposleno v domovih, ter zanemarjenja psiho-socialnih in duhovnih potreb starostnikov. V domovih za starejše je zelo malo merjenja kakovosti življenja starostnikov, predvsem zaradi osredotočenosti na

kakovost zdravstvenega varstva in mnenja, da so domovi za starejše brez moči, da bi lahko vplivali na kakovost življenja starostnikov. Kakovost življenja starostnikov zajema fizično in čustveno zdravje, kognitivno delovanje, uspešnost ter delovanje v skupnosti, spolno delovanje in zadovoljstvo z življenjem (Kane, 2003). Nakrem (2015) v etnografski raziskavi ugotavlja, da se raziskave v domovih za starejše predvsem ukvarjajo s kakovostjo medicinske oskrbe in z zdravstvenim stanjem stanovalcev. Poudarja, da imajo domovi za starejše dodatne funkcije, kot sta funkcija doma in socialnega okolja stanovalcev. Meni, da bi se bilo treba bolj posvetiti organizacijski kulturi domov za starejše, ki pomembno vpliva na kakovost življenja starostnikov. V raziskavi je dokazala, da ima vsak dom za starejše neke značilnosti, ki so skupne vsem domovom, in »osebne« značilnosti, ki jih razlikujejo od ostalih domov. Stanovalci v raziskavi so kot pomemben dejavnik kakovosti življenja omenili, da se v njem počutijo »kot doma« in da se na vsakega stanovalca gleda kot na individualno osebo.

2.2.2 Potrebe za kakovostno življenje starostnikov v domovih za starejše

V nadaljevanju bomo pogledali glavne potrebe za kakovostno življenje v domovih za starejše, kot jih je prepoznala Kane (2003):

- Varnost in drugo: starostniki se čutijo varne, brezskrbne glede svoje osebne varnosti, se lahko prosto gibajo, njihova lastnina je na varnem, verjamejo, da ima osebje dobre namene. Poznajo in razumejo pravila, pričakovanja ter rutino ustanove.
- Fizično udobje: starostniki ne čutijo bolečin, neprijetnih simptomov in podobnega fizičnega neugodja. Občutijo, da njihove bolečine in neudobje osebje opazi.
- Uživanje v hrani: starostniki uživajo v obrokih in hrani.
- Pomembne aktivnosti: starostniki se aktivno ali pasivno vključujejo v aktivnosti, ki se izvajajo v domu ali izven njega.

- Odnosi: stanovalci vzpostavljajo pomembne socialne interakcije z drugimi stanovalci, z osebjem in/ali z družinskimi člani ter s prijatelji, ki živijo izven doma za starejše.
- Funkcionalne kompetence: starostniki so toliko samostojni, kolikor si želijo biti v okviru omejitev njihovih fizičnih in kognitivnih sposobnosti.
- Dostojanstvo: starostniki doživljajo svoje dostojanstvo kot nedotaknjeno in spoštovano. Nimajo občutka, da so omalovaževani, razvrednoteni ali poniževani.
- Zasebnost: starostniki so deležni telesne zasebnosti, njihove osebne informacije ostanejo zaupne, če želijo, so lahko sami ali z drugimi.
- Individualnost: starostniki izražajo svoje prioritete, pomembna pretekla in trenutna zanimanja, ohranijo občutek lastne identitete, čutijo, da se nanje gleda kot na posameznike.
- Avtonomnost/možnost izbire: starostniki prevzemajo pobudo in se odločajo glede lastnega življenja ter oskrbe.
- Duhovno blagostanje: upoštevajo se potrebe starostnikov glede vere, molitev, meditacije, duhovnosti in moralnih vrednot.

Varnost

Občutek varnosti v domu jim daje predvsem misel, da če bodo potrebovali pomoč, jo v domu dobijo kadarkoli in zato jim ni treba daleč iti (Hjaltadottir & Gustafsdottir, 2007). Če je okolica doma urejena, se starostniki psihološko dobro in socialno varno počutijo (King, 2012). Z občutenjem varnosti v domu za starejše se starostnikom razvije tudi pripadnost novemu okolju (Imperl, 2012). Institucija ne more popolnoma zagotoviti domačega okolja. To je prostor, kjer se naselijo tujci, ki se lahko sčasoma spoprijateljijo. Morajo si deliti skupne prostore, čas, dejavnosti in osebe. Vse pa le ni tako strogo ločeno, kot se zdi. Nekateri ljudje so v domovih zadovoljni, veseli so družbe in nudene oskrbe. To jim daje občutek varnosti, ker niso več sposobni skrbeti sami zase (Bračič, 2011). Z vidika varnosti je pomemben poudarek na lokaciji domov za starejše in notranji razporeditvi. Dom za starejše mora biti vključen v urbana naselja in mora imeti urejeno prometno infrastrukturo z možnostjo javnega

prevoza. Če je grajen v več nadstropij, morajo biti v objektu vsaj eno dvigalo in ustrezne stopnice. Dostopen mora biti gibalno oviranim osebam. Bivalni prostori doma starejših občanov so oblikovani v bivalne enote in enote za stanovalce z demenco. Bivalna enota zajema največ 20 stanovalcev v eno- in dvoposteljnih sobah, ki morajo biti opremljene s sanitarijami. Bivalna enota mora imeti še večnamenski prostor s čajno kuhinjo, negovalno kopalnico, shrambo za čisto perilo in prostor za čistila ter umazano perilo. Med gospodarsko-servisne prostore spadajo kuhinja ali razdelilnica hrane (če se hrana vozi od drugje), pralnica, ki ima prostore za sprejemanje umazanega perila, pranje, sušenje, likanje, šivanje in shrambo za čisto perilo, recepcija, prostor za arhiv, skladišče za opremo, orodje in prostor za vzdrževalce opreme ter naprav. Prostor za umrlega mora biti opremljen z odrom, tekočo vodo in talnim odtokom, stoli, imeti mora ločen izhod, biti mora hlajen in zračen. Sobe v bivalni enoti morajo biti take in opremljene tako, da je mogoče opravljati nego starostnikom na različnih zahtevnostnih ravneh. Enota mora biti nameščena tako, da je omogočena neposredna povezava z zelenimi površinami urejene okolice. Vse sobe stanovalcev so oštevilčene in so namenjene bivanju terpočitku. Opremljene so z domsko opremo, stanovalci jih lahko opremijo z manjšimi predmeti s predhodno odobritvijo socialnega delavca. Prostori, ki so namenjeni stanovalcem doma, morajo imeti signalno-klicne naprave. Zdravstvena dejavnost v domovih za starejše občane se lahko izvaja v samih domovih ali se kombinira z zdravstvenim domom ali drugimi izvajalci osnovne zdravstvene dejavnosti v kraju. Če se zdravstvena dejavnost ne izvaja v domu za starejše občane, mora imeti sestrsko sobo (Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev, 2006).

Domovi za starejše imajo pogosto dolge in tlakovane hodnike, prostore za osebje, velike jedilnice, utripajoče luči in moteč hrup. Zasebni prostor starostnika je precej manjši, kot ga je imel prej doma. Starostniki imajo velikokrat otežen dostop do zunanjih prostorov (DuMond, 2010).

Negovalno osebje se mora naučiti, kako prepoznati okoliščine, v katerih starostniki tvegajo, da bodo zlorabljeni, in se mora zavedati, da so dolžni varovati varovančevo

dobro počutje ter mu omogočati, da bo imel občutek varnosti in zaupanja. Upoštevanje in varovanje njegovega psihičnega ter čustvenega blagostanja invarovanje pred sleherno obliko psihične ali čustvene zlorabe in trpinčenja. Evropska Listina pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore navaja kaj pričakovati od drugih, da ne bodo namerno povzročali občutkov nelagodnosti in nemira, občutkov manjvrednosti in potlačenosti, kako naj bodo varni pred slehernim poskusom, da bi jih ločili od drugih posameznikov, s katerim želijo biti.

Finančna in gmotna varnost pomeni: varnost pred sleherno in vsakršno obliko finančne in gmotne zlorabe in pričakovati od tistih, ki skrbijo za njihovo denarno; gmotno premoženje, ko tega ne zmorejo sami, da bodo ravnali v njihovo korist; pravico, da ohranjajo njihove stvari, dokler se jim sami ne odrečejo; njihova pravica je, da so varni pred možnostjo, da jih silijo k spreminjanju njihove poslednje volje ali k odstopanju kakršnih koli finančnih ali gmotnih sredstev, ki so po zakonu njihova (Daphne, 2010).

Fizično udobje

Zdravstvene težave so eden najbolj perečih elementov, ki ogrožajo kakovost življenja posameznikov, saj poleg tega, da so neprijetne same po sebi, onemogočajo delo in tako onemogočajo normalno avtonomno funkcioniranje, kar vodi posameznika v odvisnost – temeljno tveganje starostnikov (Kavčič, et al., 2012). Ponekod v domovih za starejše starostniki pogosto trpijo zaradi slabega zdravstvenega varstva, ki se kaže v dehidraciji, okužbah sečil, zaprtost, podhranjenosti, izgube telesne mase, preležaninah, inkontinence urina in blata, povečani porabi hipnotikov in antipsihotikov, depresijah, neobvladovanih bolečin, padcu kakovosti življenja in podobnem (Kane, 2003; DuMond, 2010). Bolečine in telesna prizadetost pomembno vplivajo na psihično stanje starostnika in posledično se zmanjšuje kakovost življenja (King, et al., 2012). V norveški raziskavi je bilo ugotovljeno, da je kar 71 % starostnikov v domovih za starejše izpostavilo bolečino kot težavo. Starostniki

pogosto napačno ocenijo bolečino, saj menijo, da bolečina sodi v starost, oziroma da je ni mogoče lajšati. Kronična bolečina lahko različno vpliva na življenje starostnika. Vpliv ima na telesno ter duševno počutje, socialno in duhovno življenje. Zaradi bolečine so lahko motene vsakodnevne aktivnosti starostnika kar močno zmanjša njegovo svobodo. Bolečina je subjektivna izkušnja, ki jo lahko pove samo tisti, ki jo občuti, čeprav je vzrok bolečine objektivni in znan (Gudmannsdottir & Halldorsdottir, 2009).

Prehrana

Optimalna prehrana ne le preprečuje bolezni, temveč nudi pogoje za krepitev zdravja. Staranje s seboj prinaša številne fiziološke, psihološke in funkcionalne težave, ki lahko vplivajo na prehranjevanje. Zaradi fizioloških sprememb, ki jih prinese starost (npr. manjši delež puste telesne mase, dejavniki, ki vplivajo na vnos tekočine in hrane v telo), in številnih kroničnih obolenj je tveganje podhranjenosti zelo veliko (Lipar, 2011). Organiziranje prehrane zajema nabavo, pripravo in postrežbo celodnevne, starosti ter zdravstvenemu stanju primerne hrane in napitkov (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2007). Prehranjevanje je ena izmed bolj prijetnih aktivnosti v življenju. Hranjenje je ena izmed glavnih nalog oskrbe v domovih, a je lahko zelo zapleteno in zahtevno. Na samo hranjenje vplivajo fizični dejavniki (motorične motnje, oslabljen vid, težave z zobmi in slaba ustna higiena, motnje žvečenja in požiranja, težek jedilni pribor, ...), psihološki dejavniki, socialne interakcije, prostor kjer starostniki jedo oziroma jedilnica, in kulturne razlike starostnikov (Chang & Roberts, 2008). Domovi za starejše imajo velike industrijske kuhinje, ki starostnikom niso prijazne. Takšne kuhinje starostnikom ne omogočajo, da bi sodelovali pri pripravi hrane in kuhanju, peki. Starostniki ne zaznajo vonja po hrani in kuhanju tako kot so ga v domačem okolju. Čas obrokov je točno določen, kar lahko starostnike zmoti pri opravljanju vsakodnevne rutine (DuMond, 2010). Veliko rezerve za izboljševanje kakovosti življenja starostnikov je na področju prehranjevanja. Izboljša se lahko sama hrana in posledično tudi obroki, čas obrokov bi bil lahko prilagodljiv in ne točno vnaprej

določen. Starostniki in svojci menijo, da ima hrana velik pomen na kakovost življenja starostnikov (Nakrem, 2011).

Pomembne aktivnosti

Za starostnike je pomembno je, da so čim dlje časa fizično aktivni in da lahko skrbijo sami zase (Hjaltadottir & Gustafsdottir, 2007). Večina starostnikov v domovih za starejše preživi veliko časa sama, ne morejo poskrbeti za svoje potrebe in za svojo okolico (Shin, 2013). Pogosto se počutijo osamljene, osamljenost pa lahko vodi v depresijo in druge duševne težave (Kirkevold, 2013). Starostniki se nehote počutijo nemočne, saj prejmejo več pomoči pri oskrbi, kot so je vajeni in sami manj storijo zase. Ta občutek nemoči lahko enostavno omilimo z rastlinami, živalmi in otroki. Starostnik mora dobiti občutek koristnosti, kar daje vrednost njegovemu življenju (DuMond, 2010). V domove za starejše je potrebno vključiti razne aktivnosti. Aktivnosti lahko potekajo v skupinah, kot so na primer skupinska telovadba, razne družabne prireditve in podobno. Nekaterim starostnikom pa ne odgovarjajo večje skupine in se raje družijo v manjših skupinah, gredo na sprehod ali sami poslušajo glasbo. Starostniki z demenco ne morejo sodelovati v večjih skupinskih dejavnosti, saj težko sledijo aktivnosti. Pomembno je, da imajo starostniki dnevne, tedenske in mesečne aktivnosti. Med dnevne aktivnosti sodijo sprehodi, poslušanje glasbe, oblačenje, skrb za osebno higieno, uživanje ob kozarcu vina in podobno. Tedenske aktivnosti lahko zajemajo vrtnarjenje, obiske svojcev, verske obrede in podobno. Mesečne aktivnosti pa lahko zajemajo obisk frizerja, razne prireditve in podobno (Duffin, 2012). Aktivnosti pomagajo starostnikom zapolniti njihov čas, jim omogočajo stike z zunanjim svetom, jim dajejo občutek vrednosti in pripomorejo k boljši kakovosti življenja v domu za starejše (Choi, et al., 2008).

Socialni stiki

Starostniku so v stiski ob odhodu v dom lahko v veliko pomoč svojci, ki mu stojijo ob strani, ko ta izgubi povezavo s svojo dotedanjo okolico (Bračič, 2011). Starostnike v domovih za starejše v glavnem obiskujejo svojci (partnerji, otroci, sestre, bratje, nečaki, vnuki) pa tudi prijatelji. Urniki obiskov v domu za starejše se razlikujejo od ustanove do ustanove. V večini domov so obiski dovoljeni ves dan, lahko pa se svojci dogovorijo za obiske izven časa obiskov (Rihter, 2007). Obiski svojcev in prijateljev na starostnika največkrat vplivajo pozitivno ter mu dajejo socialno oporo. Tako lahko izboljšajo telesno in psihično zdravje starostnikov. Pogosto se starostnikom izboljša apetit, imajo več volje in bolje opravljajo vsakodnevne aktivnosti. Pogostost obiskov je povezana z motivacijo, geografsko razdaljo, sorodstvenimi razmerji, dolžino bivanja starostnika v domu, zdravstvenega stanja starostnika, družbenih vrednot in predvsem samega odnosa med starostnikom ter obiskovalcem (Tsai & Tsai, 2012). Preživljanje časa z družinskimi člani in prijatelji omogoča starostniku večjo kakovost življenja. Poleg tega je v domovih pomembna podpora osebja, njihov strokoven in prijazen odnos daje starostniku občutek, da je njegovo življenje kakovostnejše (Hjaltadottir & Gustafsdottir, 2007). Na žalost pa obiski svojcev z dolžino bivanja starostnika v domu prepogosto začnejo usihati. Poudariti je treba, da so ti stiki zelo pomembni za psihično počutje starostnika v domu (Bračič, 2011). Da tradicionalna razširjena družina zgublja na pomenu, se kaže tudi v Sloveniji, s tem ko se nastanitev in skrb za starostnika prenašata izven družine (Hvalič-Touzery, 2007).

Svojci zelo pomembno vplivajo na kakovost življenja starostnika v domu. Z mnogimi starostniki je oteženo sporazumevanje, zaradi njihovega zdravstvenega stanja. Svojci so pogosto glavni vir informacij o željah starostnika, zato je pomembno, da se jih vključi v oskrbo starostnika v domu. Pri tem pa se pojavi vprašanje, ali svojci pravilno dojemajo in razumejo potrebe ter želje starostnikov in ali se z njimi tudi strinjajo (Gjerberg, et al, 2011). Na starostnike ugodno vpliva dober odnos med i svojci in zaposlenimi, s čimer se povečuje zadovoljstvo na vseh straneh (Wilson & Davies, 2009). Zaposleni v domu za starejše morajo biti pozorni

na vse občutljive dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja (Shin, 2013). V skrbi za starostnika se zaposleni pogosto srečujejo z etično kočljivimi dilemami, zaradi česar je osebje lahko izčrpano in pod negativnim stresom (Jakobsen & Sørлие, 2010). Pomemben element ohranjanja zadovoljstva v življenju starostnika predstavlja tudi aktivna participacija streja zadovoljstva v življenju starostnika socialnih odnosov ter pozitivno zadovoljstvo v življenju (Kobentar, 2008).

Funkcionalna sposobnost

Zdravje je ključna sestavina za prijetno in kakovostno staranje. Zdravje je tudi glavni dejavnik, ki vpliva na samo kakovost življenja starostnikov (Helpage, 2013a). Več kot polovica starostnikov v domu za starejše potrebuje popolno ali zelo obsežno pomoč pri oblačenju, osebni higieni, gibanju, odvajanju in izločanju (DuMond, 2010). V domovih za starejše je 80 % starostnikov s kognitivnimi motnjami (Nakrem, 2011). Poleg fizičnega delovanja starostnika in mobilnosti je pomemben tudi občutek, da je starostnik zdrav (Hjaltadottir & Gustafsdottir, 2007). Da bi ohranili funkcionalno delovanje starostnikov in njihovo neodvisnost je treba na primarni ravni zdravstvene oskrbe omogočiti bolj proaktivno, celovito in strukturirano obravnavo (Bleijenberг, et al, 2012). Telesna funkcija pri starostnikih se nanaša na telesno in psihosocialno zdravje, okolje, družbene dejavnosti, vsakodnevne aktivnosti in na sam način življenja (Beswick, et al., 2008). Na kakovost življenja starostnikov s kognitivnimi motnjami, ki živijo v domovih za starejše, pomembno vpliva osebje s svojim delom, ki je zaposleno v domu za starejše. Starostnike je treba usmeriti v zanje ustrezno prilagojene aktivnosti, da se jim s tem pristopom še dodatno poveča občutek samovrednotenja in smisla za življenje (Cahill & Diaz, b.l.).

Dostojanstvo

Delo in življenje starostnikov v domovih za starejše morata biti organizirani tako, da se starostnikom zagotovi dostojanstvo. Pomembno je da se vsem starostnikom ohranja dostojanstvo (Rihter, 2007). Dostojanstvo je pomemben vidik in kazalnik kakovosti življenja (King, et al., 2012). Pomeni, da ima starostnik nadzor nad svojim vedenjem, okoljem in odločanjem, medtem ko mu drugi pomagajo pri samooskrbi oziroma drugi skrbijo zanj. Predvsem dostojanstvo predstavlja telesno, čustveno in duhovno udobje starostnika (Franklin, et al., 2006). Ohranjanje dostojanstva je zelo pomembno ob koncu življenja, zlasti v domovih za starejše. Dostojanstvo se lahko ohrani s podpiranjem samostojnosti, z individualno obravnavo, s spoštovanjem, z zagovorništvom in s tem, da zaposleni poslušajo starostnike. Domovi za starejše so ranljivi v zvezi z izgubo dostojanstva pri starostnikih (Oosterveld-Vlug, et al., 2013). Dostojanstvo je pri starostnikih v domovih za starejše večkrat ogroženo zaradi zdravstvenega stanja (zlasti pri inkontinenci urina in blata) (Franklin, et al., 2006). Ogroženo je tudi iz etičnih vidikov, zaradi težkih delovnih pogojev in moralnih konfliktov, zaradi pomanjkanja časa, zaposlenih ter sredstev (Oosterveld-Vlug, et al., 2013). Kršenje dostojanstva je opredeljeno na štiri kategorije, in sicer: zaposleni in ostali se ne zavedajo same kršitve dostojanstva, v domu za starejše ni individualne oskrbe starostnika, ne utemeljeno se posega v zasebni prostor starostnika in poniževanje starostnika (Bužgová & Ivanová, 2011).

Zasebnost

V domovih za starejše osebe starostnikom, ki potrebujejo pomoč pri hranjenju, umivanju, oblačenju, pogosto kršeni zasebnost, saj se je ne da v celoti zagotoviti. Osebe se pa lahko potrudijo, da pri izvajanju aktivnosti sodeluje čim manjše število ljudi. Kršenje zasebnosti se v domu zazna na način, da osebe ne trka na vrata sobe in ne prosi za vstop v sobo (Rihter, 2007). Starostniki zasebnost uživajo predvsem v tem, da se lahko za nekaj časa umaknejo v svoj kotiček predvsem takrat, ko si to želijo (Cahill & Diaz, b.l.). z bivanjem dveh ali več stanovalcev v eni sobi posegajo

drug drugemu v zasebni prostor. Ko gre starostnik v kopalnico, mora prek zasebnega prostora drugega, oziroma če želi pogledati skozi okno ali iti na balkon, gre ravno tako čez zasebni prostor drugega starostnika. Pogosto prihaja do sporov starostnikov, ki bivajo v isti sobi zaradi radia, televizije, luči, prezračevanja, odpiranja in zapiranja vrat, zasebnih pogovorov, pogovorov ter oskrbe in obiskov, v tradicionalnih domovih s skupnimi kopalnicami in spalnicami, omejenim dostopom do kuhinje in zunanjih prostorov, toga rutina vodi v pomanjkanje zasebnosti in slabše kakovosti življenja starostnikov (DuMond, 2010). Zasebni prostor in pomoč negovalnega osebja, ki skrbijo za zasebnost starostnika močno izboljša kakovost življenja starostnikom v domovih (Nakrem, 2011). Osebje, ki skrbi za starostnika v domu ima veliko vlogo pri zagotavljanju zasebnosti. Zelo je pomembno kako se osebje obnaša do starostnika, kako zanj skrbijo in kako opravljajo svoje delo (Moe, et al., 2013).

Individualnost

Individualnost je osredotočenje na osebo kot edinstveno bitje z vsemi potrebami. Pogojena je s samozaupanjem, ki zmanjšuje odvisnost od pomoči drugih (Penrod, et al., 2007). Starostniki ravno tako želijo, da so obravnavani individualno in celostno z zanesljivo oskrbo (Hjaltadottir & Gustafsdottir, 2007). Pri delu s starostniki v socialnovarstvenih ustanovah je pomembno, da je delo načrtovano. V ta namen se piše individualni načrt za vsakega starostnika. Individualni načrt napišejo socialni delavec, diplomirana medicinska sestra, fizioterapevt in delovni terapevt. Pri izdelavi individualnega načrta sodeluje starostnik, če starostnik ne more sodelovati, ga zastopa zakonit zastopnik oziroma skrbnik. S tem načinom se lažje zagotovi individualna obravnava (Rihter, 2007). Invalidnost in upad življenjskih funkcij zmanjšujeta osredotočenost na tisto, česar ne morejo sami storiti in posledično se ocenjevanje kakovosti življenja premakne k temu kaj lahko še storijo (King, et al. 2012). Individualni pristop in pristop k povečanju samostojnosti starostniku poveča možnost izbire, občutek kontrole ter neodvisnost. Takšen pristop je usmerjen v oskrbo, kakovost življenja, kakovost zdravstvenega varstva, individualnost, zadovoljstvo starostnikov in svojcev z oskrbo ter organizacijsko kulturo. V

posameznika usmerjeno zdravstveno oskrbo povezujejo tudi z izboljšanim zadovoljstvom zaposlenih in njihovim zaupanjem ter s sposobnostjo zagotavljanja kakovostne individualne oskrbe. Tako se upoštevajo in cenijo želje starostnikov. K takšni oskrbi naj bi v prihodnosti strmeli domovi za starejše (Brownie & Nancarrow, 2013). Individualno oskrbo v domu je težko zagotoviti zaradi pomanjkanja osebja, sredstev in solidarnosti (Moe, et al., 2013).

Avtonomija

Avtonomija je sposobnost samoodločanja in svobodne izbire. Bistvo avtonomije sta neodvisnost in nadzor nad svojim življenjem (Brownie & Horstmanshof, 2012). Starostniki v domovih za starejše so izpostavili pomisleke glede pomanjkanja nadzora nad svojim življenjem, glede samostojnosti in odločanja glede bivanja, na primer pri oblikovanju jedilnika, izbiri in načrtovanju aktivnosti ... (DuMond, 2010). Veliko jim pomeni, da lahko uveljavljajo svojo avtonomijo in da obdržijo občutek nadzora nad svojim življenjem. Z izgubo avtonomije in samoodločanja se izgubijo tudi družbeni odnosi ter omrežja. Pojavijo se občutki obupa, osamljenosti, družbene izolacije in depresije. Starostnike v domu bolj skrbi izguba neodvisnosti kot pa sama smrt (Brownie & Horstmanshof, 2012). V domovih prihaja pogosto do kršenja avtonomije starostnikov zaradi njihovega zdravstvenega stanja in predsodkov do starostnikov ter starejših (Brownie & Horstmanshof, 2012). Ponuditi je treba široko pahljačo storitev, tako da bo starejšemu, ki potrebuje oskrbo in podporo, na voljo ustrezen odziv na njegove potrebe. Storitve morajo biti na voljo kot podpora neodvisnemu in samostojnemu življenju, zagotoviti pa morajo, če je mogoče, tudi prosto izbiro med storitvami v skupnosti. Na voljo morajo biti v okolju in kraju, ki sta najugodnejša za starejšo osebo ter tudi za njegovo družino in oskrbovalce. Dostop do storitev za starejše, ki so potrebni oskrbe in podpore, mora biti lahek za vse, ki bi jih utegnili želeli. Starejšim in njihovim družinam ter svojcem ali prijateljem morata biti zlahka dostopna tudi informacija in nepristranski nasvet o pahljači storitev, ki so na voljo. Invalidi morajo imeti dostop do storitev (Wedo-partnership, 2012).

Duhovnost

Psihosocialne in duhovne potrebe starostnikov v domovih za starejše se v večini primerov ne priznavajo, zato niso ustrezno obravnavane. Pri zdravstveni obravnavi starostnikov je treba upoštevati, kako starostnik dojema svoje zdravje in samozavest ne pa le upoštevati zmanjšane funkcionalne zmožnosti (Erichsen & Büssing, 2013). Duhovnost je predvsem način komuniciranja, ki osebo priznava kot duhovno bitje in si prizadeva osebo vključiti smiselno ter osebno. Duhovnost pomaga najti smisel človekovega obstoja in je zelo pomembna za starostnike, predvsem za starostnike z demenco (Mackinlay & Trevitt, 2010). V domu večina starostnikov preživi v brezdelju, v pasivnih aktivnostih, večino časa spijo in čakajo (Brownie & Horstmanshof, 2012). Starostnikom daje duhovnost pomen in smisel življenjskim situacijami, povezuje starostnika z drugimi (z bogom ali višjimi pooblastili) in okrepi samospoštovanje. Duhovnost se šteje za bistveni element oskrbe v domovih za starejše, saj starostnikom veliko pomeni. Domovi dajejo zelo malo poudarka duhovnosti in verskim potrebam starostnikov. Starostniki imajo različne odnose do duhovnosti in vere, zato obstajajo različni načini doživljanja sveta ter različno iskanje pomena v svojem življenju. Duhovnost daje predvsem čustveno podporo starostnikom (Wilkes, et al., 2011).

2.3 POMEN ZDRAVSTVENE NEGE PRI DOSEGANJU KAKOVOSTI ŽIVLJENJA STAROSTNIKOV V DOMOVIH

Pred leti je bila ugotovljena potreba po preventivni strategiji, ki temelji na prepoznavanju in zdravljenju različnih dejavnikov tveganj starostnikov za zdravje. Geriatrični pregled in večdimenzionalno ocenjevanje zdravja starostnikov sta že prepoznana v Veliki Britaniji, Nemčiji, Italiji, Franciji, na Danskem in v ZDA (Beswick, et al. 2008). Ključni izziv za primarno zdravstveno nego je zagotoviti odziv, ki je prilagojen potrebam starostnika – kot jih vidi on in ne kot jih poklic zdravstvene nege določa. Dejansko jim celovita primarna skrb ponuja promocijo zdravja in preventivo bolezni. Tako imajo starostniki lahko korist od teh ukrepov, ki

podpirajo njihovo zdravje in neodvisnost. Proaktivna geriatrična ocenjevanja posameznih zdravstvenih, funkcionalnih in družbenih potreb, vključno z osamljenostjo in samoto, so se izkazala za koristno v primarnem zdravstvu in so postala predmet nadaljnjih raziskav (Boeckxstaens & De Graaf, 2011). Medicinske sestre se morajo neprestano ukvarjati z razvojem in podporno oskrbo starostnika na več ravneh. Morajo biti dobro obveščene o najboljših praksah in te podatke deliti z negovalnim osebjem ter jih vpeljati v delo. Medicinske sestre morajo dobro sodelovati s preostalimi strokovnjaki, ki so zaposleni v domovih za starejše (Crandall, et al, 2007). Storitve za starejše, ki potrebujejo oskrbo in podporo, morajo zagotavljati izurjeni ter na svoje delo pripravljeni delavci v dostojnih plačnih in urejenih delovnih razmerah ter pod obvladljivo delovno obremenitvijo. Spoštovati je treba pravice delavcev in zaščititi zaupnost, poklicno etiko ter poklicno avtonomijo. Oskrbovalnim ekipam je treba zagotoviti možnosti za zvezno učenje in izboljšavo (Wedo-partership, 2012). Psihične in fizične obremenitve zaposlenih v domovih za starejše v Sloveniji ugotavlja Leskovic (2014). Preobremenjenost zaposlenih se lahko odraža tudi v kakovosti življenja stanovalcev. Ugotavlja, da jezo na stanovalce stalno izraža 16,3% anketirancev, občasno pa še nadaljnjih 46,1 %. Kar 38 % anketirancev je menilo, da imajo občutek, da je delo umazano, in 20,9 %, da ni vredno truda. Le 4,9 % anketirancem (n = 107) delo daje zadovoljstvo. Kavšek (2006) ugotavlja, da imajo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi na voljo za pomoč oskrbovancem v domovih 40 % manj časa v primerjavi z izvajalci zdravstvene nege v bolnišnici. Omenja tudi, da je glede na kategorizacijo zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih premalo zaposlenih. Posledično je na voljo manj časa za opravljanje dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe po veljavnih standardih. Zdravljenje, zdravstveno nego in oskrbo izvajajo medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege ter zdravstveni delavci in sodelavci v skladu z zakonsko ter strokovno sprejetimi standardi in določili za svoje področje dela. V prehodno in dolgotrajno oskrbo so vključeni tudi zdravniki, fizioterapevti in delovni terapevti (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitvah, 2008, str. 19 - 20). V domu za starejše je delo neposredno s starostniki in za starostnike, ki so v ranljivem obdobju svojega

življenja ter imajo omejeno sposobnost skrbeti sami zase. Same storitve temeljijo na natančnosti, učinkovitosti in nadzoru (Jakobsen & Sørli, 2010).

Dolgotrajna zdravstvena nega v domu za starejše zajema ranljivo populacijo s potrebami po kompleksni negi. Starostniki imajo manj možnosti, da izrazijo svoje mnenje, in velikokrat manj izbire pri zdravstvenih storitvah. Zato je še posebej pomembno, da je zdravstvena nega starostnikov kakovostna (Nakrem, 2011). Zdravstvena nega je v domu za starejše pomembno orodje medicinskih sester, s katerim se lahko približajo starostniku, upoštevajo njegovo osebnost in svoje delo usmerjajo v izboljševanje kakovosti življenja starostnika (Anderson, et al., 2009). Ker je kakovost življenja starostnikov v domovih resničen problem, je treba vpeljati zakonske reforme na področju zdravstvene nege, povečati število zaposlenih v zdravstveni negi v domovih za starejše in vpeljati standarde kakovosti v zdravstveni negi v domovih za starejše (Kane, 2003). Glavni cilj zdravstvene nege je zagotavljanje optimalne kakovosti življenja vsakemu stanovalcu. Kakovost življenja starostnika v domskem varstvu bi lahko bistveno izboljšali z upoštevanjem individualnega pristopa pri izvajanju zdravstvene nege. Individualni pristop zdravstvene nege starostnika ima štiri dele: koncept ohranitve dostojanstva in individualnosti, koncept spodbujanja k samooskrbi, koncept poučevanja starostnika in njegove družine ter multidisciplinarno delo (Bračič, 2011). Splošni cilj zdravstvene nege je starostnik, ki je neodvisen, ki sodeluje pri aktivnostih in oskrbi, ter ohranjanje dostojanstva starostnikov (Brownie & Horstmanshof, 2012). Delo medicinskih sester je močno povezano z ohranjanjem dostojanstva starostnika, starostnikom lahko zagotovijo avtonomno odločanje, zasebnost in individualno obravnavo. Osebe, ki skrbi za starostnika, mora biti ustrezno usposobljeno na treh širših področjih; znanje in znanost, večšine in klinična strokovnost, etične vrednote in stališča (Moe, et al., 2013). Storitve, namenjene starejšemu človeku, ki potrebuje oskrbo in podporo, se morajo pravočasno ter prožno odzivati na spreminjajoče se potrebe posameznika in spoštovati njegovo osebno integriteto, njihov cilj pa mora biti izboljšanje kakovosti njegovega življenja ter zagotavljanje enakih možnosti pri dostopanju do oskrbe. Vsak posameznik ima svoj značaj, interese, življenjsko zgodbo in družinske razmere ter svoje socialne in zdravstvene potrebe, sposobnosti

ter želje. Te značilnosti morajo predstavljati temelj za načrtovanje storitev, upravljanje oskrbe, usposabljanje osebja in spremljanje kakovosti. Storitve za starejše se morajo osredotočati v prvi vrsti na koristi, ki jih imajo od njih starejši. Usmerjene morajo biti k izboljšanju zdravja, dobrega počutja in neodvisnosti osebe, upoštevaje, kjer je to primerno, tudi koristnost za njihove družine. Zagotavljanje storitev je treba izpopolnjevati na podlagi rednega ocenjevanja in občasnega preverjanja, ki morata med drugim upoštevati tudi povratne informacije uporabnikov ter deležnikov s ciljem izboljševanja zagotavljanja storitev in njihove visoke kakovosti. Te koristi morajo temeljiti na najboljših dokazih o tem, kaj vodi k takšnim izboljšavam (Wedo-partnership, 2012). Čedalje več stanovalcev v domovih za starejše je hkrati tudi bolnikov, tako da potrebujejo zdravljenje ali pa vsaj zdravstveno nego, rehabilitacijo in stalnejši nadzor. Vedno več jih pride v domove neposredno iz bolnišnic in so čedalje bolj zahtevni glede storitev s področja zdravstvene dejavnosti, še posebej zdravstvene nege. Delež postelj na negovalnih oddelkih se povečuje na račun bivalnih oddelkov (Bračič, 2011). Obstajata dve skupini nalog, povezanih s kakovostjo znotraj zdravstvene nege. Prva naloga je zagotavljanje kakovosti, preprečevanje napak, vsebuje sistem vodenja kakovosti in preventivnih dejavnosti. Druga naloga se navezuje na nadzor kakovosti, iskanje napak pri delu (nenamerni incidenti, nespoštovanje standardov kakovosti zdravstvene nege). Kakovost zdravstvene nege in oskrbe zajema celovit pristop. Cilj zdravstvene nege v domu starejših je dobro počutje starostnika. To se doseže z dobrim sodelovanjem starostnika in medicinskih sester (Nakrem, 2011). Gerontološka zdravstvena nega mora strmeti k starostniku, ki ima nadzor nad svojim življenjem v okviru institucionalnih omejitev. Medicinska sestra s starostnikom in z njegovimi bližnjimi razvije dolgoročne, tesne, profesionalne ter včasih tudi intimne odnose. Na osnovi teh odnosov načrtuje svoje dejavnosti in priložnosti, ki starostnika spodbujajo k smiselnemu ter polnemu sodelovanju. Zdravstvena nega v domovih ima več organizacijskih značilnosti. To so vodstvo zdravstvene nege, ki je močno, učinkovito in stabilno, upravljanje zdravstvene nege, ki spodbuja sodelovanje v odločanju, timsko delo v zdravstveni negi, ki je spodbudno ter konstruktivno, in sistematičen

proces zdravstvene nege, ki spodbuja stalno izboljševanje kakovosti (Brownie & Horstmanshof, 2012).

Kobentar (2010) v doktorski disertaciji predlaga koncept dela z oskrbovanci v instituciji, ki vključuje: a.) osnovne smernice obravnave s cilji, b.) koncept obravnave, c) zdravstveno nego in oskrbo, d.) instrument za zagotavljanje kakovosti in e.) instrument za preverjanje meril ponudbe. Poudarja, da mora zdravstvena nega vključevati »jasno opredeljene postavke: sprejem v institucijo in prilagajanje, strokovna zdravstvena nega in načrtovanje psihosocialnih aktivnosti in drugih aktivnosti« (Kobentar, 2010). Meni, da je potrebno tudi kontinuirano interno preverjanje kakovosti zdravstvene oskrbe in zadovoljstva v oskrbi in/ali njihovih svojcev (npr. negovalne vizite, timski pogovori, refleksija in priložnosti za izboljšave). V raziskavi ugotavlja, da sta zdravstvena nega in oskrba v slovenskih domovih za starejše dobri ter da temeljita na ustreznem poznavanju osnovnih življenjskih potreb oskrbovancev. Meni pa, da se pozablja na oblikovanje življenja oseb z demenco in njihov aktivni prispevek. Potrdila je tudi, da so psihosocialne, ekološke in rehabilitacijske tehnike ter aktivnosti za oblikovanje fizičnega okolja komaj zaznane in se izvajajo v zelo majhnem obsegu. Poudarja, da je »potrebno ohraniti medicinski pristop, a le-tega dopolniti z integriranim pristopom z vključevanjem usposobljenih strokovnjakov za ohranjanje avtonomije in kompetentnosti oseb z demenco, pri skrbi za višjo kakovost njihovega življenja,« (Kobentar, 2010). Njene ugotovitve in priporočila so aktualni tudi za druge skupine stanovalcev.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI MAGISTRSKEGA DELA

Namen magistrskega dela je ugotoviti, kako spodbudna domska okolja vplivajo na kakovost življenja starostnikov. Osredotočili smo se na potrebe starostnikov, ki jih je opisala Kane (2003). Te potrebe so: varnost, fizično udobje, prehrana, stiki s svojci in prijatelji, funkcionalna sposobnost, dostojanstvo, zasebnost, avtonomnost, individualnost ter duhovnost.

Raziskovalni cilji magistrskega dela so:

- Ugotoviti kakovost življenja starostnikov v domovih za starejše.
- Ugotoviti kakovost življenja starostnikov, ki so omejeni pri izvajanju vsakodnevnih življenjskih aktivnostih in odvisni od pomoči drugih.
- Ugotoviti vpliv zasebnosti, dostojanstva, avtonomnosti in individualnosti starostnikov na kakovost življenja v domovih za starejše.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

V magistrskem delu smo postavili naslednje hipoteze:

H1: Obstaja statistično pomembna razlika med kakovostjo življenja starostnika v domu za starejše in stopnjo odvisnosti od pomoči drugih. Starostniki z nižjo stopnjo odvisnosti od pomoči drugih so bolj zadovoljni s kakovostjo življenja kot starostniki z višjo stopnjo odvisnosti od pomoči drugih.

H2: Kakovost življenja starostnikov v domu je statistično pomembno povezana s samooceno zdravja. Starostniki, ki so slabše ocenili svoje zdravje, so manj zadovoljni s kakovostjo življenja kot starostniki, ki so svoje zdravje bolje ocenili.

H3: Obstaja statistično pomembna povezava med kakovostjo življenja starostnikov v domu za starejše in dolžino bivanja v domu za starejše. Starostniki, ki v domu živijo

dlje časa, so bolj zadovoljni s kakovostjo življenja kot starostniki, ki v domu živijo manj časa.

H4: Obstaja statistično pomembna razlika med kakovostjo življenja starostnika v domu za starejše in vrsto sobe. Starostniki v enoposteljni sobi so bolj zadovoljni s kakovostjo življenja kot starostniki v dvo- ali več-posteljni sobi.

H5: Obstaja statistično pomembna povezava med kakovostjo življenja starostnikov v domu za starejše med starostniki, ki se udeležujejo raznih dejavnosti, in starostniki, ki se dejavnosti ne udeležujejo.

H6: Obstaja statistično pomembna razlika med domovi po oceni starostnikov o kakovosti življenja.

H7: Kakovost storitev in udobje v domuter medsebojni odnosi vplivajo na kakovost življenja starostnikov v domu za starejše.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili metodo pregleda literature. Obdobje pregleda literature je trajalo od maja 2013 do januarja 2016. Pregled literature smo opravili v podatkovnih bazah Cobiss, Cinahl, Proquest, Pubmed in Medline. Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede: starostniki, dom za starejše, kakovost življenja, kognitivne sposobnosti, samostojnost, avtonomija, zasebnost, dostojanstvo, individualnost, duhovnost, aktivnost, odnosi s svojci v tujih člankih pa so bile ključne besede za iskanje naslednje: elderly, quality of life, nursing home, cognitive ability, autonomy, dignity, privacy, individuality, spirituality, family, relationships. Ključne besede smo uporabljali v različnih kombinacijah, tako smo dobili veliko zadetkov. Postaviti smo morali omejitve pri iskanju člankov. Postavili smo časovno omejitev na 10 let oziroma manj, odvisno od števila zadetkov. Omejili smo se na znanstvene članke in članke s celotnim besedilom.

Empirični del magistrskega dela temelji na kvantitativni opisni neeksperimentalni metodi. Podatke smo zbirali s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Vprašalnike smo razdelili starostnikom, starim 65 let ali več, ki živijo v domovih za starejše. Vsem sodelujočim v raziskavi smo zagotovili anonimnost. Raziskava je potekala junija in julija 2014.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

V raziskavi smo uporabili kvantitativno neeksperimentalno opisno metodo. Podatke smo zbirali prek strukturiranega vprašalnika. Vprašalnik je vseboval 14 sklopov vprašanj z različnim številom vprašanj.

V raziskavi smo uporabili mednarodno priznani vprašalnik, ki je bil uporabljen v raziskavi Quality of Life Scales for Nursing Home Residents (QOL). Vprašalnik vsebuje 12 vsebinskih sklopov, to so: kakovost storitev in udobje v domu, funkcionalne zmožnosti, zasebnost, dostojanstvo, aktivnosti v domu, medsebojni odnosi, avtonomija, prehrana, duhovnost, varnost, individualnost in nivo kakovosti v domu. Večina trditev zajema 4-stopenjsko Likertovo lestvico. Ponujeni odgovori so: pogosto, včasih, redko, nikoli. Oštevilčeni so od 1 (najbolj negativen odgovor) do 4 (najbolj pozitiven odgovor). Avtorji QOL so predvideli, da nekateri starostniki niso zmožni odgovarjati na vprašanja v obliki Likertove lestvice, zato so pripravili možnost odgovorov »večinoma da« oziroma »večinoma ne«. Vsakemu odgovoru je bila dodeljena številčna vrednost od 1 do 4 za optimalni rezultat. Odgovora »večinoma da« in »večinoma ne« so oštevilčili s 3,8 (bolj pozitiven odgovor) in 1,5 (bolj negativen odgovor). Dodali so še dva možna odgovora, če starostnik ni odgovoril na vprašanje oziroma če ni želel odgovoriti na vprašanje (Kane, 2003). Avtorji tega vprašalnika so v omejitvah raziskave zapisali, da vprašalnik ne zajema vseh sklopov, in so predlagali, da bi v vprašalnik vključili še vprašanja o samooceni zdravja ter o funkcionalnih zmožnostih. Tako smo v vprašalnik vključili še tri vprašanja o samooceni zdravja in funkcionalnega stanja, ki smo jih povzeli iz četrte faze multidisciplinarne raziskave o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi-

SHARE (Hvalič-Touzery, 2014) (Share Release 4.0), izvedene leta 2011. V vprašalnik smo dodali še sklop demografskih vprašanj. V tem sklopu imamo eno vprašanje z dvema odgovoroma, tri vprašanja z več odgovori in odprto vprašanje o starosti.

QOL je zastavljen kot celota, omogoča pa tudi pregled rezultatov po posameznih vsebinskih sklopih. Zato smo najprej pogledali, kakšna je zanesljivost celotnega QOL. Cronbachov koeficient alfa za vseh 66 trditvev je znašal 0,921. DuMond (2010) ugotavlja, da testi zanesljivosti pri QOL v posameznih vsebinskih sklopih variirajo. V njenem primeru, razen enega sklopa, od 0,53 do 0,77, v našem primeru pa je zanesljivost višja, saj znaša Cronbachov koeficient alfa v devetih vsebinskih sklopih od 0,628 do 0,892 (tabela 1). Le v treh vsebinskih sklopih je nižji od 0,60 in še pri enem sklopu znašal je 0,59. Dva vsebinska sklopa z najnižjo zanesljivostjo smo upoštevali le, ko smo analizirali vse trditve skupaj, posameznih analiz znotraj njiju pa zaradi slabše zanesljivosti nismo naredili. Sledili smo namreč usmeritvam Ferligoj, Leskošek in Kogovšek (1995; cited in Cenčič, 2009), ki pravijo, da je zanesljivost vprašalnika slaba pri vrednosti koeficienta manj kot 0,60 ali če ni podatka o zanesljivosti. Zanesljivost vprašalnika je zelo dobra, če znaša Cronbachov koeficient alfa 0,80 ali bližje vrednosti števila 1, zmerna zanesljivost pa je pri vrednosti od 0,60 do 0,80.

Tabela 1: Vrednosti Cronbachov koeficienta alfa

Št. sklopa	Število trditvev	Cronbachov koeficient alfa
1 – Kakovost storitev in udobje v domu	6	0,452
2 – Funkcionalne zmožnosti	5	0,892
3 – Zasebnost	5	0,674
4 – Dostojanstvo	5	0,728
5 – Aktivnosti v domu	6	0,587
6 – Medsebojni odnosi	5	0,676
7 – Avtonomija	4	0,628
8 – Prehrana	3	0,701
9 – Duhovnost	4	0,662
10 – Varnost	5	0,441

Št. sklopa	Število trditev	Cronbachov koeficient alfa
11 – Individualnost	6	0,751
12 – Nivo kakovosti življenja	12	0,793
Skupaj	66	0,921

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavo smo zajeli starostnike stare 65 let ali več, ki živijo v domovih za starejše v gorenjski regiji in v ljubljanskih domovih. V gorenjski regiji je devet domov za starejše, in sicer v Kranju, Preddvoru, Naklem, Jesenicah, Kranjski Gori, Radovljici, Bohinju, Škofji Loki in Trziču. Skupnost socialnih zavodov Slovenije ocenjuje, da živi v gorenjski regiji v domovih za starejše približno 1.370 starostnikov. Povabilu k sodelovanju se je odzvalo pet domov iz gorenjske regije. V Ljubljani je 14 domov za starejše, in sicer Bežigrad, Tabor, Poljane, Moste-Polje, Šiška, Bokalce, Kolezija, Fužine, Sv. Janez Trnovo, DEOS-Medvode, Horjul, Trnovo, Notranje Gorice, Črnuče. Na območju Ljubljane živi v domovih približno 2.500 starostnikov (Skupnost slovenskih zavodov Slovenije, 2013d). Na naše povabilo so se odzvali trije ljubljanski domovi za starejše. Odzvali smo se tudi na povabilo doma za starejše, ki je izrazil željo po sodelovanju. Ta je v Gornjem Gradu in ga Skupnost socialnih zavodov uvršča pod območno enoto Ljubljana (Skupnost slovenskih zavodov Slovenije, 2013a). V raziskavi je sodelovalo 10 domov za starejše iz Naklega, Jesenic, Kranjske Gore, Bohinja, Škofje Loke, Šiške, Horjula, Trnovo, Notranjih Goric in Gornjega Grada. Večina domov se v raziskavi ne želi imensko izpostaviti, kar so napisali tudi kot pogoj za opravljanje raziskave v njihovem zavodu. Od tega so štiri domovi za starejše javni, šest domov za starejše pa deluje s koncesijo. V vseh domovih vključenih v raziskavo, stanuje 1406 starostnikov, starih 65 let ali več. V raziskavi je sodelovalo 330 starostnikov, starih 65 let ali več, od tega smo dobili 313 pravilno izpolnjenih vprašalnikov. 42,8 % sodelujočih starostnikov v raziskavi biva v javnih domovih za starejše, 57,2 % pa v zasebnih.

Avtorji QOL so priporočili, da iz posameznega doma za starejše sodeluje 25 stanovalcev. Kot pravijo, je to število dobro za posplošitev rezultatov na celoten dom. Sprejemljivo število je 17 anketiranih stanovalcev iz posameznega doma za

starejše, da se podatki še lahko posplošijo na celoten dom (Kane, 2003). Mi smo se odločili, da bomo iz vsakega doma vzeli od 20 do 30 stanovalcev. Vzorec je bil izbran nenaključno. Domove smo ob stiku seznanili s pogoji, kdo je lahko vključen v raziskavo starostniki starejši od 65 let, ki so lahko odgovarjali na vprašanja, so lahko držali koncentracijo 30 minut, in starostniki, kjer ni bila napredovana demenca. Ker smo želeli preprečiti, da bi v našem vzorcu prevladovali starostniki, ki so v stopnji oskrbe 1, smo v prošnji zapisali, da morajo biti med izbranimi stanovalci tudi starostniki iz stopnje oskrbe 2 in 3, od tega vsaj 6 starostnikov iz oskrbe 3.

Tabela 2: Delež starostnikov iz vključenih domov, ki so sodelovali v raziskavi, po spolu

	Moški, stari 65 let ali več	Ženske, stare 65 let ali več	Skupaj stari 65+
Število starostnikov, ki bivajo v domovih za starejše, ki so prostovoljno sodelovali v raziskavi	361	1045	1406
Število sodelujočih starostnikov v raziskavi	87	226	313
Delež sodelujočih starostnikov v raziskavi	24,1 %	21,6 %	22,2 %

Iz tabele 2 je razvidno, da v domovih za starejše biva precej več žensk kot moških, in sicer 1.045 žensk in 361 moških. V raziskavi je sodelovalo 226 žensk in 87 moških. V raziskavo smo zajeli več kot petino starostnikov iz domov v našem vzorcu.

Tabela 3: Starostna razdelitev starostnikov v vzorcu

Starostna obdobja	n	Delež (v %)
Od 65 let do 75 let	86	27,3
Od 76 let do 85 let	109	34,9
Od 86 let do 95 let	112	35,9
Več kot 96 let	6	1,9
Skupaj	313	100

Povprečna starost anketiranih starostnikov je bila 81,23 leta. V tabeli 3 je razvidno, da so sodelovali starostniki od 65 let naprej. Največ starostnikov je bilo starih od 86 do 95 let, najmanj pa je bilo starejših od 96 let.

Največ anketiranih starostnikov, tj. 49,5 %, je imelo poklicno/srednješolsko izobrazbo, nekaj starostnikov tj. 5,8 %, ni imelo dokončane osnovne šole. V raziskavi sta sodelovala starostnika, ki sta imela magisterij in doktorat (tabela 4).

Tabela 4: Stopnja izobrazbe starostnikov

Stopnja izobrazbe	n	Delež (v %)
Nedokončana osnovnošolska izobrazba	18	5,8
Osnovnošolska izobrazba	86	27,5
Poklicna/srednješolska izobrazba	155	49,5
Višje/visokošolska izobrazba	45	14,4
Univerzitetna izobrazba	7	2,2
Magisterij	1	0,3
Doktorat	1	0,3
Skupaj	313	100

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli med stanovalci, ki živijo v domovih za starejše, ki so na območju Gorenjske. Najprej smo prosili za dovoljenje direktorje in predstavnike zdravstvene nege ter oskrbe, da opravimo raziskavo v njihovem domu za starejše. Predstavili smo jim namen raziskave in anketni vprašalnik. Prosili smo jih za pomoč pri izvedbi raziskave, in sicer da so nam pripravili seznam 30 stanovalcev, ki so bili zmožni sodelovati v raziskavi. Pri sestavi seznama smo jih opozorili, da morajo biti zajeti starostniki, ki so zmožni sodelovati in odgovarjati na vprašanja z vsaj da ali ne, starostniki, ki lahko držijo koncentracijo vsaj 30 minut, starostniki, ki so vodeni v oskrbi 1, oskrbi 2 in oskrbi 3. Anketo so izvedli anketarji, ki niso bili zaposleni v domovih za starejše. Anketarje smo poučili o pomenu raziskave in natančno predstavili anketne vprašalnike ter jim pojasnili potek raziskave. Raziskavo smo izvedli v domovih za starejše, anketiranci so sodelovali anonimno in prostovoljno. Podatke smo zbirali v juniju in juliju 2014. Anketne vprašalnike smo izpolnjevali tako, da so anketarji prebrali vprašanje in možne odgovore, stanovalec pa je izbral enega od ponujenih odgovorov. Če stanovalec ni bil zmožen odgovarjati na osnovi štiristopenjske Likertove lestvice, smo mu ponudili odgovora »večinoma da«

oziroma »večinoma ne«. Pri vsakem stanovalcu smo najprej poskusili z Likertovo lestvico.

Dobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS. Uporabili smo osnovne statistične izračune, kot so aritmetična sredina, standardni odklon, frekvence in odstotki. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami smo uporabili test Kruskal-Wallis, za povezanost med spremenljivkami smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient in Pearsonovo korelacijo. Za merjenje zanesljivosti smo izračunali Cronbachov koeficient α . Uporabili smo multivariatno analizo, in sicer linearno multiplo regresijsko analizo.

3.4 REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 313 starostnikov, ki bivajo v desetih domovih za starejše in so bili pripravljene sodelovati v raziskavi. Rezultate predstavljamo po vsebinskih sklopih.

Bivanje v domu in vrsta oskrbe

V prvem sklopu smo starostnike povprašali o tem, kako dolgo so bivali v domu za starejše, kakšno oskrbo prejemajo in o vrsti sobe, v kateri bivajo.

Anketirani starostniki so bivali v domu za starejše v povprečju 3,18 leta. V tabeli 5 so zbrani podatki o dolžini bivanja starostnikov v domu za starejše. Dolžina bivanja se nanaša na dom za starejše, v katerem je starostnik bival v času raziskave. Tretjina starostnikov je v domu za starejše bivala manj kot eno leto. Skoraj tri petine starostnikov je bivalo v domu za starejše od enega do pet let.

Tabela 5: Dolžina bivanja v domu

Čas bivanja	n	Delež (v %)
Do 1 leta	97	31,3
Od 1 do 3 let	120	39,0
Od 4 do 5 let	59	19,8
Od 6 do 10 let	24	7

Čas bivanja	n	Delež (v %)
Več kot 10 let	13	3,9
Skupaj	313	100

Tabela 6 prikazuje razporejenost starostnikov glede na stopnjo oskrbe. V raziskavo smo zajeli starostnike iz oskrbe 1, oskrbe 2 in oskrbe 3. Starostnike z oskrbo 4 smo izključili iz raziskave, ker ne morejo smiselno odgovarjati na vprašanja zaradi demence. V raziskavi je sodelovalo 313 (36,1%) starostnikov, od tega je bilo 113 (32,9 %) starostnikov iz oskrbe 1, 103 (44 %) starostnikov iz oskrbe 2 in 97 (31 %) starostnikov iz oskrbe 3.

Tabela 6: Starostniki v posamezni oskrbi in delež starostnikov, ki so bili zajeti v raziskavo.

Vrsta oskrbe	N (vsi starostniki v sodelujočih domovih za starejše)	n (starostniki v raziskavi)	Delež (v%)
Oskrba 1	352	113	32,1
Oskrba 2	234	103	44,0
Oskrba 3	649	97	14,9
Oskrba 4	171	0	0
Skupaj	1.406	313	22,2

Oskrba 1: starostniki, ki zaradi starosti ali drugih razlogov niso sposobni za samostojno življenje in potrebujejo delno neposredno pomoč; oskrba 2: starostniki z zmernimi starostnimi in zdravstvenimi težavami; oskrba 3: starostniki z zahtevnejšimi starostnimi in zdravstvenimi težavami; oskrba4: starostniki z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (starostniki z demenco).

Iz tabele 7 je razvidno, da le 36,7 % starostnikov živi v enoposteljni sobi, ostali bivajo v dvo- ali večposteljnih sobah.

Tabela 7: Vrsta sobe

Vrsta sobe	n	Delež (v %)
Enoposteljna soba	115	36,7
Dvo- ali več-posteljna soba	198	63,3
Skupaj	313	100

Samoocena zdravstvenega stanja in stopnje odvisnosti

Samoocena zdravja je uveljavljena metoda splošnega zdravstvenega stanja, ki zajame fizične in duševne komponente zdravja ter zadovoljstvo z življenjem (Tomšič & Orožen, 2012). Ugotovili smo, da je 18,2 % starostnikov v raziskavi svoje zdravje ocenilo kot odlično ali zelo dobro. Več kot tretjina (38 %) jih je ocenila, da so dobrega zdravja. Svoje zdravje je kot slabo ocenilo le 12,8 % starostnikov (tabela 8).

Tabela 8: Ocena zdravstvenega stanja

Ocena zdravstvenega stanja	n	Delež (v %)
Slabo	40	12,8
Zadovoljivo	97	31,0
Dobro	119	38,0
Zelo dobro	45	14,4
Odlično	12	3,8
Skupaj	313	100

Skoraj 17 % starostnikov je pri vsakodnevnih aktivnostih zelo omejenih, 47,6 % starostnikov pa do neke mere omejenih. Dobra tretjina (35,5 %) starostnikov v našem vzorcu pri vsakdanjih aktivnostih ni imela omejitev (tabela 9).

Tabela 9: Omejenost pri vsakodnevnih aktivnostih

Omejenost	n	Delež (v %)
Zelo omejen	53	16,9
Omejen, toda ne zelo	149	47,6
Ni omejen	111	35,5
Skupaj	313	100

Ugotavljamo, da je bila v vzorcu četrtnina starostnikov precej odvisna od pomoči drugih, tretjina pa delno odvisna. Neodvisnih od pomoči drugih je 30,7 % starostnikov. Dobra desetina (11,8 %) starostnikov pa je zelo odvisnih od pomoči drugih (tabela 10).

Tabela 10: Stopnja odvisnosti starostnikov od pomoči drugih

Stopnja odvisnosti	n	Delež (v %)
Zelo odvisno	37	11,8
Precej odvisno	75	24,0
Delno odvisno	105	33,5
Neodvisno	96	30,7
Skupaj	313	100

Kakovost življenja starostnikov v domu za starejše

Kakovost življenja starostnikov v domu za starejše povzemamo v dvanajstih tabelah. Zbrani podatki obravnavajo različna področja življenja, ki skupaj celostno določajo kakovost življenja.

Starostniki ocenjujejo, da jih v domu redko zebe (PV = 3,65, SO = 0,74), prav tako jih redko moti hrup (PV = 3,63, SO = 0,76) redkeje so tudi v istem telesnem položaju, ki jim povzroča bolečino (PV = 3,09, SO = 0,97). Nekoliko več so omenjali prisotnost bolečin (PV = 2,49, SO = 1,11) in težave s spanjem (PV = 2,79, SO = 1,05) (tabela 11).

Tabela 11: Kakovost storitev in udobje v domu (n=313)

Kakovost storitev in udobje v domu	PV ¹	SO ²
Kako pogosto vas v domu zebe?	3,65	0,74
Kako dolgo ste v istem (telesnem) položaju, tako da vas boli?	3,09	0,97
Kako pogosto imate bolečine?	2,49	1,11
Kako pogosto vas moti hrup, ko ste v svoji sobi?	3,63	0,76
Kako pogosto vas moti hrup v drugih delih doma, npr. v jedilnici?	3,44	0,90
Ali ponoči dobro spite?	2,79	1,05

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

Ugotavljamo, da imajo starostniki včasih težave z opravljanjem manjših opravil, kot so premikanje po sobi brez težav in pomoči drugih (PV = 3,15, SO = 1,04), doseganje potrebnih stvari (PV = 3,14, SO = 0,93), hitra dostopnost kopalnice iz kateregakoli mesta v domu (PV = 3,20, SO = 1,08), lastne stvari na dosegu roke v toaletnem prostoru (PV = 3,50, SO = 0,96), skrb za lastno sobo in stvari (PV = 3,05, SO = 0,95) (tabela 12).

Tabela 12: Funkcionalne zmožnosti starostnikov (n = 313)

Funkcionalne zmožnosti	PV ¹	SO ²
Ali se z lahkoto sami premikate po sobi?	3,15	1,04
Ali lahko brez težav dosežete stvari, ki jih potrebujete?	3,14	0,93
Ali lahko hitro dosežete kopalnico iz kateregakoli mesta v domu?	3,20	1,08
Ali imate svoje stvari na dosegu roke v toaletnem prostoru?	3,50	0,96
Ali lahko storite vse, kar zmorete in želite, da poskrbite za svojo sobo ter svoje stvari?	3,05	0,95

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

Rezultati glede zasebnosti so pozitivni. Odgovori starostnikov se nagibajo k možnosti »pogosto«, kar pomeni, da nimajo večjih težav z iskanjem prostora v domu, kjer bi bili lahko sami (PV = 3,39, SO = 0,92), opravljanjem zasebnega telefonskega pogovora (PV = 3,50, SO = 0,95), z druženjem z ljudmi izven lastne sobe (PV = 3,46, SO = 0,84). Ugotavljamo tudi, da osebje upošteva, da je treba potrkati in počakati, preden vstopi v sobo starostnika (PV = 3,52, SO = 0,71) (tabela 13).

Tabela 13: Zasebnost starostnikov (n = 313)

Zasebnost	PV ¹	SO ²
Lahko najdete mesto v domu, kjer ste lahko sami?	3,39	0,92
Lahko opravite zaseben telefonski klic?	3,50	0,95

Zasebnost	PV ¹	SO ²
Ali s svojimi obiskovalci lahko najdete mesto, ki vam nudi zasebnost?	3,66	0,68
Se lahko na zasebnem kraju družite z drugim oskrbovancem (ne le s sostanovalcem v sobi)?	3,46	0,84
Ali osebje potrka in počaka, preden vstopi v vašo sobo?	3,52	0,71

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

V tabeli 14 so predstavljeni rezultati o dostojanstvu starostnikov v domovih za starejše. Odgovora, ki se močno nagibata k trditvi »pogosto«, sta vljudno obnašanje (PV = 3,74, SO = 0,50) in spoštovanje s strani osebja (PV = 3,74, SO = 0,53). Prav tako smo zaznali dobro spoštovanje intimnosti (PV = 3,62, SO = 0,73) in ravnanje z občutkom (PV = 3,66, SO = 0,58). Včasih pa si osebje tudi vzame čas, da prisluhne starostniku (PV = 3,13, SO = 0,95).

Tabela 14: Dostojanstvo starostnikov v domovih (n = 313)

Dostojanstvo	PV ¹	SO ²
Se osebje vljudno obnaša do vas?	3,74	0,50
Imate občutek, da vas osebje obravnava s spoštovanjem?	3,74	0,53
Ali osebje pri negi ravna z vami z občutkom?	3,66	0,58
Ali osebje spoštuje vašo intimnost?	3,62	0,73
Ali si osebje vzame čas in vas posluša, če imate kaj povedati?	3,13	0,95

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

Odgovori o pogostosti navedenih aktivnosti se najbolj nagibajo k odgovoru včasih. Od vseh navedenih aktivnosti, se najpogosteje gibajo zunaj (PV = 3,28, SO = 1,00). Včasih se udeležujejo organiziranih aktivnosti (PV = 2,95, SO = 1,11) in , nudijo pomoč drugim v domu in izven njega (PV = 3,04, SO = 1,08). Zelo redko imajo med vikendi poleg religioznih dejavnosti še druge razvedrilne dejavnosti (PV = 1,53, SO

= 0,89). Odgovor glede predolгих dni se giblje med možnostma »redko« in »včasih« (PV = 2,51, SO = 1,14) (tabela 15).

Tabela 15: Aktivnosti v domu (n = 313)

Aktivnosti v domu	PV ¹	SO ²
Ali se gibate zunaj?	3,28	1,00
Kako pogosto greste ven?	3,31	0,83
Se udeležujete organiziranih aktivnosti v domu?	2,95	1,11
Imate poleg religioznih aktivnosti še kakšne razvedrilne dejavnosti med vikendi?	1,53	0,89
Ali ne glede na svoje zdravstveno stanje pomagata sestanovalec, svoji družini, zaposlenim in ljudem izven doma?	3,04	1,08
Se vam dnevi v domu zdijo predolgi?	2,51	1,14

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

Starostnike smo povprašali po medosebnih odnosih v domu. Ocenili so, da se redko zgodi, da postane kdo od osebja njihov prijatelj (PV = 2,06, SO = 1,15), vendar pa so dali bolj pozitiven odgovor na vprašanje, ali se je nekdo od zaposlenih v zadnjem mesecu z njimi prijateljsko pogovarjal (PV = 2,44, SO = 1,05). Starostniki menijo, da je včasih v domu možno sklepati prijateljstva (PV = 3,06, SO = 1,08) in da včasih tudi koga v domu označijo za bližnjega prijatelja (PV = 2,90, SO = 1,45). Starostniki so najbolj pozitivno odgovorili na trditev, da jim dom predstavlja prijazno okolje za druženje (PV = 3,38, SO = 0,79) (tabela 16).

Tabela 16: Medsebojni odnosi (n = 313)

Medsebojni odnosi v domu	PV ¹	SO ²
Je v domu lahko sklepati prijateljstva?	3,06	1,08
Lahko kogarkoli v domu označite za bližnjega prijatelja?	2,90	1,45
Ali se je v zadnjem mesecu kdo izmed zaposlenih zadržal v prijateljskem pogovoru z vami?	2,44	1,05

Medsebojni odnosi v domu	PV ¹	SO ²
Bi lahko rekli, da je kdo od osebja vaš prijatelj?	2,06	1,15
Bi lahko rekli, da vam dom predstavlja prijazno okolje za srečevanje stanovalcev s svojimi družinami in prijatelji?	3,38	0,79

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

Tabela 17 prikazuje rezultate o avtonomiji starostnikov. Največjo avtonomijo imajo pri odločitvi, kdaj odidejo spat (PV = 3,63, SO = 0,80) in kaj bodo oblekli (PV = 3,57, SO = 0,87). Včasih lahko odločajo glede jutranjega vstajanja (PV = 3,15, SO = 1,10) in včasih so uspešno spremenili stvari, ki jim niso všeč (PV = 2,86, SO = 0,99).

Tabela 17: Avtonomija starostnikov (n=313)

Avtonomija	PV ¹	SO ²
Greste lahko spat, kadar želite?	3,63	0,80
Ali lahko zjutraj vstanete, kadar želite?	3,15	1,10
Se lahko odločate, kaj boste oblekli?	3,57	0,87
Ste bili uspešni pri spreminjanju stvari, ki vam niso bile všeč?	2,86	0,99

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

Tabela 18 predstavlja rezultate o prehrani starostnikov v domovih. Starostniki so odgovorili, da jim je prehrana v domu včasih všeč (PV = 3,17, SO = 0,89). Nekoliko slabše pa so ocenili, da se veselijo časa za obroke v domu (PV = 2,46, SO = 1,08) in, da v domu dobijo svojo najljubšo hrano (PV = 2,59, SO = 0,95).

Tabela 18: Prehrana v domovih (n = 313)

Prehrana	PV ¹	SO ²
Vam je hrana v domu všeč?	3,17	0,89
Se veselite časa za obroke v domu?	2,46	1,08
Ali v domu dobite tudi vašo najljubšo hrano?	2,59	0,95

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

V tabeli 19 so razvidni rezultati o duhovnosti v domovih. Starostniki se redko udeležujejo verskih aktivnosti v domu (PV = 2,23, SO = 1,32) in jim tovrstne aktivnosti v domu redkeje tudi osebno kaj pomenijo (PV = 2,27, SO = 1,32). Starostniki so odgovorili, da imajo smisel v življenju (PV = 3,09, SO = 0,95) in da so pomirjeni z lastnim življenjem (PV = 3,39, SO = 0,81).

Tabela 19: Duhovnost starostnikov v domovih (n = 313)

Duhovnost	PV ¹	SO ²
Se udeležujete verskih aktivnosti v domu?	2,23	1,32
Vam tukajšnje verske aktivnosti osebno kaj pomenijo?	2,27	1,32
Menite, da ima vaše življenje v celoti smisel?	3,09	0,95
Ali ste pomirjeni glede svojega življenja?	3,39	0,81

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

V tabeli 20 so prikazani rezultati o varnosti starostnikov v domovih. Starostniki imajo pogosto občutek, da je njihova lastnina v domu varna (PV = 3,64, SO = 0,73) in njihova oblačila se redko izgubijo ali poškodujejo v pralnici (PV = 2,03, SO = 1,05). Starostniki so odgovorili, da se lahko zanesejo da bodo dobili pomoč, ko jo bodo potrebovali (PV = 3,71, SO = 0,59), in da lahko hitro pridejo do zdravnika ali medicinske sestre v primeru slabega počutja (PV = 3,77, SO = 0,51). Starostniki so odgovorili, da jih načeloma ni strah načina, s katerim so obravnavani stanovalci v njihovem domu (PV = 3,42, SO = 0,89).

Tabela 20: Varnost starostnikov v domovih (n = 313)

Varnost	PV ¹	SO ²
Imate občutek, da je vaša lastnina v domu varna?	3,64	0,73
Ali se vaša oblačila v pralnici kdaj poškodujejo ali izgubijo?	2,03	1,05

Varnost	PV ¹	SO ²
Se lahko zanesete, da boste dobili pomoč, ko jo boste potrebovali?	3,71	0,59
Ali lahko v primeru slabega počutja hitro pridete do zdravnika ali sestre?	3,77	0,51
Vas je kdaj strah zaradi načina, s katerim je bil obravnavan kdo od stanovalcev?	3,42	0,89

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

Tabela 21 prikazuje rezultate o upoštevanju individualnosti starostnikov v domovih. Starostniki so odgovorili, da se osebje zaveda njihovih interesov in želja (PV = 3,25, SO = 0,83), da osebje resno jemlje tisto, kar jim je pomembno (PV = 3,29, SO = 0,85), da so njihove želje in interesi spoštovani (PV = 3,29, SO = 0,85) in da jih osebje pozna kot človeka (PV = 3,51, SO = 0,80). Za izkušnje starostnikov in njihovo delo v preteklosti se osebje zanima v manjši meri (PV = 2,19, SO = 1,09). Starostniki so odgovorili, da jih ostali stanovalci poznajo kot človeka (PV = 3,48, SO = 0,81).

Tabela 21: Individualnost starostnikov v domovih (n = 313)

Individualnost	PV ¹	SO ²
Se osebje v domu zaveda vaših interesov in želja?	3,25	0,83
Vas osebje v domu pozna kot človeka?	3,51	0,80
Se osebje v domu zanima za vaše izkušnje in vaše delo v preteklosti?	2,19	1,09
Ali osebje v domu jemlje resno tisto kar vam je pomembno?	3,29	0,85
Vas ostali stanovalci poznajo kot človeka?	3,48	0,81
So v tem domu vaše želje in interesi spoštovani?	3,29	0,85

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

V tabeli 22 so prikazani rezultati o nivoju kakovosti življenja starostnikov v domovih. Gre za zbirno tabelo, v kateri so zbrani različni vidiki kakovosti življenja. Starostniki so odgovorili, da se fizično udobno počutijo v domu za starejše (PV = 2,74, SO = 0,83). Lahko se ukvarjajo s tistim, kar želijo (PV = 3,13, SO = 0,95), da imajo dovolj zasebnosti v domu (PV = 3,53, SO = 0,79) in možnost izbire in nadzora (PV = 3,36, SO = 0,83). Starostniki so odgovorili, da je v domu spoštovano njihovo dostojanstvo (PV = 3,65, SO = 0,65). Lahko se ukvarjajo z zanimivimi stvarmi in jih gledajo (PV = 3,34, SO = 0,84). Lahko sledijo svojim interesom in prioriteta (PV = 3,20, SO = 0,90). Zadovoljni so s hrano (PV = 3,22, SO = 0,90). Imajo dobre in prijateljske odnose (PV = 3,49, SO = 0,84). Starostniki so menili, da v domu za starejše lahko zadovoljijo svoje duhovne in religiozne potrebe (PV = 3,25, SO = 1,12). Starostniki so svoje življenje ocenili kot celoto ocenili kot dobro.

Tabela 22: Nivo kakovosti življenja v domovih (n = 313)

Nivo kakovosti življenja	PV ¹	SO ²
Udobno počutje (fizično)?	2,74	0,83
Se lahko kar se da ukvarjate s tem, kar želite?	3,13	0,95
Imate toliko zasebnosti kot si želite?	3,53	0,79
Imate v vsakodnevnem življenju dovolj možnosti izbire in nadzora?	3,36	0,83
Imate občutek, da v domu spoštujejo vaše dostojanstvo?	3,65	0,65
Se lahko ukvarjate z in gledate zanimive stvari?	3,34	0,84
Ste zadovoljni s hrano in obroki?	3,22	0,90
Lahko sledite svojim prioriteta in interesom?	3,20	0,90
Imate dobre in prijateljske odnose?	3,49	0,84
Se počutite varni?	3,83	0,48
Lahko zadovoljite svoje duhovne in religiozne potrebe?	3,25	1,12
Kako bi ocenili vaše življenje v celoti?	2,95	0,76

¹PV = povprečna vrednost (lestvica 1-4; 1-pogosto, 2- včasih, 3 – redko, 4 – nikoli), ²SO = standardni odklon

Zanimalo nas je, ali kateri od vsebinskih sklopov izstopa glede na zadovoljstvo starostnikov z njim. Naredili smo pregled ocen starostnikov po posameznem sklopu, in sicer za vse domove skupaj. Vse točke smo najprej med seboj sešteli, določili smo najnižjo in najvišjo vrednost, povprečno vrednost ter standardni odklon (tabela 23). Starostniki so v razponu od 12 do 48 precej visoko ocenili nivo življenja, in sicer je povprečna vrednost znašala $PV = 39,678$ ($SO = 5,540$). Najbolje je poskrbljeno za njihovo dostojanstvo ($PV = 17,892$, $SO = 2,341$) in zasebnost ($PV = 17,531$, $SO = 2,720$). Najslabše so starostniki ocenili duhovnost ($PV = 10,987$, $SO = 3,158$), prehrano ($PV = 8,209$, $SO = 2,326$), medsebojne odnose ($PV = 13,839$, $SO = 3,702$) in aktivnosti v domu ($PV = 16,620$, $SO = 3,480$).

Tabela 23: Povprečna vrednost in standardni odklon za vsak sklop posebej

Sklop	Min ⁴	Maks ⁵	PV ¹ /(odstotek ²)	SO ³
Funkcionalne zmožnosti	5	20	16,032/(80,16%)	4,147
Zasebnost	5	20	17,531/(87,66%)	2,720
Dostojanstvo	5	20	17,892/(89,46%)	2,341
Aktivnosti v domu	6	24	16,620/(69,25%)	3,480
Medsebojni odnosi	5	20	13,839/(69,19%)	3,702
Avtonomija	4	16	13,211/(82,57%)	2,610
Prehrana	3	12	8,209/(68,41%)	2,326
Duhovnost	4	16	10,987/(68,67%)	3,158
Individualnost	6	24	19,003/(79,18%)	3,520
Nivo kakovosti življenja	12	48	39,678/(82,66%)	5,540

¹ PV = povprečna vrednost, ² dosežen odstotek glede na maksimalno število točk v posameznem vsebinskem sklopu, ³SO = standardni odklon, ^{4,5}Min-Max = najmanjša in največja vrednost

Tabela 24 prikazuje korelacije, ki smo jih dobili z uporabo Spearmanovega koeficienta korelacije. Ugotovili smo, da obstaja precej korelacij. Spol negativno korelira s funkcionalnimi zmožnostmi ($r = -0,179$, $p = 0,012$), in z dostojanstvom ($r = -0,125$, $p = 0,027$) ter pozitivno z duhovnostjo ($r = 0,158$, $p = 0,005$). Izobrazba pozitivno korelira z zasebnostjo ($r = 0,115$, $p = 0,042$) in negativno z medsebojnimi odnosi ($r = -0,107$, $p = 0,058$), s prehrano ($r = -0,152$, $p = 0,007$) ter z duhovnostjo ($r = -0,182$, $p = 0,001$). Ugotavljali smo tudi, da tip oskrbenegativno korelira s

funkcionalnimi zmožnostmi ($r = -0,696$, $p = 0,000$), z zasebnostjo ($r = -0,444$, $p = 0,000$), dostojanstvom ($r = -0,198$, $p = 0,000$), aktivnostmi v domu ($r = -0,411$, $p = 0,000$), medsebojnimi odnosi ($r = -0,239$, $p = 0,000$), in avtonomijo ($r = -0,433$, $p = 0,000$), individualnostjo ($r = -0,173$, $p = 0,002$). Vrsta sobe je v negativni korelaciji z zasebnostjo ($r = -0,313$, $p = 0,000$), aktivnostmi v domu ($r = -0,120$, $p = 0,034$), in avtonomijo ($r = -0,129$, $p = 0,023$) ter pozitivno z duhovnostjo ($r = 0,178$, $p = 0,002$). Pri samooceni zdravja ugotavljamo negativno korelacijo s funkcionalnimi zmožnostmi ($r = -0,217$, $p = 0,000$), dostojanstvom ($r = -0,139$, $p = 0,014$), aktivnostmi v domu ($r = -0,134$, $p = 0,018$), avtonomijo ($r = -0,189$, $p = 0,001$), s prehrano ($r = -0,160$, $p = 0,005$) in z duhovnostjo ($r = -0,143$, $p = 0,012$). Omejenost pri vsakodnevnih aktivnostih pozitivno kolerira s funkcionalnimi zmožnostmi ($r = 0,512$, $p = 0,000$), z zasebnostjo ($r = 0,298$, $p = 0,000$), dostojanstvom ($r = 0,175$, $p = 0,002$), aktivnostmi v domu ($r = 0,343$, $p = 0,000$), medsebojnimi odnosi ($r = 0,199$, $p = 0,000$), avtonomijo ($r = 0,330$, $p = 0,000$), duhovnostjo ($r = 0,117$, $p = 0,038$) in individualnostjo ($r = 0,175$, $p = 0,002$). Stopnja odvisnosti starostnikov od pomoči drugih pozitivno korelira s funkcionalnimi zmožnostmi ($r = 0,640$, $p = 0,000$), z zasebnostjo ($r = 0,334$, $p = 0,000$), dostojanstvom ($r = 0,142$, $p = 0,012$), aktivnostmi v domu ($r = 0,344$, $p = 0,000$), medsebojnimi odnosi ($r = 0,155$, $p = 0,006$), avtonomijo ($r = 0,361$, $p = 0,000$) in individualnostjo ($r = 0,113$, $p = 0,046$). Te korelacije smo si podrobneje pogledali v nadaljevanju.

Tabela 24: Rezultati Spearmanovega koeficienta korelacije

Sklop	Spol	Izobrazba	Oskrba	Soba	Samoocena zdravja	Omejenost	Odvisnost
Funkcionalne zmožnosti							
Correlation	-,179*	,092	-,696	-,083	-,217**	,512**	,640**
Coefficient	,012	,104	,000	,144	,000	,000	,000
Sig. (2-tailed)	313	313	313	313	313	313	313
N							
Zasebnost							
Correlation	-,079	,115*	-,444**	-,313**	-,077	,298**	,334**
Coefficient	,163	,042	,000	,000	,177	,000	,000
Sig. (2-tailed)	313	313	313	313	313	313	313
N							

Sklop	Spol	Izobrazba	Oskrba	Soba	Samoocena zdravja	Omejenost	Odvisnost
Dostojanstvo Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,125* ,027 313	-,047 ,404 313	-,198** ,000 313	-,052 ,362 313	-,139* ,014 313	,175** ,002 313	,142* ,012 313
Aktivnosti v domu Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,000 ,995 313	-,063 ,268 313	-,411** ,000 313	-,120* ,034 313	-,134* ,018 313	,343** ,000 313	,344** ,000 313
Medsebojni odnosi Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,026 ,647 313	-,107 ,058 313	-,239** ,000 313	,032 ,576 313	-,087 ,125 313	,199** ,000 313	,155** ,006 313
Avtonomija Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,051 ,369 313	,027 ,628 313	-,433** ,000 313	-,129* ,023 313	-,189** ,001 313	,330** ,000 313	,361** ,000 313
Prehrana Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,062 ,276 313	-,152** ,007 313	-,110 ,052 313	-,016 ,781 313	-,160** ,005 313	,104 ,065 313	,100 ,078 313
Duhovnost Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,158** ,005 313	-,182** ,001 313	-,047 ,402 313	,178** ,002 313	-,143* ,012 313	,117* ,038 313	,051 ,367 313
Individualnost Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,053 ,353 313	-,054 ,341 313	-,173** ,002 313	-,012 ,836 313	-,086 ,128 313	,175** ,002 313	,113* ,046 313

*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05 (2-tailed)

**korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01 (2-tailed)

Moški so bolj kot ženske ocenili svoje funkcionalne zmožnosti (PV = 17,00, SO = 3,91) in dostojanstvo (PV = 18,28, SO = 2,21). Ženske v domovih za starejše so bolj zadovoljne z duhovnostjo (PV = 11,27, SO = 3,26) (tabela 25).

Tabela 25: Korelacija spola s funkcionalnimi zmožnostimi, dostojanstvom in duhovnostjo

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	P ¹	Spol					
					Moški			Ženski		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Funkcionalne zmožnosti	5	20	-0,179	0,012	87	17,00	3,91	226	15,66	4,18
Dostojanstvo	5	20	-0,125	0,027	87	18,28	2,21	226	17,74	2,38
Duhovnost	5	20	0,158	0,005	87	10,24	2,77	226	11,27	3,26

¹r(p) = Spearmanov koeficient korelacije (dvostranski), korelacija je statistično pomembna na nivoju najmanj 0,05 (2-tailed)

²n = število starostnikov, ³PV = povprečna vrednost, ⁴SO = standardni odklon, ⁵Min-Max = najmanjša in največja vrednost

Najbolj so bili z zasebnostjo zadovoljni starostniki z univerzitetno izobrazbo (PV = 18,43, SO = 1,40), najmanj starostniki z nedokončano osnovno šolo (PV = 16,73, SO = 3,03). Starostniki z osnovnošolsko izobrazbo so najboljše ocenili medsebojne odnose (PV = 14,26, SO = 3,89), prehrano (PV = 8,77, SO = 2,24) in duhovnost (PV = 11,94, SO = 3,25). Starostniki z univerzitetno izobrazbo so najslabše ocenili medsebojne odnose (PV = 11,43, SO = 3,10) in prehrano (PV = 7,86, SO = 3,67). Starostniki z višje-/visokošolsko izobrazbo so najslabše ocenili duhovnost (PV = 10,13, SO = 2,68) (tabela 26).

Tabela 26: Korelacija izobrazbe z zasebnostjo, medsebojnimi odnosi, prehrano in duhovnostjo

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	p ¹	Izobrazba														
					Nedokončana osnovna šola			Osnovnošolska izobrazba			Poklicna/srednješolska izobrazba			Višje/visoko šolska izobrazba			Univerzitetna izobrazba		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Zasebnost	5	20	0,115	0,042	18	16,73	3,03	86	17,00	3,01	155	17,87	2,51	45	17,51	2,76	7	18,43	1,40
Medsebojni odnosi	5	20	-0,107	0,058	18	14,12	3,40	86	14,26	3,89	155	13,83	3,65	45	13,38	3,75	7	11,43	3,10
Prehrana	3	12	-0,152	0,007	18	8,44	2,31	86	8,77	2,24	155	8,04	2,21	45	7,93	2,37	7	7,86	3,67
Duhovnost	4	16	-0,182	0,001	18	11,42	3,34	86	11,94	3,25	155	10,70	3,17	45	10,13	2,68	7	10,57	2,30

¹r(p) = Spearmanov koeficient korelacije (dvostranski), korelacija je statistično pomembna na nivoju najmanj 0,05 (2-tailed)

²n = število starostnikov, ³PV = povprečna vrednost, ⁴SO = standardni odklon, ⁵Min-Max = najmanjša in največja vrednost

Starostniki, ki imajo oskrbo 1, so najboljše ocenili področja funkcionalne zmožnosti (PV = 18,92, SO = 1,46), zasebnost (PV = 18,76, SO = 1,86), dostojanstvo (PV = 18,35, SO = 1,95), aktivnosti v domu (PV = 18,01, SO = 3,13), medsebojne odnose (PV = 14,53, SO = 3,71), avtonomijo (PV = 14,38, SO = 1,61) in individualnost (PV = 19,79, SO = 3,21) (tabela 27). Te kategorije so najslabše ocenili starostniki, ki prejemajo oskrbo 3. Največja razlika v oceni glede na oskrbo se je pokazala pri funkcionalnih zmožnostih, aktivnostih v domu, zasebnosti in avtonomiji.

Tabela 27: Korelacija stopnje oskrbe s funkcionalnimi zmožnostmi, zasebnostjo, dostojanstvom, aktivnostmi v domu, medsebojnimi odnosi, avtonomijo in individualnostjo

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	P ¹	Stopnja oskrba								
					Oskrba 1			Oskrba 2			Oskrba 3		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Funkcionalne zmožnosti	5	20	-0,696	0,000	113	18,92	1,46	103	16,83	2,48	97	11,82	4,29
Zasebnost	5	20	-0,444	0,000	113	18,76	1,86	103	17,96	2,19	97	15,46	3,17
Dostojanstvo	5	20	-0,198	0,000 0	113	18,35	1,95	103	18,08	2,22	97	17,16	2,70
Aktivnosti v domu	6	24	-0,411	0,000	113	18,01	3,13	103	17,16	2,98	97	14,43	3,34
Medsebojni odnosi	5	20	-0,239	0,000	113	14,53	3,71	103	13,67	2,07	97	12,29	3,42

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	P ¹	Stopnja oskrba								
					Oskrba 1			Oskrba 2			Oskrba 3		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Avtonomija	4	16	-0,433	0,000	113	14,38	1,61	103	13,67	2,07	97	11,36	3,05
Individualnost	6	24	-0,173	0,002	113	19,70	3,21	103	19,14	3,24	97	18,04	3,95

¹r(p) = Spearmanov koeficient korelacije (dvostranski), korelacija je statistično pomembna na nivoju najmanj 0,05 (2-tailed)

²n = število starostnikov, ³PV = povprečna vrednost, ⁴SO = standardni odklon, ⁵Min-Max = najmanjša in največja vrednost

Starostniki, ki bivajo v enoposteljni sobi, so bili bolj zadovoljni z zasebnostjo (PV = 18,55, SO = 2,10), aktivnostmi v domu (PV = 17,18, SO = 3,42) in avtonomijo (PV = 13,69, SO = 2,28). Področje duhovnosti so bolje ocenili starostniki, ki živijo v dvo- ali večposteljnih sobah (PV = 11,43, SO = 3,02) (tabela 28).

Tabela 28: Korelacija med tipom sobe in zasebnostjo, aktivnostmi v domu, avtonomijo duhovnostjo

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	P ¹	Tip sobe					
					Enoposteljna soba			Dvo ali več šposteljna soba		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Zasebnost	5	20	-0,313	0,000	115	18,55	2,10	198	16,94	2,87
Aktivnosti v domu	6	24	-0,120	0,034	115	17,18	3,42	198	16,30	3,48
Avtonomija	4	16	-0,129	0,023	115	13,69	2,28	198	12,93	2,75
Duhovnost	4	16	0,178	0,002	115	10,24	3,26	198	11,42	3,02

¹r(p) = Spearmanov koeficient korelacije (dvostranski), korelacija je statistično pomembna na nivoju najmanj 0,05 (2-tailed)

²n = število starostnikov, ³PV = povprečna vrednost, ⁴SO = standardni odklon, ⁵Min-Max = najmanjša in največja vrednost

Ugotavljamo, da so starostniki z najnižjo samooceno zdravja najnižje ocenili vse izbrane kategorije, v katerih smo ugotavljali korelacijo. Starostniki, ki so bili slabega zdravja, so tako najslabše ocenili področja funkcionalnih zmožnosti (PV = 12,45, SO = 4,65), dostojanstva (PV = 16,48, SO = 3,19), aktivnosti v domu (PV = 15,43, SO = 3,64), avtonomije (PV = 12,07, SO = 2,60), prehrane (PV = 7,43, SO = 2,54) in duhovnosti (PV = 9,77, SO = 2,37). Starostniki, ki so svoje zdravje ocenili kot dobro, so najbolje ocenili področji dostojanstva (PV = 18,41, SO = 1,83) in duhovnosti (PV = 11,57, SO = 3,15). Starostniki, ki menijo, da je njihovo zdravje zelo dobro, so najbolje ocenili funkcionalne zmožnosti (PV = 17,89, SO = 2,40), aktivnosti v domu (PV = 17,37, SO = 3,68) in avtonomijo (PV = 14,04, SO = 2,23). Tisti starostniki, ki menijo, da je njihovo zdravje odlično, so najbolje ocenili področje prehrane (PV = 8,90, SO = 2,30) (tabela 29).

Tabela 29: Korelacija samoocene zdravja s funkcionalnimi zmožnostmi, dostojanstvom, aktivnostmi v domu, avtonomijo, prehrano in duhovnostjo

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	p ¹	Samoocena zdravja														
					Slabo			Zadovoljivo			Dobro			Zelo dobro			Odlično		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Funkcionalne zmožnosti	5	20	-0,217	0,000	40	12,45	4,65	97	16,18	3,79	119	16,95	3,79	45	17,89	2,40	12	15,44	2,93
Dostojanstvo	5	20	-0,139	0,014	40	16,48	3,19	97	17,88	2,18	119	18,41	1,83	45	17,99	2,35	12	17,20	3,03
Aktivnosti v domu	6	24	-0,134	0,018	40	15,43	3,64	97	16,37	3,25	119	17,06	3,45	45	17,37	3,68	12	15,73	3,27
Avtonomija	4	16	-0,189	0,001	40	12,07	2,60	97	13,03	2,73	119	13,52	2,52	45	14,04	2,23	12	12,35	2,53

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	p ¹	Samoocena zdravja														
					Slabo			Zadovoljivo			Dobro			Zelo dobro			Odlično		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Prehrana	3	12	-0,160	0,005	40	7,43	2,54	97	7,95	2,24	119	8,49	2,37	45	8,52	2,13	12	8,90	2,03
Duhovnost	4	16	-0,143	0,012	40	9,77	2,37	97	10,60	3,03	119	11,57	3,15	45	11,54	2,93	12	10,29	3,29

¹r(p) = Spearmanov koeficient korelacije (dvostranski), korelacija je statistično pomembna na nivoju najmanj 0,05 (2-tailed)
²n = število starostnikov, ³PV = povprečna vrednost, ⁴SO = standardni odklon, ⁵Min-Max = najmanjša in največja vrednost

Podobno, kot smo ugotovili pri starostnikih z najnižjo samooceno zdravja, ugotavljamo tudi v primeru omejenosti pri vsakdanjih aktivnostih. Namreč, najbolj omejeni pri vsakdanjih aktivnostih so najslabše ocenili vse izbrane kategorije, v katerih smo ugotavljali korelacijo. Gre področja funkcionalne zmožnosti (PV = 12,06, SO = 4,90), zasebnosti (PV = 16,45, SO = 3,21), dostojanstva (PV = 12,06, SO = 4,90), aktivnosti v domu (PV = 16,45, SO = 3,21), medsebojnih odnosov (PV = 17,24, SO = 2,73), avtonomije (PV = 11,91, SO = 3,18), duhovnosti (PV = 10,00, SO = 3,22) in individualnosti (PV = 17,93, SO = 4,17) (tabela 30).

Tabela 30: Korelacija med omejenostjo v vsakdanjih aktivnostih in funkcionalnimi zmožnostmi, zasebnostjo, dostojanstvom, aktivnostmi v domu, medsebojnimi odnosi, avtonomijo, duhovnostjo in individualnostjo

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	P ¹	Omejenost v vsakdanjih aktivnostih zaradi zdravstvenih težav								
					Zelo omejen			Omejen, toda ne zelo			Ni bil omejen		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Funkcionalne zmožnosti	5	20	0,512	0,000	53	12,06	4,90	149	15,74	3,61	111	18,33	2,61
Zasebnost	5	20	0,298	0,000	53	16,45	3,21	149	17,16	2,70	111	18,54	2,12
Dostojanstvo	5	20	0,175	0,000	53	17,24	2,73	149	17,74	2,38	111	18,41	1,97
Aktivnosti v domu	6	24	0,343	0,000	53	14,43	3,47	149	16,38	3,30	111	17,99	3,11
Medsebojni odnosi	5	20	0,199	0,000	53	11,89	3,66	149	14,11	3,21	111	14,40	4,05
Avtonomija	4	16	0,330	0,000	53	11,91	3,18	149	12,83	2,60	111	14,34	1,77
Duhovnost	4	16	0,117	0,038	53	10,00	3,22	149	11,03	3,05	111	11,40	3,21
Individualnost	6	24	0,175	0,002	53	17,93	4,17	149	18,82	3,33	111	19,76	3,30

¹r(p) = Spearmanov koeficient korelacije (dvostranski), korelacija je statistično pomembna na nivoju najmanj 0,05 (2-tailed)

²n = število starostnikov, ³PV = povprečna vrednost, ⁴SO = standardni odklon, ⁵Min – Max = najmanjša in največja vrednost

Tabela 31 prikazuje, da so starostniki, ki so zelo odvisni od pomoči drugih, najslabše ocenili vse zbrane kategorije. Gre za področja funkcionalnih zmožnosti (PV = 11,42, SO = 5,01), zasebnosti (PV = 16,14, SO = 3,36), medsebojnih odnosov (PV = 11,67, SO = 3,91) in individualnosti (PV = 18,17, SO = 4,25). Precej odvisni starostniki so najslabše ocenili področja dostojanstva (PV = 16,35, SO = 3,08), aktivnosti v domu (PV = 14,87, SO = 3,25) in avtonomije (PV = 11,89, SO = 2,95). Delno odvisni starostniki so najboljše ocenili področje medsebojnih odnosov (PV = 14,78, SO = 3,08). Neodvisni starostniki so najboljše ocenili področja funkcionalnih zmožnosti (PV = 18,74, SO = 2,20), zasebnosti (PV = 18,65, SO = 1,64), dostojanstva (PV = 18,46, SO = 1,82), aktivnosti v domu (PV = 17,98, SO = 3,05), avtonomije (PV = 14,22, SO = 2,06) in individualnosti (PV = 19,70, SO = 3,05).

Tabela 31: Korelacija med odvisnostjo od pomoči drugih in funkcionalnimi zmožnostmi, zasebnostjo, dostojanstvom, aktivnostmi v domu, medsebojnimi odnosi, avtonomijo in individualnostjo

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	p ¹	Odvisnost od pomoči drugih											
					Zelo odvisen			Precej odvisen			Delno odvisen			Neodvisen		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Funkcionalne zmožnosti	5	20	0,640	0,000	37	11,42	5,01	75	13,20	4,09	105	17,21	2,25	96	18,74	2,20
Zasebnost	5	20	0,334	0,000	37	16,14	3,36	75	16,35	3,08	105	17,84	2,47	96	18,65	1,64
Dostojanstvo	5	20	0,142	0,12	37	17,26	2,53	75	16,35	3,08	105	17,61	2,47	96	18,46	1,82
Aktivnosti v domu	6	24	0,344	0,000	37	15,01	3,84	75	14,87	3,25	105	17,20	3,17	96	17,98	3,05

	Min ⁵	Maks ⁵	r ¹	p ¹	Odklon od pomoči drugih											
					Zelo odvisen			Precej odvisen			Delno odvisen			Neodvisen		
					n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴	n ²	PV ³	SO ⁴
Medsebojni odnosi	5	20	0,155	0,006	37	11,67	3,91	75	13,39	3,59	105	14,78	3,08	96	13,99	3,98
Avtonomija	4	16	0,361	0,000	37	11,94	2,98	75	11,89	2,95	105	13,68	2,07	96	14,22	2,06
Individualnost	6	24	0,113	0,046	37	18,17	4,25	75	18,85	3,32	105	18,77	3,71	96	19,70	3,05

¹r(p) = Spearmanov koeficient korelacije (dvostranski), korelacija je statistično pomembna na nivoju najmanj 0,05 (2-tailed)

²n = število starostnikov, ³PV = povprečna vrednost, ⁴SO = standardni odklon, ⁵Min-Max = najmanjša in največja vrednost

3.4.1 Preverjanje hipotez

S hipotezo 1 smo želeli ugotoviti, ali obstaja statistično pomembna razlika med kakovostjo življenja starostnika v domu za starejše in stopnjo odvisnosti od pomoči drugih. Najvišja skupna vrednost točk na QOL-vprašalniku znaša 216, najnižja pa 54. Višje število točk pomeni večje zadovoljstvo s kakovostjo življenja v domu. Na podlagi pridobljenih rezultatov lahko sklepamo, da so starostniki v naši raziskavi razmeroma zadovoljni s kakovostjo življenja, saj se vrednosti gibljejo med 140,56 in 164,17, pri čemer je maksimalna vrednost 216. Podatki kažejo, da je zadovoljstvo s kakovostjo življenja v domu nekoliko večje pri ljudeh, ki so bili neodvisni ali le delno odvisni od pomoči drugih, vendar pa kljub temu nismo potrdili statistično značilnih razlik med kakovostjo življenja in stopnjo odvisnosti od pomoči drugih ($p = 0,240$) (tabeli 32 in 33). Hipotezo zavrnamo.

Tabela 32: Prikaz povezanosti kakovosti življenja in odvisnosti od pomoči drugih

Kako odvisni ste od pomoči drugih?	n	Povprečni rang
zelo odvisen	37	151,92
precej odvisen	75	140,56
delno odvisen	105	162,55
neodvisen	96	164,17
Skupaj	313	

Tabela 33: Kruskal Wallis Test pri razliki v kakovosti življenja in stopnji odvisnosti od pomoči drugih.

	Kakovost življenja
Kruskal Wallis Test	4,211
df	3
p-vrednost	0,240

a. Kruskal Wallis Test

b. Spremenljivka, ki deli: Kako odvisni ste od pomoči drugih?

S hipotezo 2 smo želeli ugotoviti, ali obstaja statistično pomembna povezanost med samooceno zdravja starostnikov in kakovostjo življenja starostnikov. Uspelo nam je

dokazati pomembno povezavo med samooceno zdravja in kakovostjo življenja starostnikov ($r = 0,163$, $p = 0,004$) (tabela 34). Starostniki, ki so bolj ocenili svoje zdravje, so bolj zadovoljni s kakovostjo življenja. Hipotezo lahko sprejmemo.

Tabela 34: Rezultati korelacijske analize o povezanosti med samooceno zdravja in kakovostjo življenja starostnikov

			Kakovost življenja
Spearmanov rho	Kakovost življenja	Korelacijski koeficient	1,000
		p-vrednost	
		n	313
	Zdravstveno stanje	Korelacijski koeficient	0,163**
		p-vrednost	0,004
		n	313

Legenda: r_s (p)= Spearmanov korelacijski koeficient (dvostranski); $p < 0,01$ pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni

S hipotezo 3 smo želeli ugotoviti, ali obstaja statistično pomembna povezava med dolžino bivanja v domu in kakovostjo življenja starostnika. Te statistične povezave med spremenljivkama nismo potrdili ($r = -0,083$, $p = 0,114$) (tabela 35). Hipotezo zavrnamo.

Tabela 35: Pearsonov koeficient korelacije

			Kakovost življenja
Kakovost življenja	Pearsonova korelacija		1
	p-vrednost		
	n		313
Čas bivanja v domu za starejše	Pearsonova korelacija		-0,083
	p-vrednost		0,144
	N		313

Legenda: Pearsonov koeficient korelacije (dvostranski); $p \leq 0,05$ pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni

V hipotezi 4 smo želeli ugotoviti, ali obstaja statistično pomembna razlika med vrsto sobe in kakovostjo življenja starostnikov. Tabeli 36 in 37 kažeta rezultate Kruskal Wallis testa s katerim nismo potrdili statistično značilnih razlik med kakovostjo

življenja starostnikov in tipom sobe ($p = 0,805$). Povprečni rang pri enoposteljni sobi je 154,96 in pri dvo ali več posteljni sobi pa 157,38. Hipotezo zavrnamo.

Tabela 36: Povezanost med tipom sobe in kakovostjo življenja

V kakšni sobi bivate?		n	Povprečni rang
Kakovost življenja	enoposteljna soba	114	154,96
	dvo ali več posteljna soba	199	157,38
	Skupaj	313	

Tabela 37: Kruskal Wallis Test pri razliki v kakovosti življenja in tipom sobe

	Kakovost življenja
Kruskal Wallis Test	0,061
df	1
p-vrednost	0,805

a. Kruskal Wallis Test

b. Spremenljivka, ki deli: V kakšni sobi bivate?

S hipotezo 5 smo želeli ugotoviti, ali obstaja statistično pomembna povezava med kakovostjo življenja starostnikov in njihovo udeležbo na različnih prireditvah. Iz tabele 38 je razvidno, da lahko potrdimo pomembno statistično povezavo med spremenljivkama ($p = 0,001$). S kakovostjo življenja so bolj zadovoljni tisti starostniki, ki se udeležujejo organiziranih aktivnosti v domu ($PV = 2,95$, $SO = 1,11$) (tabela 38). Hipotezo lahko potrdimo.

Tabela 38: Spearmanov koeficient korelacije med kakovostjo življenja in udeležbo aktivnosti v domu za starejše

			Kakovost življenja
Spearmanov rho	Kakovost življenja	Korelacijski koeficient	1,000
		p-vrednost	
		n	313
	Aktivnosti v domu	Korelacijski koeficient	0,182**
		p-vrednost	0,001
		n	313

Legenda: $r_s(p)$ = Spearmanov korelacijski koeficient (dvostranski); $p < 0,01$ pomeni, da sta spremenljivki povezani med seboj in odvisni

S hipotezo 6 smo želeli ugotoviti, ali obstaja statistično pomembna razlika med posameznimi domovi po oceni starostnikov o kakovosti življenja. Ker se nekateri domovi niso želeli imensko izpostaviti, smo jih naključno oštevilčili. Hipotezo 6 zavržemo. Oceno zadovoljstva smo povzeli po zadnjem sklopu vprašalnika, ki je nekakšen pregled celotnega vprašalnika. Najvišja možna ocena je 216, najnižja ocena pa 54. Ugotavljamo precejšnje razlike med najbolje in najslabše ocenjenimi domovi. Starostniki so odgovorili, da so najbolj zadovoljni s kakovostjo življenja v domu št. 2, ki je zasebni dom s koncesijo za starejše (povprečni rang 194,54), sledi dom št. 7, tj. zasebni dom s koncesijo za starejše (povprečni rang 178,69). Starostniki so najmanj zadovoljni s kakovostjo življenja v domu št. 6, tj. javni dom za starejše (povprečni rang 116,24), in v domu št. 8, tj. javni dom za starejše (povprečni rang 142,65). Šest domov za starejše (10, 5, 9, 1, 3, 4) je z oceno, ki se giblje med povprečnimi rangi 160 in 153, nekje v sredini.

Tabela 39: Razvrstitev domov po oceni starostnikov o kakovosti življenja

V katerem domu bivate?	Vrsta zavoda (javni zavod ali zasebni s koncesijo)	n	Povprečni rang ¹
Dom št. 1	Zasebni	29	154,95
Dom št. 2	Zasebni	35	194,54
Dom št. 3	Javni	30	153,27
Dom št. 4	Javni	40	153,20
Dom št. 5	Zasebni	31	157,10
Dom št. 6	Javni	27	116,24
Dom št. 7	Zasebni	29	178,69
Dom št. 8	Javni	36	142,65
Dom št. 9	Zasebni	31	155,32
Dom št. 10	Zasebni	24	159,54
Skupaj		313	

¹Zadovoljstvo s kakovostjo življenja v domu se giblje med najvišjo oceno 216 in najnižjo oceno 54

Tabela 40: Kruskal Wallis Test razlike med javnimi domovi za starejše in domovi za starejše, ki delujejo s koncesijo

	Kakovost življenja
Kruskal Wallis Test	16,714
df	9
p-vrednost	0,053

a. Kruskal Wallis Test

b. Spremenljivka, ki deli: V katerem domu bivate?

S hipotezo 7 smo želeli ugotoviti vpliv kakovosti storitev in udobja v domu ter medsebojnih odnosov na kakovost življenja v domu. Medsebojni odnosi v domu in kakovost storitev ter udobje v domu statistično pomembno vplivajo na kakovost življenja starostnikov v domu. V tabeli 42 vidimo, da medsebojni odnosi in kakovost storitev ter udobje v veliki meri vplivajo na kakovost življenja starostnikov (R Kvadrat znaša 0,303, kar pomeni, da je pojasnjene variance 30,3 % oziroma skoraj tretjina). Standardizirani koeficient beta nam pove, da medsebojni odnosi bolj vplivajo na kakovost življenja kot kakovost samih storitev v domovih za starejše. Hipoteza je potrjena, kar je razvidno v tabelah 41, 42, 43 in 44, saj je p-vrednost 0,000.

Tabela 41: Kruskal Wallis Test pri razliki v kakovosti življenja in posameznim domom

	Kakovost življenja
Kruskal Wallis Test	16,763
df	8
p-vrednost	0,033

a. Kruskal Wallis Test

b. Spremenljivka, ki deli: V katerem domu bivate?

Tabela 42: Povzetek modela razlik medsebojnimi odnosi, kakovostjo storitev in udobjem v domovih s kakovostjo življenja starostnikov

Model	R	R Kvadrat	Durbin-Watson
1	0,550 ^a	0,303	1,761

a. Prediktorji: (Konstanta), Medsebojni odnosi v domu, Kakovost storitev in udobje v domu

b. Odvisna spremenljivka: Kakovost življenja

Tabela 43: ANOVA med kakovostjo življenja starostnikov in medsebojnimi odnosi, kakovostjo storitev ter udobjem v domu

	Model	F	p-vrednost
1	Regresija	67,069	0,000 ^b
	Skupaj	311	

a. Odvisna spremenljivka: Kakovost življenja

b. Prediktorji: (Konstanta), Medsebojni odnosi v domu, Kakovost storitev in udobje v domu

Tabela 44: Koefficienti, ki dokazujejo vpliv kakovost storitev in udobja v domu ter medsebojnih odnosov na kakovost življenja starostnikov

	Model	Standardizirani koeficienti Beta	t	p-vrednost	Preverjanje multikolinearnosti
1	(Konstanta)		10,846	0,000	
	Kakovost storitev in udobje v domu	0,275	5,719	0,000	0,976
	Medsebojni odnosi v domu	0,436	9,056	0,000	0,976

Odvisna spremenljivka: Kakovost življenja, Standardizirani koeficient Beta nam pove moč vpliva neodvisne spremenljivke na odvisno, ker je pozitiven ima pozitiven vpliv na odvisno spremenljivko.

3.5 RAZPRAVA

Namen magistrskega dela je bil ugotoviti, v kolikšni meri so starostniki v domovih za starejše zadovoljni s kakovostjo življenja. Osredotočili smo se na potrebe starostnikov, ki jih je opisala Kane (2003). Te potrebe so: varnost, fizično udobje, prehrana, stiki s svojci in prijatelji, funkcionalna sposobnost, dostojanstvo, zasebnost, avtonomnost, individualnost ter duhovnost. Z izvedeno raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno kakovost življenja imajo starostniki v domovih za starejše v Sloveniji, predvsem na gorenjskem in ljubljanskem področju. Rezultati so pokazali, da starostniki v povprečju izražajo zadovoljstvo z lastno kakovostjo življenja. Starostniki so najboljše ocenili dostojanstvo, najslabše pa prehrano in duhovnost, kar pomeni, da bi domovi morali v prihodnosti dati večji poudarek področju prehrane starostnikov in duhovnosti. Do podobnih rezultatov je prišla DuMond (2010), ki je

uporabila enak raziskovalni instrument kot mi. Ugotovila je, da so bili starostniki v domovih za starejše najbolj zadovoljni z dostojanstvom in najmanj z duhovnostjo.

Zaposleni v domovih za starejše morajo dobro poznati pomen kakovosti življenja starostnikov v domu, kako starostniki dojemajo kakovost življenja in najti način, kako uskladiti vizijo doma za starejše s kakovostjo življenja starostnikov (DuMond, 2010). Skrb za starostnike je zelo zahtevna in hkrati neprijetna. Negovalno osebje ima nizke plače, slabe delovne razmere in malo možnosti za napredovanje. Negovalno osebje ima redko priložnost, da lahko sodeluje pri pripravi načrta za oskrbo starostnika in vpliva na organizacijo dela. Zaradi omenjenih težav se zdravstveni tehniki pogosto odločajo za druge, »boljše« službe. S tem domovi za starejše izgubljajo zaposlene, ki dobro poznajo starostnike in njihove potrebe ter vedenje, in posledično se zmanjšuje kakovost življenja starostnikov v domovih za starejše (Flesner & Rantz, 2004).

Boeckxstaens in De Graaf (2011) navajata, da je starostnike treba vključiti v obravnavo in odločanje o njihovem življenju. Ocenjevanje starostnikovih zdravstvenih, funkcionalnih in družbenih potreb, vključno z osamljenostjo, se je izkazalo za koristno pri načrtovanju oskrbe ter dejavnosti starostnikov v domovih za starejše. Obravnava starostnikov v domovih je timsko delo in ne samo delo medicinskih sester. DuMond (2010) navaja, da je pomembno sodelovanje starostnikov, svojcev, socialnih delavcev, negovalnega osebja, fizioterapevtov, delovnih terapevtov, zdravnika in drugih, da starostniku zagotovijo varnost ter funkcionalno neodvisnost. Velik kazalnik dela so kazalniki kakovosti, ki identificirajo starostnika, kot so doživeti padci, upad gibanja v domovih za starejše, razjede zaradi pritiska, upad samostojnosti in različne možnosti zdravljenj.

V izvedeno anketo smo zajeli najmanj starostnikov, ki so zelo omejeni v vsakodnevem življenju, in največ starostnikov, ki so delno omejeni v vsakdanjem življenju. Največ anketiranih starostnikov je ocenilo, da potrebujejo delno pomoč drugih pri opravljanju vsakodnevih aktivnosti, najmanj anketiranih starostnikov je menilo, da so zelo odvisni od pomoči drugih pri opravljanju vsakodnevih aktivnosti.

To je lahko posledica tega, da starostniki, ki so najbolj omejeni v vsakodnevnem življenju in posledično zelo odvisni od pomoči drugih pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, niso bili sposobni sodelovati v raziskavi, najverjetneje zaradi svojega zdravstvenega stanja. Podoben vzorec starostnikov je zajela DuMond (2010) v svoji raziskavi, v kateri je največ starostnikov potrebovalo zmerno pomoč drugih (58 %), nekoliko manj minimalno pomoč drugih (31 %), najmanj pa jih je potrebovalo maksimalno pomoč drugih (11 %) pri hranjenju, osebni higieni in gibanju. V slovenski raziskavi, v katero so zajeli štiri domove za starejše v Pomurju, so v nasprotju z omenjenim zajeli največji delež starostnikov (43,5 %) brez težav pri opravljanju običajnih aktivnosti, 38,4 % jih je imelo nekaj težav, 18,1 % pa vsakodnevnih aktivnosti ni zmoglo samostojno opravljati (Pap, et al., 2015).

Iz rezultatov naše raziskave lahko ugotovimo, da so starostniki, ki so zelo omejeni pri vsakodnevnom življenju, in tisti starostniki, ki so odvisni od pomoči drugih pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, precej manj zadovoljni s kakovostjo življenja v domovih za starejše kot starostniki, ki niso omejeni ali so malo omejeni v vsakodnevnom življenju ter skorajda niso odvisni od pomoči drugih pri opravljanju vsakodnevnih aktivnostih. Iz tega lahko razberemo, da bi morali domovi za starejše dati večji poudarek kakovosti življenja starostnikov, ki so omejeni v vsakodnevnom življenju, in starostnikov, ki so odvisni od pomoči drugih pri opravljanju vsakodnevnih aktivnostih, da se torej organizira več aktivnosti, v katerih bi bili lahko vključeni zgoraj omenjeni starostniki.

V življenje starostnikov, ki so odvisni od pomoči druge osebe, bi lahko večkrat vključili zunanje skupine, prostovoljce in druge, da bi jim popestrili vsakodnevno življenje. Otroci bi lahko pripravili razne predstave, starostnike bi lahko bolj vključili v gospodinjska opravila, kot so kuhanje, pomivanje, pospravljanje, vrtnarjenjem in podobno, če ne bi mogli sodelovati, bi se zamotili že z opazovanjem. Prostovoljce bi bilo treba predhodno poučiti o posebnostih starostnikov in o tem, kako ravnati z njimi (Flesner & Rantz, 2004). Starostnikom, ki so odvisni od pomoči druge osebe, je treba omogočiti, da sodelujejo pri aktivnostih, ki se vsakodnevno izvajajo. Če starostniki ne morejo aktivno sodelovati, sta zelo pomembna pasivno sodelovanje in sama prisotnost pri aktivnostih. Vsem je treba omogočiti, da izražajo svojo voljo,

potrebe, emocije, želje in svobodo gibanja (kolikor je to mogoče) ter jim dati občutek, da še nekaj znajo in zmorejo (Imperl, 2012).

Starostniki, ki niso omejeni v vsakodnevem življenju, in tisti starostniki, ki so neodvisni od pomoči drugih, so bolj zadovoljni s kakovostjo življenja skoraj na vseh področjih kot ostali starostniki. Samostojni starostniki se lažje udeležujejo organiziranih aktivnosti v domu, lahko gredo sami ven na sprehod in ni jim treba čakati na pomoč druge osebe pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, ki jim lahko vzamejo večino energije in volje. Mali (2004) navaja, da so stanovalci, ki ne sodelujejo v družabnih aktivnostih v okviru doma starejših, v manjši meri zadovoljni s svojim življenjem, z zdravstvenim stanjem in s trenutnim položajem. Pat in drugi (2015) menijo, da je vključevanje v aktivnosti doma velik doprinos h kakovosti življenja.

Domovi za starejše bi se morali bolj osredotočiti predvsem na področja duhovnosti, prehrane, medsebojnih odnosov, avtonomije in aktivnosti v domovih za starejše, da bi se kakovost življenja starostnikov v domovih za starejše še izboljšala. Naša raziskava je pokazala, da so medsebojni odnosi tisti, ki v veliki meri vplivajo na kakovost življenja starostnikov. Hjaltadóttir in Gústafsdóttir (2007) menita, da morajo biti zaposleni v domovih za starejše prijazni, starostnikom morajo dati občutek, da se lahko zanesejo na njihovo pomoč, ko jo potrebujejo. Starostniki pričakujejo, da so medicinske sestre na njihovi strani, jih podpirajo, da jim stojijo ob strani, ko so bolni in umirajo. Franklin in drugi (2006) so izpostavili, da si morajo zaposleni v domovih vzeti čas za starostnike, ki živijo v domovih za starejše, se z njimi pogovarjati, jih poslušati in spoštovati. Tudi Pap (2013) navaja, da počutje stanovalcev domov za starejše občane pogojujejo odnosi med stanovalci domov in zaposlenim osebjem. Hkrati opozarja na nezadostnost kadra in pomanjkanje časa. Janež (2004) podobno ugotavlja, da so glavne slabosti v domovih za starejše povečanje števila stanovalcev in pomanjkanje časa zaposlenih.

Kadrovski normativ za ustanove v institucionalnem varstvu, ki ga določa Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010, Priloga 1), je nekoliko višji za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne

demenca ali sorodnih stanj potrebujejo delno ali popolno osebno pomoč in nadzor. Poleg običajnega kadra naj bi bila na oddelku za demenco zaposlena še animator in inštruktor (Šavle Reščič, 2014). Institucionalno varstvo v zavodski obliki se izvaja v manjših organizacijskih enotah, kot so bivalne skupine, bivalne enote, stanovanjske skupine ali gospodinjске skupnosti. V posamezno organizacijsko obliko ne morejo biti vključene manj kot 4 osebe in ne več kot 24 oseb. Normativi zajemajo tudi delavce, ki opravljajo administrativne, finančno-računovodske in poslovodne naloge (Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010). Vsako leto se predstavniki izvajalcev (zbornice, združenja), ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije sestanejo in se dogovorijo za skupen obseg programov zdravstvenih storitev ter o potrebnih sredstvih za plačilo programa na državni ravni. Smisel pogajanj je v odgovornem določanju zgornjih mej javnih sredstev za zdravstvo in v odgovornem porabljanju sredstev, ki so solidarno zbrana na osnovi obveznih prispevkov vseh zavarovancev v Sloveniji. Pogodba opredeljuje vrsto in količino programa oziroma storitev, ki jih izvajalec opravi, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pa plača. Med izvajalce sodi tudi socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe. Poleg plačila izvedenih zdravstvenih programov zagotavlja izvajalcem tudi sredstva za plače in nadomestila za pripravnike zdravstvenih poklicev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2015). V primeru gospodinjских skupnosti naj bi bila v gospodinjски skupnosti od 8:00 do 22:00 prisotna gospodinja. Visoka stopnja zaposlenih v gospodinjски skupnosti je možna v primeru, da se ukinejo centralne kuhinje in pralnice ter se zaposleni prerazporedijo. V Sloveniji ob predpostavki, da ni centralne kuhinje in pralnice, naj bi v gospodinjски skupnosti z 10 stanovalci bili 2 gospodinjci in 2 negovalni delavki. Takšno stanje zadošča v primeru, ko na nivoju treh gospodinjских skupnosti zaposleni med seboj sodelujejo in dodatni delavec pokriva dve ali tri gospodinjске skupnosti. Če pa je v gospodinjски skupnosti 12 oseb, naj bi bile 3 gospodinjce in 2 negovalni delavki. Enaka kadrovska zasedba bi morala biti tudi ob koncih tedna in praznikih. Ponoči je organizirana negovalna ekipa po normativih. V gospodinjских skupnostih naj ne bi bilo trenj med različnimi poklicnimi skupinami. Strokovno osebje je v Sloveniji še vedno odprto vprašanje in predmet številnih razprav (Imperl, 2012).

Pri starostnikih, ki so zelo omejeni v dnevnih aktivnostih in ki so odvisni od pomoči drugih, smo ugotavljali tudi slabšo oceno avtonomije. Mali (2004) v svoji raziskavi navaja, da imata nepomičnost in odvisnost od drugih največji negativen vpliv na počutje starostnikov, saj jih prikrajšata za stike z zunanjim svetom in zmanjšata stopnjo avtonomije posameznika.

Starostniki s hudim poslabšanjem kognitivnih sposobnosti imajo večje potrebe, so bolj omejeni v vsakodnevem življenju in posledično bolj odvisni od pomoči drugih pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Ti starostniki so še posebej ranljiva skupina, saj imajo več težav, potrebujejo več pomoči druge osebe in težje izražajo svoje želje ter potrebe (Cahill & Diaz, b.l.). Ko starostnik prosi zaposlene, da naj kaj storijo zanj, je pomembno, da zaposleni s svojim delom spodbujajo avtonomnost starostnikov, zagotavljanje možnosti in izbire (DuMond, 2010). V angleški raziskavi so poudarili, da je pomembno zaposlene v domovih za starejše dodatno izobraziti, kakšen pomen imajo umivanje, oblačenje in osebna higiena za starostnika, da znajo starostnikom omogočiti, da se pri teh aktivnostih počutijo čim bolj neodvisne ter samostojne. Na takšen način se starostniki počutijo prijetno (Duffin, 2012). Pogosto pa starostniki v domovih za starejše dobijo občutek nemoči, ker jih zaposleni v domovih za starejše ne vključujejo v obravnavo in vsakdanje delo (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Pap (2013) meni, da negovalni kader zaradi pomanjkanja časa velikokrat prehitro nudi pomoč in tako stanovalcu odvzame možnost samostojne skrbi zase ter za svoje okolje. Tudi Janež (2004) ugotavlja, da v domovih primanjkuje spodbud za ohranitev funkcionalnih sposobnosti, kar pri starostnikih povzroči zmanjšanje samostojnosti in posledično slabšo kakovost življenja. Da bi izboljšali delovne razmere, je treba imeti stalni pregled nad delom, modelirati procese, ki prispevajo k zadovoljstvu zaposlenih, raziskovanju in razumevanju starostnikov. Vodilni, ki izražajo pozitivne vrednote, lahko ustvarjajo delovna okolja, ki zadržujejo izkušene zdravstvene tehnike, ki zelo dobro poznajo vedenje in potrebe starostnikov ter tako prenašajo znanje na mlajše zdravstvene tehnike (Flesner & Rantz, 2004). Pap in drugi (2015) ugotavljajo, da so bili domovi v njihovi raziskavi organizirani tako, da so večino aktivnosti vsakdanje oskrbe opravili tamkajšnji zaposleni. S tem so stanovalcem odvzeli možnost samostojne skrbi zase in za svoje

okolje ter posredno zmanjšali kakovost njihovega življenja. Poudarjajo, da daje samostojna skrb zase in svoje okolje posamezniku občutek koristnosti ter učinkovitosti. Čim večja ohranitev prejšnjega načina življenja pomembno vpliva na kakovost življenja, saj se s tem daje možnost samostojnega odločanja o sebi (Mali, 2004). Vloga poslušnih in pasivnih starostnikov mora biti v domovih za starejše preteklost. Starostniki naj bi bili v vsaki fazi oskrbe v domovih za starejše enakovredni zaposlenim, imeli naj bi možnost odločanja in se sami odločali o svojem življenju ter bili obveščeni o vsem, kar se okoli njih dogaja (Boeckxstaens & De Graaf, 2011). Da bi starostniki s kognitivnimi motnjami bili bolj uslišani in da bi lažje izražali svoje želje ter potrebe, bi bilo smiselno poučiti vse zaposlene v domovih za starejše, kako pomembno je, da si vzamejo 2 minuti več časa za takšnega starostnika in ga poslušajo. Strokovni delavci bi starostnikom in njihovim najbližjim dali več informacij o aktivnostih, ki se dogajajo v domovih.

V raziskavi, ki smo jo izvedli, smo prišli do ugotovitve, da so starostniki, ki bivajo v enoposteljni sobi, bolj zadovoljni z zasebnostjo, avtonomijo in individualnostjo ter se pogosteje udeležujejo organiziranih aktivnosti v domu za starejše kot starostniki, ki živijo v dvo- ali večposteljnih sobah. V enoposteljnih sobah živijo predvsem starostniki, ki lahko izrazijo to željo in imajo boljše finančno stanje. Ti starostniki so v večini primerov manj odvisni od pomoči druge osebe in so samostojnejši pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti.

Starostnike je pred selitvijo v dom za starejše strah, s kom si bodo delili sobo. Tisti, ki živijo v enoposteljnih sobah, lahko s seboj prinesejo več osebnih stvari od tistih, ki živijo v dvo- ali večposteljnih sobah (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Domovi za starejše naj bi sledili trendu »green house«, kjer se oblikujejo manjše gospodinjске enote, s čimer se starostnikom omogoči več zasebnosti. Zelo pomembno je trkanje na vrata sob, v katerih bivajo starostniki, in to, da se pogovori, ki so bolj zasebne narave, izvajajo v zasebnosti (DuMond, 2010). Starostnikom je pomembno, da imajo en prostor s svojimi stvarmi okoli sebe, kjer lahko sprejemajo goste, jih primerno postrežejo in se z njimi v miru pogovarjajo (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Starostniki cenijo, da so v pogostem stiku z družinskimi člani in bližnjimi sorodniki, zato je pomembno, da so v domovih za starejše čim manj časovno omejeni. Večina

starostnikov uživa v druženju z drugimi ljudmi (prijatelji iz domačega okolja, sostanovalci, zaposleni). Dejansko včasih vsak obiskovalec, tudi obiskovalec drugega starostnika, igra pomembno vlogo v življenju starostnikov (Cahill & Diaz, b.l.). Če želimo, da bi si starostniki hitreje opomogli, je pomembno, da v obravnavo in dejavnosti v domu vključimo njihove svojce ter bližnje. Zelo velik vpliv imajo njihovi otroci. Redni obiski starostnikom, ki živijo v domovih, zmanjšajo občutek osamljenosti in depresijo, kar izboljša kakovost življenja starostnikov v domovih za starejše (Tsai & Tsai, 2012). Zaposleni v domovih naj bi starostnikom »dajali veliko ljubezni« in si predvsem poskušali vzeti čas zanje (DuMond, 2010). Včasih se med zaposlenimi in starostniki, ki živijo v domovih za starejše, zgradi močan odnos. To pa niti ni tako nenavadno, saj skupaj preživijo veliko časa, velikokrat se videvajo, zaposleni posegajo v intimnost starostnika s svojim delom (Anderson, et al., 2009).

Na aktivnosti v domu za starejše pomembno vpliva stopnja oskrbe, ki jo imajo starostniki v domovih za starejši. Starostniki, ki so samostojnejši (vključeni v oskrbo 1), se pogosteje udeležujejo organiziranih aktivnosti kot ostali starostniki. Enako velja, da se pogosteje aktivnosti v domu udeležujejo starostniki, ki so v enoposteljni sobi, starostniki, ki so podali boljšo samooceno zdravja, ki so neodvisni in potrebujejo mogoče malo pomoči druge osebe.

Večina starostnikov želi izkoristiti vsako priložnost, da gredo lahko na svež zrak. To je predvsem zato, ker večino časa preživijo v zaprtih prostorih, predvsem zaradi oteženega gibanja. Življenje v domovih za starejše je do neke mere rutina. Nekaterim starostnikom se to zdi monotono, drugim daje takšen način življenja občutek varnosti in reda. Starostniki se v večini z veseljem udeležijo organiziranih dejavnosti v domu za starejše, da si malo popestrijo vsakdanje življenje (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Biti aktiven, občutek koristnosti, opravljanje pomembne dejavnosti in občutek pomembnosti starostnikom dajejo veliko spodbudo v njihovem življenju. Dejavnosti, ki potekajo na prostem, imajo za starostnike še posebej prijeten pomen. Vendar morajo biti zunanje površine primerno urejene in prilagojene, tudi za starostnike, ki so gibalno ovirani (Cahill & Diaz, b.l.). Starostniki so v domskem varstvu zadovoljni s ponudbo prireditev in praznovanj, ponudbo družabnih in rekreativnih iger ter glede odprtosti domov za razna prepričanja (Skupnost slovenskih zavodov Slovenije,

2013b). Duffin (2012) je v svoji raziskavi poudaril, da naj bi aktivnosti organizirali v manjših skupinah starostnikov. Na takšen način starostniki lažje sodelujejo, ni se jim treba prilagajati velikemu številu ljudi in se bolje počutijo v manjših skupinah.

Starostniku naj bi v čim večji meri omogočili takšno življenje, kot ga je imel pred selitvijo v dom. Pri tem se pogosto pozabi, da je večina starostnikov doma avtonomno poskrbela za pripravo hrane in obrokov. To v večini naših domov še ni mogoče. Starostnikom je treba omogočiti, da sami poskušajo pripraviti, skuhati in postreči hrano (Duffin, 2012). DuMond (2010) je zapisala, da naj bi domovi nudili razne zabave na temo določene hrane, tedenska srečanja ob prigrizkih in vinu, kuhanje na prostem, piknike, možnosti, da si starostniki lahko sami pripravijo hrano ter obroke. Centralne kuhinje so starostnikom nedostopne, kar jim poveča občutek nemoči, saj ne morejo sodelovati pri kuhanju, peki ali vsaj zaznavanju vonjav, ki nastanejo pri pripravi hrane. Časi za obroke starostnikom vsiljujejo neko rutino (Baker, 2007). V naši raziskavi smo ugotovili, da so s hrano manj zadovoljni starostniki z višjo izobrazbo in starostniki, ki so podali slabšo oceno o svojem zdravju. V domovih za starejše, kjer smo opravili raziskavo, imajo predvsem centralne kuhinje za pripravo hrane, kar starostnikom onemogoča sodelovanje pri pripravi hrane. Nekateri domovi so na nekaterih enotah začeli vpeljevati, da si stanovalci lahko sami pripravijo enostavnejše jedi tudi ob pomoči zaposlenih. Predvsem v gospodinjskih skupinah lahko starostniki sodelujejo pri pripravi obrokov, kar jim lahko vzbuja apetit, saj po prostoru zadiši po hrani – tako kot doma.

V raziskavi smo prišli tudi do ugotovitve, da na zadovoljstvo na področju duhovnosti vplivajo spol, izobrazba, vrsta sobe, samoocena zdravja in omejenost. Ženske so bolj zadovoljne z duhovnostjo, ravno tako starostniki z nižjo stopnjo izobrazbe, starostniki, ki živijo v dvo- ali večposteljni sobi, starostniki, ki so podali srednjo oceno o svojem zdravju, in starostniki, ki niso omejeni pri opravljanju življenjskih aktivnosti. Nekateri starostniki težko ločijo pomen vere in duhovnosti. Mogoče imajo zaposleni v domovih za starejše premalo znanja o duhovnosti. Do podobnih ugotovitev je prišla DuMond (2010) v svoji raziskavi, kar pomeni, da bodo morali domovi za starejše dati večji poudarek zadovoljevanju potreb starostnikov, ki se nanašajo na duhovne potrebe. V domovih so organizirane maše in razne molitve, kar

na nekatere starostnike vpliva zelo pomirjajoče in jim veliko pomeni (Cahill & Diaz, b.l.). Duhovna oskrba se pogosto obravnava kot sinonim za verska prepričanja. Duhovnost vključuje pomen in osmišljenje življenjske situacije, transcendenco sebe, povezovanje sebe z drugimi ter postajo za krepitev samospoštovanja. Starostniki, ki umirajo, so v največji duhovni stiski. Duhovnosti oziroma duhovnih potreb ne more zagotavljati vsak, temveč osebe z ustreznim znanjem (Wilkes, et al., 2011). Družba vse bolj ugotavlja, da sta pravica do drugačnosti in oskrba ljudi različnega kulturnega izvora izziv. Kulturni izvor posameznika pogojuje njegova prepričanja in vrednote, dojemanje zdravja, bolezni in smrti; pomen trpljenja in obstoja; omejitve, ki zadevajo zasebnost; gledanje na družino pri sprejemanju odločitev; samostojnost človeka in način, kako se sporazumevamo z drugimi. Zato mora prevladovati strpen pristop in sleherni posameznik mora imeti možnost, da opravlja svoje verske obrede ali sledi svojemu kulturnemu izročilu (Daphne, 2010).

Starostniki, ki so sodelovali v raziskavi in so samostojnejši, menijo, da je njihova obravnava bolj prilagojena njihovim potrebam ter da jih obravnavajo z večjim poudarkom na varnosti, dostojanstvu, avtonomiji in individualnosti. Dostojanstvo je največkrat kršeno pri nepokretnih starostnikih oziroma slabše pokretnih starostnikih, ki so odvisni od pomoči drugih in imajo inkontinenco urina ter blata. DuMond (2010) pravi, da je pomembno, da se s starostniki ravna kot z odraslim in ne kot z otrokom. Večjo avtonomijo in nadzor nad svojim življenjem imajo starostniki, ki so samostojnejši v svojem življenju, starostniki, ki živijo v enoposteljni sobi, ter starostniki, ki so podali boljše samooceno zdravja. Starostniki gredo najpogosteje v dom za starejše, da se tam počutijo varne tako fizično kot tudi psihično, da je vedno prisoten nekdo, na katerega se lahko obrnejo, ko potrebujejo pomoč (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). V domovih za starejše se počutijo varnejše, ker je v domovih prisotno osebje 24 ur na dan in imajo možnost shranjevanja dragocenih predmetov (DuMond, 2010). Starostniki potrebujejo individualno in profesionalno oskrbo (Hjaltadóttir & Gústafsdóttir, 2007). Starostniki so med seboj zelo raznoliki. Oskrbo v domovih za starejše je treba zasnovati na način, ki omogoča individualni pristop k starostniku, pri čemer se upoštevajo njihove potrebe in želje (Boeckxstaens & De Graaf, 2011). Razvoj zagotavljanja kakovostnih storitev terja dejavno vključevanje in

sodelovanje vseh deležnikov tako javnega kot tudi zasebnega sektorja: lokalnih oblasti, uporabnikov storitev, njihovih družin in neformalnih oskrbovalcev, organizacij uporabnikov, ponudnikov storitev ter njihovih predstavniških organizacij, socialnih partnerjev in organizacij civilne družbe, delujočih v lokalni skupnosti. Takšno partnerstvo ima bistveno vlogo pri snovanju zveznosti storitev, ki ustrezajo potrebam posameznika in tudi lokalnim potrebam pri učinkoviti izrabi sredstev, in pri doseganju socialne strnjivosti. Takšna partnerstva so bistvena tudi pri krepitvi oblikovanja starosti prijaznih skupnosti (Wedo-partnership, 2012). Pojem neformalni oskrbovalci vključuje tri skupine ljudi, ki pomagajo starostnikom pri osnovnih vsakodnevnih opravilih. To so družinski oskrbovalci, sosedje in prostovoljci. Pojem neformalni oskrbovalci izraža nasprotje od poklicnega in službenega oskrbovalca (Ramovš, 2015). Pomembno je, da starostniki v domu lahko ohranijo svoje navade, ki so jih imeli pred selitvijo v dom, da ohranijo svojo identiteto in da so obravnavani individualno. Za vsakega starostnika naj bi zaposleni pripravili individualni načrt oskrbe v domu, kakšne aktivnosti starostnik potrebuje in katere aktivnosti so zanj primerne (DuMond, 2010). Vključevanje starostnikov v oskrbo, povečanje avtonomije, samostojno odločanje, izboljšanje samospoštovanja in samozavesti povečuje individualnost starostnikov v domovih za starejše (Beswick, et al., 2008). Spremembe med slabo prakso in dobro prakso niso hitre rešitve. To je dolgotrajen proces, ki ga mora vodstvo preučiti, se nanj pripraviti in organizirati izvedbo. Sprememba med slabo prakso in dobro prakso mora biti enostavna za zaposlene, morajo jo dobro razumeti in mora biti združljiva s potrebami zaposlenih. Z uspešno vpeljavo dobre prakse se izboljša sama kakovost oskrbe, manjši je upad življenjskih aktivnosti starostnika, izboljšajo se kazalniki kakovosti (manj je hujšanja pri starostnikih, manj je padcev in razjed zaradi pritiska ...), izboljša se zadovoljstvo zaposlenih in posledično se zmanjšajo finančni stroški (Zigmond, 2009).

Menjavo slabe prakse z dobro prakso sestavljajo štiri glavni deli: načrtovanje, izvajanje, ocena napredka in zvezno izboljšanje. Namen načrtovanja je oblikovati usklajen delovni načrt z ugotavljanjem, kaj deluje in kaj ne, katere prakse morajo ostati, opredelijo se cilji in načrt sprememb. V delu izvajanja je čas za delo, za izvajanje akcijskega načrta. Pri oceni napredka mora usmerjevalna skupina oceniti,

ali so izpolnjeni cilji, ki so bili zastavljeni v načrtovanju, ali so spremembe dosežene, kaj je treba še izboljšati, in preveri, ali načrt deluje, kot je bilo mišljeno. Zvezno izboljšanje daje dolgoročno vrednost projekta in povečuje priložnosti za izboljšanje kakovostne oskrbe (Wedo-partenership, 2012).

Pri anketiranju starostnikov smo nemalokrat naleteli na starostnike, ki zaradi kroničnih obolenj in njihovega zdravstvenega stanja slabše slišijo, težje govorijo, slabše razumejo zastavljeno vprašanje in/ali niso bili sposobni držati koncentracije do konca anketiranja. Uporabljeni vprašalnik je bil zelo dolg in nekatera vprašanja premalo jasna, da bi jih starostniki razumeli, je pa vprašalnik zajemal veliko različnih področij, tako da smo dobili bolj celostno oceno o kakovosti njihovega življenja. V domovih za starejše je pri nekaterih starostnikih težko dobiti oceno kakovosti o njihovem življenju, predvsem zaradi zdravstvenega stanja starostnikov, kar otežuje ocenjevanje in spremljanje kakovosti življenja starostnikov v domovih za starejše. Lestvice za ocenjevanje kakovosti življenja so različnih obsegov in se nanašajo na različna področja kakovosti življenja. Če je v ocenjevalni lestvici zajeto eno ali malo področij kakovosti življenja, lahko dobimo bolj realne in subjektivne ocene starostnikov, saj starostnikov ne obremenjujejo preveč. Ne dajo pa nam širšega pogleda na kakovost življenja starostnikov v domovih za starejše. Zato so v nekaterih primerih primernejše lestvice, ki zajemajo več področij v manjšem obsegu, in se lahko naknadno raziskujejo področja, ki so bila slabše ocenjena.

Večina raziskovalcev meni, da je pri oceni kakovosti življenja eden najpomembnejših pogledov na kakovost življenja starostnikov njihov subjektiven pogled. Avtorji navajajo, da bi lahko 60 % starostnikov v domovih za starejše podalo oceno o kakovosti življenja v domovih za starejše ne glede na stopnjo kognitivnih motenj (Gerritsen, et al., 2007). V raziskavah, kjer se ocenjuje zadovoljstvo starostnikov v domovih za starejše, so najpogosteje zajeti starostniki z višjo stopnjo kognitivnih sposobnosti, vendar nam vprašalnik, ki smo ga uporabili v naši raziskavi, ponuja tudi odgovore *da* ali *ne*, kar omogoča večjo odzivnost starostnikov, ki živijo v domovih za starejše, in tako je večja možnost boljše povratne informacije. S tem vprašalnikom se odzivnost na sodelovanje v raziskavi lahko poveča za 10 %, tako se da možnost starostnikom, ki so težje slišani (DuMond, 2010).

Pristranskost v raziskavi je prisotna vedno, kadar anketarji sprašujejo anketirane. To težavo lahko zmanjšamo s primerno usposobljenostjo anketarjev. Pomembno je, da starostniki ne poznajo anketarja, zlasti pa, da anketar ni zaposlen v tistem domu, kjer sodeluje pri izvedbi raziskave. Težavo predstavlja tudi dolžina vprašalnika, saj je vprašalnik precej dolg za starostnike, saj starostniki težko ohranijo koncentracijo dlje časa in zbrano odgovarjajo na vprašanja. Enega izmed motečih dejavnikov pri samem anketiranju so predstavljali tudi zaposleni in drugi starostniki, ki so anketiranje motili z vstopanjem v sobo med spraševanjem. Zaradi tega so se nekateri starostniki med spraševanjem zmedli ali pa niso želeli iskreno odgovoriti na vprašanja.

4 ZAKLJUČEK

Staranje prebivalstva predstavlja velik izziv za celotno slovensko družbo in tudi za razviti svet. Čas, ko mora starostnik zapustiti domače okolje in se preseliti v dom za starejše, je lahko za starostnika zelo stresen. Da bi starostnikom omogočili lažjo selitev iz domačega okolja v dom za starejše, je pomembno, da imajo starostniki v domovih za starejše kakovostno življenje. V Sloveniji je bilo do zdaj narejenih zelo malo javnih raziskav, v katerih so starostniki lahko ocenjevali kakovost življenja v domovih za starejše. Da je to slabo raziskano področje, lahko sklepamo tudi glede na odzivnosti nekaterih domov za starejše.

Starostniki so bili v veliki meri pripravljene sodelovati v raziskavi. Zavedati se moramo, da smo v naši raziskavi uporabili precej obsežen anketni vprašalnik, v katerem je bilo zajetih precej področij, ki zajemajo različne vidike kakovosti življenja starostnikov. S pomočjo naše raziskave smo ugotovili, da so starostniki z življenjem v domovih za starejše, splošno gledano, zadovoljni s kakovostjo življenja. Vendar pa če natančneje pogledamo posamezne skupine starostnikov znotraj doma, se to zadovoljstvo močno zmanjša. Pomembno je, da domovi za starejše niso prilagojeni vsem skupinam starostnikov in da so z vidika proučevanih elementov kakovosti življenja najbolj zapostavljeni bolni starostniki, ki so odvisni od pomoči drugih. S kakovostjo življenja v domovih za starejše so manj zadovoljni starostniki, ki so omejeni v vsakodnevnem življenju in odvisni od pomoči drugih pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Rezultati raziskave so pokazali, da so starostniki najbolj zadovoljni z dostojanstvom, ki ga doživljajo v domovih za starejše. Najmanj pa so bili zadovoljni s hrano, ki jo prejemajo v domovih za starejše, in z duhovnostjo. Iz teh rezultatov lahko sklepamo, da bi morali domovi za starejše več pozornosti nameniti hrani in duhovnosti. Mogoče ocena o kakovosti življenja starostnikov v domovih za starejše ni najbolj natančna, saj precejšnji delež starostnikov, ki živi v domovih za starejše, ne more sodelovati v takšnih raziskavah, od tega kar nekaj starostnikov ne more komunicirati in posledično podati ocene o kakovosti življenja. Predvidevamo lahko, da niso bili vsi starostniki, ki so bili pripravljene sodelovati v

raziskavi, sposobni vzdrževanja usmerjene pozornosti in realno odgovarjali na vsa vprašanja, ki so jim bila zastavljena.

Pojavile so se nove ideje za raziskovanje. Takšno raziskavo bi bilo zanimivo izvesti po vsej državi, da bi sodelovali vsi domovi za starejše ali vsaj večina. Lahko bi natančneje določili raziskovalno področje, ki je bilo zajeto v naši raziskavi. Tako bi dobili natančnejšo sliko, kako in na kakšen način določeno področje še izboljšati. Z raziskovanjem bi starostnike lažje informirali, kateri dom ponuja boljšo oskrbo in na katerem področju. Ravno tako bi o tem lažje seznanili širšo javnost in tudi vodilne v naši državi, da bi mogoče bolj prisluhnili nekaterim problematikam, s katerimi se srečujejo domovi za starejše.

5 LITERATURA

Anderson, K.A., Taha, R.D. & Hosier, A.F., 2009. Know thy residents: an exploration of long-term care nursing staff's knowledge. *Research in Gerontological Nursing*, 2(1), pp. 69-76. Available at: <http://baze.vszn-je.si:2058/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cba0068b-a014-42e8-a508-bd4161ec95b9%40sessionmgr4002&hid=4206> [Accessed 19 December 2013].

Baker, B., 2007. *Old age in a new age: the promise of transformative nursing homes*. [pdf] Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

Beswick, A.D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Goberman-Hill, R., Horwood, J. & Ebrahim, S., 2008. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, March (9614), pp. 725-35. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2262920/> [Accessed 19 December 2013].

Bleijenberg, N., Drubbel, I., Ten Dam, V.H., Numans, M.E., Schuurmans, M.J. & de Wit, N.J., 2012. Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). *Bio Med Central Geriatrics*, 25(12), p. 16.

Boeckxstaens, P. & De Graaf, P., 2011. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primacy Care*, 19(6), pp. 369-89.

Bond, J., 2004. *Quality life and older people*. England: Open University Press. Available at: <http://books.google.si/books?id=OOGHwPztGZcC&printsec=frontcover&dq=Quality+life+and+older+people&hl=sl&sa=X&ei=PpaKUdGXCcauPPP4gcgN&ved=0CDEQ6AEwAA#v=onepage&q=Quality%20life%20and%20older%20people&f=false> [Accessed 8 May 2013].

Boudreau, J.É. & Dubé, A., 2014. This concept analysis examines quality of life (QOL) in the context of end stage renal disease (ESRD). *The Cannt Journal*, 24(1), pp. 12-20.

Bowling, A., Gariel, Z. & Dykes J., 2003. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International journal of aging and human development*, 56(4), pp. 269-306.

Bračič, S., 2011. *Razvojne možnosti javnih in zasebnih domov za starejše v Sloveniji z vidika zadovoljstva starostnikov: Doktorska disertacija*. Maribor: Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko, Univerza v Mariboru.

Brezovšček, N., 2009. *Nekateri vidiki kakovosti življenja starostnikov, ki živijo domaali v Lambrechtovem domu v Slovenskih Konjicah: Diplomsko delo*. Maribor: Filozofska fakulteta, Oddelek za sociologijo, Univerza v Mariboru.

Brownie, S. & Horstmanshof, L., 2012. Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents. *Nursing Ethic*, 19(6), pp. 777-86.

Brownie, S. & Nancarrow, S., 2013. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, pp. 1-10.

Bužgová, R. & Ivanová, K., 2011. Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics*, 18(1), pp. 64-78.

Cahill, S. & Diaz, A., b.l. *Living in a nursing home: Quality of Live, The Priorities of older people with a Cognitive Impairment*. [pdf] Trinity College Dublin, School of Social Work and Social Policy. B.l. Available at: <http://dementia.ie/images/uploads/site-images/Quality-of-Life-in-Nursing-Homes.pdf>. [Accessed 8 May 2013].

Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje. Primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo,

Chang, C.C. & Roberts, B.L.. 2008. Cultural perspectives in feeding difficulty in Taiwanese elderly with dementia. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), pp. 235-40.

Choi, N.G., Ransom, S. & Wyllie, R.J., 2008. Depression in older nursing home residents: the influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging & Ment Health*, 12(5), pp. 536-47.

Cijan, V. & Cijan, R., 2003. *Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

Crandall, L.G., White, D.L., Schuldheis, S. & Talerico, K.A., 2007. Initiating person-centered care practices in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(11), pp. 47-56.

Daphne, 2010. Evropska listina pravic in odgovornosti, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore. [pdf] Available at: http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_SL_v2.pdf [Accessed 15 December 2015].

Duffin, C., 2012. Creating activities in care homes. *Nursing Older People*, 2012 (24, 2), 30-1.

DuMond, C., 2010. Quality of Life in the Nursing Home: An Outcome that Matters: Education Doctoral. St. John Fisher College. Available at: http://fisherpub.sjfc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1063&context=education_etd [Accessed 15 December 2013].

Erichsen, N.B. & Büssing, A., 2013. *Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes*. [pdf] Evid Based Complement Alternat Med. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3763582/> [Accessed 22 December 2013].

Esping-Andersen, G., Gallie, D., Myles, J. & Hemerijck, A., 2003. *Why we need a new welfare state*. Oxford: Oxford University Press.

European Commission 2003, 2003. *The social situation in the European Union*. Luxemburg: Office for official publications of the European Communities. [pdf] European Commission Available at: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/SSR2003_en.pdf [Accessed 8 May 2013].

Finkelstein, F., Wuerth, D., & Finkelstein, S., 2009. Health-related quality of life and the CKD patient: Challenges for the nephrology community. *Kidney International*, 76(9), pp. 946–52.

Flesner, M.K. & Rantz, M.J., 2004. Mutual empowerment and respect: effect on nursing home quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*, Jul-Sep, 19(3), pp. 193-6.

Franklin, L.L., Ternstedt, B.M. & Nordenfelt, L., 2006. Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics*, 13(2), pp. 130-46.

Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.E., de Vet, H.C.W. & Ribbe, M.W., 2007. Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment. *Quality of Life Research*, August; 16(6), pp. 1029–37.

Gjerberg, E., Førde, R. & Bjørndal, A., 2011. Staff and family relationships in end-of-life nursing home care. *Nursing Ethics*, 18(1), pp. 42-53.

Gudmannsdottir, G.D. & Halldorsdottir, S., 2009. Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), pp. 317-27.

Helpage, 2013a. *Global age watch index 2013 insing report*. [online]. Available at: <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2013-insight-report-summary-and-methodology/> [Accessed 28 December 2014].

Helpage, 2013b. *Global age watch index 2013 Purpose, methodology and results*. [online]. Available at: <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global->

agewatch-index-2013-insight-report-summary-and-methodology/ [Accessed 26. December 2014].

Hjaltadóttir, I. & Gústafsdóttir, M., 2007 Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), pp. 48-55.

Hvalič-Touzery, S., 2007. *Družinska oskrba starih družbenih članov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Hvalič-Touzery, S., 2013. Socio-demografske značilnosti, zdravje in življenjski slog starih ljudi v Sloveniji. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Tourzery, J. Zurc, eds. *6. mednarodna konferenca: Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi, 6.-7. junij 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Hvalič-Touzery, S., 2014. Četrta faza multidisciplinarne Raziskave o zdravju, staranju in upokojevanju v Evropi. *Teorija in praksa*, 51 (2-3), pp. 458-74.

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

Jakobsen, R. & Sørli, V., 2010. Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), pp. 289-300.

Janež, N., 2004. *Kakovost bivanja starostnikov in predsodki, ki jih imajo starejši v zvezi z domovi za ostarele: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Kane, R.A., 2003. Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist*, pp. 28-36.

Kavčič, M., Filipovič Hrast, M. & Hlebec V., 2012. Starejši ljudje in njihove strategije shajanja s tveganji za zdravje. *Zdravstveno Varstvo*, (51), pp. 163-72.

Kavšek, M., 2006. *Smernice kategorizacije za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege v domovih starejših občanov: diplomsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

King, J., Yourman, L., Ahalt, C., Eng, C., Knight, S.J., Pérez-Stable, E.J. & Smith, A.K., 2012. Quality of life in late-life disability: "I don't feel bitter because I am in a wheelchair". *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), pp. 569-76.

Kirkevold, M., Moyle, W., Wilkinson, C., Meyer, J. & Hauge, S., 2013. Facing the challenge of adapting to a life 'alone' in old age: the influence of losses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), pp. 394-403.

Kobentar, R., 2008. Socialni odnosi v starosti. *Socialna pedagogika*, 12(2), pp. 145-60.

Kobentar, R., 2010. *Modeli obravnav oseb z demenco v domovih starejših občanov: doktorska disertacija*. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Lah I., 2007. *Kakovost življenja starostnikov v Evropi: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Leskovic, L., 2014. *Vpliv delovnih in organizacijskih spremenljivk na nastanek sindroma izgorevanja v socialnovarstvenih zavodih v Republiki Sloveniji: doktorska disertacija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Lipar, T., 2011. Prehrana starejših ljudi. *Kakovostna starost*, 14(4).

Mackinlay, E. & Trevitt, C., 2010. Living in aged care: using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), pp. 394-401.

Mali, J., 2004. Kvaliteta življenja in zadovoljstvo stanovalcev in zaposlenih v domu starejših občanov. *Socialno delo*, 43(2/3), pp. 105-15.

Milošević-Arnold, V. & Mali, J., 2006. Nekatere značilnosti razvoja domov za stare ljudi v Sloveniji po drugi svetovni vojni. *Socialno delo*, 45(3/5), pp. 169-81.

Moe, A., Hellzen, O. & Enmarker, I., 2013 The meaning of receiving help from home nursing care. *Nursing Ethics*, 20(7), pp. 737-47.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2008. *Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja za obdobje 2008-2010*. [pdf] Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Available at: http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/npss_zsv08_10.pdf [Accessed 20 May 2013].

Nakrem, S., 2011. *Measuring quality of care in nursing homes - what matters?* [pdf] Trondheim: Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine. Trondheim. Available at: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:460566/FULLTEXT02.pdf> [Accessed 20 December 2013].

Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD, 2013. *Guidelines on Measuring Subjective Well-Being*, OECD Publishing. OECD, 2013. Available at: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/oecd-guidelines-on-measuring-subjective-well-being_9789264191655-en#page1 [Accessed 30 January 2016].

Oosterveld-Vlug, M.G., Pasma, H.R., van Gennip, I.E., Willems, D.L. & Onwuteaka-Philipsen, B.D., 2013. Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *Bio Medical Central Health Services Research*, 16(13, 1), pp. 353.

Pap, Z., 2013. *Kakovost življenja starostnikov z depresijo: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Pap, Z., Habjanič, A. & Belović, B., 2015. Kakovost življenja starostnikov z depresijo v domskem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1).

Penrod, J., Yu, F., Kolanowski, A., Fick, D.M., Loeb, S.J. & Hupcey, J.E., 2007. Reframing person-centered nursing care for persons with dementia. *Research and Theory for Nursing Practice*, 21(1), pp. 57-72.

Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 87.

Pravilnik o minimalnih tehničnih zahtevah za izvajalce socialnovarstvenih storitev, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 67.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 45.

Ramovš, J., 2003 *Kakovostna starost*. Ljubljana. Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, pp. 312-3.

Ramovš, J., 2008. Sožitje z bližnjimi – odločilni okoljski dejavnik kakovostnega staranja. In: M. Bilban ed. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2008, Ljubljana, 26. september 2008*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, katetra za javno zdravje.

Ramovš, J., 2015. Neformalni oskrbovanci. *Kakovostna starost*, 18(1).

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006 – 2010 (ReNPSV06-10), 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 39.

Rihter, L., 2007. Dejavniki, pomembni za sožitje z osebo z demenco. In: Mali, J. & Milošević Arnold, V., eds. *Demenca – izziv za socialno delo*. Ljubljana: Univerze v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, pp. 91-115.

Shin, J.H., 2013. Relationship between nursing staffing and quality of life in nursing homes. *Contemporary Nurse*, 44(2), pp. 133-43.

Skupnost slovenskih zavodov, 2013a. *Kapaciteta, maj 2013 – domovi za starejše in posebni zavodi SVZ*. [pdf]. Available at: <http://www.ssz-slo.si/Media/Default/Page/Pregled%20kapacitet/Pregled%20kapacitet%20institucion>

alnega%20varstva%20starej%C5%A1ih%20in%20posebnih%20skupin%20odraslih.pdf [Accessed 21 January 2014].

Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2013b. *Pokritost potreb – domsko varstvo starejših, korigirana ocena, 2013.* [pdf] Available at: <http://www.ssz-slo.si/Media/Default/Page/Pregled%20kapacitet/POKRITOST%20RS.pdf> [Accessed 21 January 2014].

Skupnost slovenskih zavodov, 2013c. *Seznam drugih izvajalcev s povezavami.* [online] Available at: <http://www.ssz-slo.si/seznam-drugih-izvajalcev-s-povezavami> [Accessed 21 January, 2014].

Skupnost slovenskih zavodov, 2014. *Poudarki iz kumulativnega statističnega poročila 2013.* [pdf] Skupnost slovenskih zavodov. Available at: <http://www.ssz-slo.si/Media/Default/documents/publikacije/Poudarki%20iz%20kumulativnega%20statisti%C4%8Dnega%20poro%C4%8Dila%202013-%20Skupnost%20socialnih%20zavodov%20Slovenije.pdf> [Accessed 20 December 2014].

Statistični urad Republike Slovenije, 2009. *Socialna zaščita.* Statistične informacije, št. 1.

Statistični urad Republike Slovenije, 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji.* Statistični urad Republike Slovenije. Available at <http://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf> [Accessed 20 December 2014].

Szanton, S.L., Thorpe, R.J., Boyd, C., Tanner, E.K., Leff, B., Agree, E., Xue, Q.L., Allen, J.K., Seplaki, C.L., Weiss, C.O., Guralnik, J.M. & Gitlin, L.N., 2011. Community aging in place, advancing better living for elders: a bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(12), pp. 2314-20.

Šavle Reščič, M. 2014. *Oblike varstva oseb z demenco v domovih za starejše: magistrsko delo*. Maribor: Doba fakulteta, Za uporabne poslovne in družbene študije Maribor.

Tobita, I. & Hyde, C., 2007. Quality of life research: a valuable tool for nephrology nurses. *Journal of Renal Care*, 33(1), pp. 25-9.

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

Tsai, H.H. & Tsai, Y.F., 2012. Family members' perceived meaning of visiting nursing home residents in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), pp. 302-11.

Vrabič Kek, B., 2012. *Kakovost življenja*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Available at: <http://www.stat.si/doc/pub/Kakovost.pdf> [Accessed 30 January 2016].

Wedo – partnership, 2012. *Evropski okvir kakovosti storitev dolgotrajne oskrbe. Načela in smernice za dobro počutje in dostojanstvo starejših, potrebnih oskrbe in podpore*. [online]. Available at: <http://www.wedo-partnership.eu> [Accessed 28 December 2015].

Wilkes, L., Cioffi, J., Fleming, A. & LeMiere, J., 2011. Defining pastoral care for older people in residential care. *Contemporary Nurse*, 37(2), pp. 213-21.

Wilson, C.B. & Davies, S., 2009. Developing relationships in long term care environments: the contribution of staff. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), pp. 1746-55.

Zakon o socialnem varstvu (ZSV-UPB2), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 3.

Zakon o varstvu pred požarom (ZVPoz-UPB1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 3.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. *Splošni dogovor za leto 2015*. [online] Available at: https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/splosni_dogovori_in_aneksi/splosni_dogovori_in_aneksi, [Accessed 3 January 2016].

Zigmond, J., 2009. Long-term-care facilities try new approaches in their operations to shed that institutional image. *Modern Healthcare* (MOD HEALTHC), 39(38), pp. 28-30.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Marija Trček, študentka na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, drugostopenjskega programa zdravstvene nege. Za magistrsko delo bom izvedla raziskavo o kakovosti življenja starostnikov v domovih za starejše. Anketni vprašalnik je anonimen, rezultati raziskave bodo predstavljeni v magistrskem delu Spodbudna domska okolja in njihov vpliv na kakovost življenja starostnikov. Prosim vas za sodelovanje v raziskavi in iskreno odgovarjanje na vprašanja. Vprašanja so razdeljena v več vsebinskih sklopov.

Izberite ustrezen odgovor!

1. Demografski podatki

1. **Spol:**

- a. Moški
- b. Ženski

2. **Starost:** _____

3. **Izobrazba**

- a. Nepopolna osnovnošolska izobrazba
- b. Osnovnošolska
- c. Poklicna / Srednješolska
- d. Višješolska / Visokošolska
- e. Univerzitetna
- f. Magisterij
- g. Doktorat

4. V katerem domu bivate?

- a. Dom upokojencev Kranj
- b. Dom starejših občanov Preddvor
- c. Dom starejših občanov Naklo
- d. Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice
- e. Viharnik dom starejših Kranjska gora
- f. Dom dr. Janka Benedika Radovljica
- g. Dom sv. Martina, Bohinj
- h. Center slepih, slabovidnih in starejših Škofja Loka
- i. Dom Petra Uzarja Tržič

5. Čas bivanja v domu za starejše _____ let

6. Stopnja oskrbe:

- a. Oskrba 1 (samostojen-a)
- b. Oskrba 2 (delna pomoč pri oskrbi)
- c. Oskrba 3 (popolna pomoč pri oskrbi)
- d. Oskrba 4 (skupina stanovalcev z oskrbo)

7. V kakšni sobi bivate?

- a. Enoposteljni sobi
- b. Dvo ali več posteljni sobi

2. Samoocena zdravstvenega stanja

1. Ali bi rekli, da je vaše zdravje...

- a. Odlično
- b. Zelo dobro
- c. Dobro
- d. Zadovoljivo
- e. Slabo

- 2. Do katere mere ste bili v preteklem obdobju vsaj šestih mesecev zaradi zdravstvenih težav omejeni v vsakodnevnih aktivnostih.**

- a. Zelo omejen
- b. Omejen, toda ne zelo
- c. Ni bil omejen

3. Kako odvisni ste od pomoči drugih?

- a. ZELO ODVIŠEN OD DRUGIH (ne more opraviti večine vsakdanjih življenjskih opravil - hranjenje, WC...)
- b. PRECEJ ODVIŠEN (zmožen opraviti osnovna opravila (kopenje, oblačenje, hranjenje), a ne drugih aktivnosti (nakupovanje, kuhanje, gospodinjska opravila, ...)
- c. DELNO ODVIŠEN (zmožen opraviti večino vsakdanjih opravil, potrebuje pa pomoč pri instrumentalnih aktivnostih, kot so nakupovanje, kuhanje, gospodinjska opravila...)
- d. NEODVIŠEN (sam lahko opravi večino opravil in le občasno potrebuje pomoč)

III. Kakovost življenja starostnikov v domu

Opomba za anketarja za odgovore v tabelah v sklopu III: Možnosti »Večinoma DA«, »večinoma NE« ponudite le v primeru, če anketiranec po treh poskusih še vedno ne more izbrati enega od prvih štirih odgovorov.

1. Kakovost storitev in udobje v domu

Vprašanja se nanašajo na udobje in kakovost storitev, ki vam jih omogočajo

CMF		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
1.1	Kako pogosto vas v domu zebe?	1	2	3	4	1,5	3,8	0	0
1.2	Kako dolgo ste v istem (telesnem)	1	2	3	4	1,5	3,8	0	0

	položaju, tako da vas boli?								
1.3	Kako pogosto imate bolečine?	1	2	3	4	1,5	3,8	0	0
1.4	Kako pogosto vas moti hrup, ko ste v svoji sobi?	1	2	3	4	1,5	3,8	0	0
1.5	Kako pogosto vas moti hrup v drugih delih doma, npr. jedilnici?	1	2	3	4	1,5	3,8	0	0
1.6	Ali ponoči dobro spite?	1	2	3	4	1,5	3,8	0	0

v domu.

Opomba za anketarja: S sivo označeno možnost odgovora uporabite le v primeru, če anketiraneec po treh poskusih še vedno ne more izbrati enega od prvih štirih odgovorov.

2. Funkcionalne zmožnosti

Kako vam je omogočeno, da lahko v največji možni meri zadovoljite svoje potrebe?

FC		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
2.1	Ali se z lahkoto sami premikate po sobi?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
2.2	Ali lahko brez težav dosežete stvari, ki jih potrebujete?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
2.3	Ali lahko hitro dosežete	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

	kopalnico iz kateregakoli mesta v domu?								
2.4	Ali imate svoje stvari na doseg roke v toaletnem prostoru?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
2.5	Ali lahko storite vse, kar zmorete in želite, da poskrbite za svojo sobo in svoje stvari?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

3. Zasebnost

Naslednja vprašanja se nanašajo na zasebnost ali pomanjkanje zasebnosti.

Pri		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
3.1	Lahko najdete mesto v domu, kjer ste lahko sami?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
3.2	Lahko opravite zaseben telefonski klic?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
3.3	Ali s svojimi obiskovalci lahko najdete mesto, ki vam nudi zasebnost?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
3.4	Se lahko na zasebnem kraju družite z drugim oskrbovancem (ne le s sostanovalcem v sobi)?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
3.5	Ali osebje potrka in počaka, preden vstopi v vašo sobo?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

4. Dostojanstvo

Naslednja vprašanja zadevajo spoštovanje vašega dostojanstva.

Dig		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
4.1	Se osebje vljudno obnaša do vas?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
4.2	Imate občutek, da vas osebje obravnava s spoštovanjem?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
4.3	Ali osebje pri negi ravna z vami z občutkom?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
4.4	Ali osebje spoštuje vašo intimnost?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
4.5	Ali si osebje vzame čas in vas posluša, če imate kaj povedati?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

5. Aktivnosti v domu

Naslednja vprašanja se nanašajo na izrabo vašega časa.

MA		Kolikor želite	Preveč.	Premalo.	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
5.1	Ali se gibate zunaj?	4	1	1	3,8	1,5	0	0
		Vsak dan	Večkrat tedensko	Približno enkrat mesečno	Manj kot enkrat tedensko	Manj kot enkrat mesečno	Ne vem	Brez odgovora
5.2	Kako pogosto greste	4	3,25	2,50	1,75	1	0	0

	ven?								
		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
5.3	Se udeležujete organiziranih aktivnosti v domu?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
5.4	Imate poleg religioznih aktivnosti še kakšne razvedrilne dejavnosti med vikendi?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
5.5	Ali ne glede na svoje zdravstveno stanje pomagate sodelavcem, svoji družini, zaposlenim in ljudem izven doma?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
5.6	Se	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

	vam dnevi v domu zdijo predolgi?								
--	----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Medsebojni odnosi v domu

Vprašanja se nanašajo na medsebojne odnose v domu

Rel		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	/Brez odgovora
6.1	Je v domu lahko sklepati prijateljstva?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
		Ja			Ne			Ne vem	Brez odgovora
6.2	Lahko kogarkoli v domu označite za bližnjega prijatelja?	4	/	/	1	/	/	0	0
		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
6.3	Ali se je v zadnjem mesecu kdo izmed zaposlenih zadržal v prijateljskem pogovoru z vami?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
6.4	Bi lahko rekli, da je kdo od osebja vaš prijatelj?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
6.5	Bi lahko rekli, da vam dom predstavlja prijazno okolje za srečevanje stanovalcev s svojimi družinami in prijatelji?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

7. Avtonomija

Vprašanja se nanašajo na možnost samostojne izbire in nadzora

Aut		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
7.1	Greste lahko spat, kadar želite?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
7.2	Ali lahko zjutraj vstanete, kadar želite?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
7.3	Se lahko odločate, kaj boste oblekli?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
7.4	Ste bili uspešni pri spreminjanju stvari, ki vam niso bile všeč?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

8. Prehrana

Naslednja tri vprašanja se nanašajo na izkušnje s hrano v vašem domu.

Enj		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
8.1	Vam je hrana v domu všeč?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
8.2	Se veselite časa za obroke v domu?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
8.3	Ali v domu dobite tudi vašo najljubšo hrano?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

9. Duhovnost

Naslednja vprašanja se nanašajo na duhovno življenje v domu.

Swb		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgoora
9.1	Se udeležujete verskih aktivnost v domu?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
9.2	Vam tukajšnje verske aktivnosti osebno kaj pomenijo?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
9.3	Menite, da ima vaše življenje v celoti smisel?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
9.4	Ali ste pomirjeni glede vašega življenja?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

10. Varnost

Naslednja vprašanja se nanašajo na vaš občutek varnosti v vašem domu.

Sec		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	Večinoma DA	Večinoma NE	Ne vem	Brez odgovora
10.1	Imate občutek, da je vaša lastnina v domu varna?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
10.2	Ali se vaša oblačila v pralnici kdaj poškodujejo ali izgubijo?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
10.3	Se lahko	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

	zanesete, da boste dobili pomoč, ko jo boste potrebovali?								
10.4	Ali lahko v primeru slabega počutja hitro pridete do zdravnika ali sestre?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
10.5	Vas je kdaj strah zaradi načina, s katerim je bil obravnavan kdo od stanovalcev?	1	2	3	4	1,5	3,8	0	0

11. Individualnost

Vprašanja se nanašajo na vaše individualne prioritete.

Ind		Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli	<u>Večinoma</u> DA	<u>Večinoma</u> NE	Ne vem	Brez odgovora
11.1	Se osebje v domu zaveda vaših interesov in želja?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
11.2	Vas osebje v domu pozna kot človeka?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
11.3	Se osebje v domu zanima za vaše izkušnje in vaše delo v preteklosti?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
11.4	Ali osebje v domu jemlje resno tisto kar vam je pomembno?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0
11.5	Vas ostali	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

	stanovalci poznajo kot človeka?								
11.6	So v tem domu vaše želje in interesi spoštovani?	4	3	2	1	3,8	1,5	0	0

12. Nivo kakovosti življenja

Kako bi ocenili nivo kvalitete življenja v vašem domu glede na:

Sum		Zelo dobro	dobro	zadovoljivo	slabo		da	ne	Ne vem	Brez odgovora (B.O.)
CMF	Udobno počutje (fizično)?	4	3	2	1	Se počutite fizično udobno?	3,8	1,5	0	0
FC	Se lahko kar se da ukvarjate s tem, kar želite?	4	3	2	1	Ali se lahko kar se da ukvarjate s tem kar si želite?	3,8	1,5	0	0
PRI	Imate toliko zasebnosti kot si želite?	4	3	2	1	Imate toliko zasebnosti kot si želite?	3,8	1,5	0	0
AUT	Imate v vsakodnevne m življenju dovolj možnosti izbire in nadzora?	4	3	2	1	Imate v vsakodnevne m življenju dovolj možnosti izbire in nadzora?	3,8	1,5	0	0
Dig	Imate občutek, da v domu spoštujejo vaše dostojanstvo?	4	3	2	1	Imate občutek, da v domu spoštujejo vaše dostojanstvo?	3,8	1,5	0	0
Ma	Se lahko ukvarjate z in gledate zanimive stvari?	4	3	2	1	Se lahko ukvarjate z in gledate zanimive stvari?	3,8	1,5	0	0
Enj	Ste zadovoljni s hrano in obroki?	4	3	2	1	Ste zadovoljni s hrano in obroki?	3,8	1,5	0	0

Ind	Lahko sledite svojim prioritetam in interesom?	4	3	2	1	Lahko sledite svojim prioritetam in interesom?	3,8	1,5	0	0
Rel	Imate dobre in prijateljske odnose?	4	3	2	1	Imate dobre in prijateljske odnose?	3,8	1,5	0	0
Sec	Se počutite varni?	4	3	2	1	Se počutite varni?	3,8	1,5	0	0
Swb	Lahko zadovoljite svoje duhovne in religiozne potrebe?	4	3	2	1	Lahko zadovoljite svoje duhovne in religiozne potrebe?	3,8	1,5	0	0
Qol	Kako bi ocenili vaše življenje v celoti?	4	3	2	1	Se vam zdi vaše življenje v celoti gledano dobro?	3,8	1,5	0	0

Zahvaljujem se vam za sodelovanje!