



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA IZOBRAŽEVANJE,
ZNANOST IN ŠPORT



Zveza ljudskih univerz Slovenije

Starost kot izziv: zdravje in oskrba

Naslov: Starost kot izziv: zdravje in oskrba

Interno gradivo

Avtorici: Slavica Roljić, Radojka Kobentar

Recenzija: Đurđa Sima

Izdajatelj in založnik: Javni zavod Cene Štupar Center za izobraževanje Ljubljana

Za založnika: mag. Bojan Hajdinjak

Naklada: Prva elektronska izdaja

URL: <https://www.zlus.si/starost-kot-izziv-zdravje-oskrba>

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2017

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

[COBISS.SI-ID=292732928](https://www.cobiss.si/COBISS.SI-ID=292732928)

ISBN 978-961-94330-0-3 (pdf)

Kazalo

Vsebina

MODUL 1: ZDRAVO STARANJE	5
1. Demografske spremembe v družbi	5
2. Dimenzije staranja in zdravje	7
3. Koncept spoprijemanja v starosti.....	10
4. Življenjski slog za ohranjanje funkcionalnega zdravja	12
5. Družina in socialna omrežja.....	15
6. Osnovne potrebe starostnikov	16
7. Viri za ohranjanje zdravja v starosti	18
8. Značilne izgube v starosti	20
9. Oskrba v domu in vloga svojcev	21
MODUL 2:BOLEZNI V STAROSTI IN OSKRBA.....	24
1. Kronične bolezni	24
2. Geriatrični sindromi.....	27
3. Demenca.....	30
4. Sporazumevanje s starostnikom z demenco.....	33
5. Parkinsonova bolezen.....	37
6. Depresija v starosti	39
7. Osamljenost in izolacija	41
8. Možganska kap v starosti	42
9. Sladkorna bolezen in njene posledice	44
MODUL 3: KOMUNIKACIJA V PROCESU OSKRBE.....	47
1. Pomen komunikacije in poslušanja za delo.....	47
2. Terapevtska komunikacija v procesu oskrbe.....	49
3. Poznavanje in obvladovanje ovir pri komuniciranju	51
4. Komunikacija s svojci in obiskovalci	52
5. Komunikacija s starostniki	54
6. Reševanje konfliktnih situacij v delovnem okolju	55
7. Etičnost in vrednote v procesu komunikacije	57
MODUL 4: UDELEŽENCI V PROCESU OSKRBE	61
1. Obremenitve zaposlenih pri delu s starostniki.....	61
2. Učinkovite rešitve preobremenitev zaposlenih pri negovanju	63
3. Potrebe in stiske svojcev ob ostarelem starostniku.....	70
4. Vloga starostnika v procesu oskrbe.....	71

5. Zlorabe in nasilje v oskrbi starostnikov 73

Uvod

Sodobno družbo v kateri živimo zaznamuje hiter in silovit napredek na vseh področjih znanosti in tehnologije. Uporabno vrednost teh dosežkov pa lahko prepoznamo tudi v življenju ljudi, ki živijo bolj zdravo in vse dlje. Dokazom o podaljšanju zdravih let življenja in povprečne dobe življenja se tako ne moremo izmakniti. Skrb za zdravje in aktivno življenje naj zato poteka kontinuirano skozi življenjski cikel od najmlajših do najstarejših, ker zdravje ni samoumevna pridobitev. Ohranitev zdravja mora biti zato osrednji cilj slehernega izmed nas saj tako odložimo odvisnost od pomoči na poznejši čas. Kljub vsemu pa bo vsak od nas enkrat v stanju, da potrebuje pomoč drugih ljudi pri zadovoljevanju najbolj osnovnih potreb. Želeli bomo, da nas dostojanstveno negujejo čuteči, strokovni in odgovorni posamezniki.

Pričujoči priročnik zato nagovarja bralca v širše razumevanje zdravega staranja, ga kratko in jasno informira o možnih odklonih od zdravja ter oblikah pomoči vključujoč komunikacijo, kot pomemben sestavni del negovanja, saj starostnik v procesu negovanja potrebuje dodatno podporo in novo moč za življenje, dokler je le-to vredno in ima svoj smisel. Zato pa se je vredno potruditi.

Slavica Roljić

Radojka Kobentar

MODUL 1: ZDRAVO STARANJE

1. Demografske spremembe v družbi

V Sloveniji živi okoli 18,9 % ljudi starejših od 65 let ali približno 390 247 oseb, kar nas uvršča med države z zelo starim prebivalstvom in je pomemben podatek za načrtovanje zdravstvenih in socialnih storitev na individualni in družbeni ravni. Demografski podatki v Evropi napovedujejo, da bo leta 2060, ena od treh oseb starejša od 65 let ter ena od desetih starejša od 80 let. Med starejšimi se najhitreje povečuje skupina nad 85 let, najstarejših starih ljudi, čigar je delež v Sloveniji bil leta 2012 okoli 1,5 % s perspektivo povišanja za 50 % v enem desetletju.

V Evropi je ob rojstvu leta 2012 bila pričakovana življenjska doba okoli 83,1 let za ženske ter 77,5 let za moške. Moški lahko pričakujejo, da bodo živeli 61,2 zdravih let in ženske 61,9 let z razlikami med vzhodom in zahodom.

Daljše življenje je povezano s podaljševanjem relativno zdravih let življenja, kar pomeni, da bo oseba brez večjih zdravstvenih omejitev opravljala samostojno vsakodnevne življenjske aktivnosti z željo, da pričakovana leta preživi zadovoljno in kakovostno. Kazalniki, ki kažejo na demografski razvoj merijo tudi starostno odvisnost prebivalstva s tremi koeficienti:

- koeficientom starostne odvisnosti starega prebivalstva (razmerje prebivalstva v starosti 65 let in več do delovno sposobnega prebivalstva (15–64 let)),
- koeficientom starostne odvisnosti otrok (razmerje prebivalstva v starosti 0–14 let do delovno sposobnega prebivalstva),
- skupnim koeficientom starostne odvisnosti (razmerje otrok in starejšega prebivalstva do delovno sposobnega prebivalstva).

Najvišji koeficient starostne odvisnosti starega prebivalstva je v Nemčiji, Italiji in Grčiji, kjer imajo najvišje deleže starega prebivalstva z najvišjim deležem prebivalstva nad 80 let.

Podaljšanje življenjske dobe je posledica več dejavnikov: zvišanje zdravstvene pismenosti prebivalstva, izvajanje presejalnih programov za kronične bolezni, vodenje preventivnih ukrepov za obvladovanje zdravstvenih problemov ter uspešno zdravljenje bolezni in rehabilitacija. Staranje je proces, ki poteka celo življenje, vendar se ljudje različno hitro starajo, kar je odvisno od dednih dejavnikov, osebnostnih lastnosti, okolja, socialno ekonomskih in psihosocialnih dejavnikov.

Svetovna zdravstvena organizacija opisuje zdravo staranje kot življenjsko obdobje, kjer starostniki optimalno vzdržujejo zdravje in izkoriščajo priložnosti, ki jim omogoča, da brez diskriminacije, aktivno in neodvisno sodelujejo v družbi z ohranjanjem kakovosti življenja.

Danes ljudje živijo dalj časa in so bolj zdravi kot v preteklosti, zato spremembe pokojninskega sistema predvidevajo podaljševanje upokojitvene starosti na 67 let z možnostjo predčasne upokojitve ob določenih pogojih. V članicah EU je bilo leta 2014 povprečno 5,3 % zaposlenih starih nad 65 let, največ v Portugalski, Romuniji, Veliki Britaniji ter na Švedskem v povprečju okoli 10,5 %. Največ starostnikov je bilo zaposlenih v kmetijstvu, uradih, socialni in zdravstvu. Podatki za Slovenijo kažejo, da je bilo v istem letu 6,7 % zaposlenih starih nad 65 let. Samostojni starostniki po 65 letu so pogosto v pomoč družinskim članom. Podatki navajajo, da je približno 88 % starostnikov v EU prejelo pokojnino kot edini vir ekonomske varnosti, preostali imajo dohodek iz drugih virov npr. zaposlitve, prispevka svojcev ali varstveni dodatek. Stopnja za prag revščine med starostniki nad 65 je bila leta 2014 v EU 14 %, v Sloveniji 17 %. Problemi se pojavijo, kadar se delež zaposlenih pomembno zniža pod deležem upokojenih in vzdrževanih oseb. Sistem socialnega varstva starejših v svojih dokumentih postavlja prioritete skrbi za vse večje število starostnikov, kar se kaže v zniževanju revščine, izravnavi enakosti v zdravju in izboljšanju kakovosti njihovega življenja.

Spodbujanje aktivnega staranja v družbi zajema številne ukrepe in aktivnosti za dvig kakovosti življenja, izboljšanje duševnega in telesnega zdravja starejših v podporo aktivnem, neodvisnem, socialno aktivnem življenju s ciljem izboljšanja socialne varnosti, preprečevanja osamljenosti in izolacije. Spodbujanje mobilnosti starostnikov v njim prijaznem okolju, umeščanje starostnikom primernih spodbud v družbi ter izboljšanje pristopov k učenju in prostočasnim aktivnostim pa kaže dodatno skrb. Tako aktivno življenje v starosti vključuje različne aspekte zdravega staranja, socialne inkluzije, partnerstva, udeležbe, participacije starejših v družbi. Starejši lahko v svojem okolju začnejo ali nadaljujejo z aktivnostmi v združenjih in društvih, dejavni so kot neformalni pomočniki v družini ali kot prostovoljci v nevladnih organizacijah.

Raznolikost v starosti je deloma genetska, večjim delom pa posledica fizičnega in družbenega življenjskega okolja, ki vključujeta fizično in socialno okolje, ki spodbuja ali ovira možnosti kakovostnega življenja v starosti. K temu prispevajo negativne predstave o starosti v družbi, ki vplivajo na odnose ob diskriminaciji ljudi zaradi starosti ter večje porabe sredstev za zdravstvene in socialne storitve. Raziskave v Angliji so pokazale, da se je v letu 2011 za pokojnine, zdravstvene in socialne transferje ter davke in druge aktivnosti za starejše porabilo okoli 40 milijard funtov. Predvidevajo da bo leta 2030 ta znesek približno 77 milijonov funtov. V družbi blaginje lahko zdravi in samostojni starostniki prispevajo k delu v prostovoljnih organizacijah in društvih, varovanju vnukov, vodenju gospodinjstva svojih družinskih članov ali kot neformalni negovalci.

Projekt Evropske unije *Zdravje 2020* je postavil prioritete in določil cilje, ki bodo prepoznavni v zdravju ljudi: zmanjšanje prezgodnje umrljivosti v EU, dvig pričakovanih zdravih let življenja, odprava

neenakosti v zdravju, spodbujanje blaginje ljudi, zagotavljanje univerzalne oskrbe in pravica do najboljšega zdravja, postavljanje nacionalnih ciljev in nalog na področju zdravja.

2. Dimenzije staranja in zdravje

Doseči visoko starost in ob tem ohraniti relativno zdravje je na osebni ravni pomemben življenjski dosežek. Individualni življenjski slog, prilagajanje, ustrezna zdravstvena in socialne oskrba, preventivni in rehabilitacijski ukrepi pomembno vplivajo na zdravstveno stanje, kakovost življenja in dobro počutje. Zvišanje deleža starejših v družbi, posebej najhitreje rastoče skupine nad 85 let ali več, postavlja nove izzive glede socialne varnosti in zdravstvene oskrbe ter možnosti pozitivnih učinkov v družbi v smislu medgeneracijske solidarnosti.¹

Svetovna zdravstvena organizacija v novejši definiciji zdravja, poleg telesnega in psihičnega zdravja vključuje tudi subjektivno zdravje ter z zdravjem povezane značilnosti kot sta kakovost življenja, funkcionalne sposobnosti, omejitve pri vsakodnevnih aktivnostih. Celostno zaobjeto zdravje vključuje starostnike v smislu ohranjanja zdravja in samostojnosti pri izvajanju temeljnih in drugih aktivnosti. Kljub povedanem se z višanjem starosti zvišuje verjetnost za obstoj bolezni ali več bolezni hkrati ob istočasnem zmanjševanju kognitivne in fizične zaloge sposobnosti, življenjskih pogojev ter socialne mreže. Glede na to je ohranjanje vsakodnevnih funkcionalnih sposobnosti in avtonomnega življenja (avtonomije) ob razvoju uspešnih strategij spoprijemanja najbolj pomembno za oceno subjektivnega zdravja.

Svetovna zdravstvena organizacija je izdala globalno strategijo in akcijski načrt za staranje in zdravje ter potrdila cilje trajnostnega razvoja, integriranega, nedeljivega sklopa globalnih prednostnih nalog za trajnostni razvoj v starosti, ki zajema:

- končanje revščine v vseh svojih oblikah in povesod - za vse moške in ženske;
- končanje lakote, z zanesljivo oskrbo s hrano ob izboljšanju prehrane ter spodbujanju trajnostnega kmetijstva;
- zagotavljanje pogojev zdravega življenja s spodbujanjem dobrega počutja za vse starosti z univerzalnim zdravstvenim zavarovanjem, vključno z zaščito finančnih tveganj;
- zagotavljanje vključujočega in pravičnega kakovostnega izobraževanja s spodbujanjem možnosti vseživljenjskega učenja za vse;

¹ Avtorici sta pri pisanju uporabile večje število strokovnih člankov, izvirnih znanstvenih poročil in druge literature slovenskem in tujih jezikih, ki je zaradi boljše preglednosti besedila navedena na koncu priročnika. Dobesedno citirani avtorji so zapisani v besedilu.

- enakost spolov in krepitev vloge žensk in deklet;
- spodbujanje vključujočega in trajnostnega gospodarskega razvoja, s polno in produktivno zaposlitvijo z dostojnim delom za vse;
- zmanjšanje neenakosti znotraj in med državami, s spodbujanjem socialne, politične in gospodarske vključenosti vseh, ne glede na starost;
- vsa mesta in naselja, ki naj bodo vključujoča, varna, odporna in z vzdržnimi sistemi, ki zagotavljajo splošen dostop do varnih in dostopnih zelenih ter javnih površin, zlasti za starejše osebe;
- mirne in vključujoče družbe za trajnostni razvoj, zagotoviti pravičnost za vse in graditi učinkovite, odgovorne in vključujoče institucije na vseh ravneh.

Raziskovanja s področja staranja kažejo na individualne razlike med sposobnostmi posameznikov in njihovimi zmožnostmi na telesnem, duševnem in socialnem področju in so ključne za ohranjanje zdravja, samostojnosti in kompetenc v starosti. Visoka dovzetnost organizma starostnika za poškodbe celic in tkiv zvišuje tveganje za kronične telesne in duševne bolezni.

S staranjem se spreminja celoten organizem in še posebej centralni živčni sistem, kar je odvisno od ranljivosti in krhkosti posameznikov. V nasprotju s povedanim lahko znanja, izkušnje iz življenjskih situacij in osebnostne lastnosti, prispevajo k stabilnosti ali razvoju posameznika. Razlikujemo biološko fiziološke, psihološke in socialne dimenzije staranja.

Biološko fiziološke dimenzije staranja vključujejo značilno poslabšanje funkcionalne rezerve organov in sistemov, zmanjšanje vitalne kapacitete, povišanje krvnega tlaka, zvišanje ravni holesterola v krvi, znižanje tolerance za sladkor v krvi, zmanjšanje mišične mase in kapilarnih mrež s pridobivanjem vezivnega tkiva ob izgubi mineralov iz kosti. Spremembe optičnih vlaken in motnost leče slabša vidne sposobnosti. Slušne in druge čutne zaznave se bistveno spremenijo.

V prvi skupini so *fiziološke spremembe* z vplivom na zdravje npr. ateroskleroza, osteoporoz, ki sodita v naraven proces staranja in se opazita relativno pozno. Druga skupina sprememb zajema tiste z *daljšim predkliničnim stanjem*, npr. rakave bolezni. Tretja skupina sprememb vključuje tiste s *spremenjenim potekom* kot so infekcijske bolezni, npr. pljučnica, vnetja sečil. V četrti skupini so zajete spremembe zaradi *daljše ali večje izpostavljenosti*, npr. starostna sladkorna bolezen, pljučne bolezni, visok krvni tlak.

Preventivne aktivnosti imajo pri vseh skupinah bolezni pomemben učinek na zdravstveno stanje in samostojnost pri izvajanju vsakodnevnih življenjskih aktivnostih ter na kakovost življenja starostnikov. Organi in organski sistemi imajo določeno plastičnost in potencial, zato se z urjenjem določenih

telesnih in duševnih sposobnosti pomembno izboljšajo samostojnost, kognitivne zmožnosti, funkcionalne senzomotorične spretnosti ter praktične aktivnosti.

Psihične dimenzije staranja se kažejo v obliki možnega poslabšanja ali izboljšanja določenih sposobnosti: na področju pozornosti, obdelave informacij pri reševanju nalog, kratkoročnega spomina in učenja. Potencialne pridobitve v starosti se kažejo kot izkušnje, znanje in spretnosti, ki so jih pridobili tekom življenja s poudarkom na zmožnostih spoprijemanja z zahtevnimi in obremenilnimi situacijami v življenju. To pomeni, da so mnogi starostniki tekom življenja razvili določene kompetence, s katerimi uspešno obvladujejo in oblikujejo svoje življenjsko okolje. Na področju doživljanja in vedenja starostnikov se kažejo spremembe v smislu spoprijemanja in prilagajanja s pozitivnim učinkom na življenje.

Socialne dimenzije staranja vključujejo spremenjene možnosti aktivnega socialnega delovanja v starosti s prevzemanjem drugih vlog in nalog. Oblikovanje življenja v starosti predstavlja izziv za osebni, identitetni slog z zadovoljevanjem individualnih interesov in potreb. Pozno pridobljena »svoboda« se kaže kot svoboda izbire družbenih aktivnosti s prispevkom k medgeneracijskim odnosom v dajanju in prejemanju emocionalne ali instrumentalne pomoči znotraj ali izven družine.

Pomembno je razumevanje razširjenega pojmovanja zdravja v starosti, ki zadeva samostojno, odgovorno in smiselno oblikovanje življenja. Zdravo staranje ni le vprašanje telesnega ali duševnega zdravja, ampak mnogo več: je multidimenzionalni kompleksni proces, ki poleg zadovoljivega zdravja in zdravju prijaznega vedenja zajema aktivno življenje in pozitivno življenjsko naravnost. V tem kontekstu je potrebno imeti vpogled najprej v vlogo osebnih dejavnikov, ki zadevajo vire, obremenitve, življenjski slog in osebno naravnost ter tudi vlogo družbenih dejavnikov kot so družbene razmere, socialni pogoji, stanovanjske možnosti, ekološke in infrastrukturne danosti.

Ljudje ne ocenjujejo zdravje zgolj na podlagi objektivnih zdravstvenih diagnoz, ampak zdravje vrednotijo tudi na osnovi subjektivnih dejavnikov, ko se primerjajo z zdravjem svojih vrstnikov. Subjektivno in objektivno zdravje ni enoznačno, saj se nekateri ocenjujejo bolje kot so dejansko objektivno zdravi. Izračunan indeks zdravja določi točko preloma med objektivno izmerjenimi kazalniki zdravja in subjektivno samooceno zdravja, ki pokaže bolj realno zdravstveno stanje starostnikov in nam pomaga pri načrtovanju zdravstvenega in socialnega varstva. Najbolj optimistično ocenjujejo svoje zdravje na Danskem, v Švici, na Poljskem, pesimistično pa na Madžarskem, v Estoniji, na Češkem ter v Sloveniji.

Raziskave prebivalstva nad 65 let, v zasebnih gospodinjstvih v EU dokazujejo, da je zdravje več kot polovice ljudi v drugi polovici njihovega življenja dobro ali zelo dobro, celo v starosti od 70 do 85 let je tako ocenilo vsaj 40 % vprašanih. Ocena subjektivnega zdravja v obdobju od leta 1994 do leta 2012

kaže pozitiven trend in izboljšanje, ki je posebej izrazito pri ženskah in moških med 60 in 69 let, pa tudi pri starejših nad 70 let.

3. Koncept spoprijemanja v starosti

Zdravo staranje poleg fizioloških, psiholoških in socialnih sprememb zajema predvsem načine spoprijemanja s spremembami in težavami na povsem individualni način. Za razumevanje povedanega je potrebno poznati osnovne načine in strategije prilagajanja starostnika. Zdravo staranje zajema najmanj tri področja:

- ohranjanje zdravja in zmanjšanje invalidnosti,
- ohranjanje telesnih in kognitivnih funkcij ter
- socialnih in kreativnih aktivnosti.

Zdravi starostniki želijo zmanjšati tveganje za negativne izkušnje ter zvišati svojo učinkovitost. Strategije spoprijemanja s spremembami so odvisne od osebnosti posameznika, ki integrira pridobitve in izgube v svoj koncept staranja. Starostnik, ki realizira svoje želje v skladu z realno situacijo in določeno mero kritičnega prilagajanja in kompenzacije, doseže relativno emocionalno stabilnost ali razbremenitev z izboljšanjem kakovosti svojega življenja. Osebnostne značilnosti v smislu optimizma, nadzorovanja, kompetentnosti, socialnih veščin imajo pomemben vpliv, s ciljem ohranjanja in ponovnega vzpostavljanja aktivnosti za obvladovanje zdravstvenih in drugih življenjskih potreb. Poudarek je na obvladovanju kroničnih bolezni. V nasprotnem primeru starostniki izberejo regresivni način sprejemanja, kot so prelaganje odgovornosti, iskanje krivca, nesmiselnosti ravnanja in ravnodušnost.

Kot okvir za upoštevanje zdravja v starosti vzamemo dva osnovna koncepta. Prvi vključuje notranjo zmogljivost, ki vpliva na fizično, psihično in socialno zmogljivost v določenem obdobju. Drugi koncept opredeljuje okolje, v katerem starostniki živijo, ki lahko spodbuja ali ovira razvoj sposobnosti in omogoča pogoje za življenje v starosti. Tako je zdravo staranje v veliki meri odvisno od posameznika, njegovega okolja in medosebnih odnosov. Notranja zmogljivost in funkcionalna sposobnost sta stalnici, vendar nagibata k zmanjševanju in sta odvisni od različnih dejavnikov.

Celovito ukrepanje v javnem zdravstvenem in socialnem varstvu je odgovor na staranje prebivalstva v državi, saj podatki, ki so že zdaj na voljo, zahtevajo takojšnje ukrepanje s preventivnimi aktivnostmi v smislu zdravega staranja na številnih področjih. Pri tem je potrebno razlikovati skupine starostnikov:

- prvo, z visoko in stabilno notranjo zmogljivostjo, ki so zdravstveno odgovorni, motivirani v skrb za zdravje in preventivo,

- drugo skupino sestavljajo tisti z zmanjšano zmogljivostjo, ki so uporabniki zdravstvenih storitev, imajo zdravju škodljivo vedenje, so slabše odzivni in težko dostopni,
- v tretji skupini starostnikov so tisti, ki imajo že zmanjšane zmogljivosti, so zdravstveno prizadeti, omejeno gibljivi in odvisni od storitvenih služb.

Preventivne aktivnosti morajo slediti potrebam omenjenih skupin z optimizacijo virov pomoči na vseh ravneh, ki bi krepili funkcionalne sposobnosti starostnikov. Prednostne naloge za doseganje ciljev so usmerjene na:

- potrebe strešjih s preprečevanjem kroničnih nenalezljivih bolezni,
- razvoj zdravstvenih in socialnih sistemov ter integrirane in dolgotrajne oskrbe,
- ustvarjanje starostnikom prijaznega okolja,
- izboljšanje baze znanja z dokazi ob vrednotenju, spremljanju in razumevanju ukrepov za spodbujanje zdravega staranja.

Potrebno je osredotočanje zdravstvenih sistemov na potrebe starostnikov pri vzdrževanju zdravja kljub morebitnim kroničnim boleznim, celostnem usklajevanju storitev in infrastrukture. Spodbujanje zdravega staranja mora biti stroškovno učinkovito in omogočati dostop do integriranih storitev prilagojenih različnim skupinam starostnikov.

Trije glavni pristopi, ki lahko pomagajo zdravstvenim sistemom zadovoljevati potrebe starostnikov so:

- vzpostavitev sistemov storitev in namestitev namenjenih starejšim;
- omogočanje in zagotavljanje dostopa do sistemov z usmerjanjem v lastno zmogljivost;
- zagotavljanje stalne razpoložljivosti ustrezno usposobljenega kadra.

Zagotavljanje celostne ocene položaja starostnikov z načrtovanjem oskrbe ob optimiziranju njihovih zmogljivosti vključuje storitve v kraju bivališča, vključno z obiski na domu in oskrbo v skupnosti s podporo zdravju. Pomoč starostnikom, ki so sposobni samooskrbe naj temelji na informiranju in učenju, samoodločanju ter prenosu zdravstvenih vsebin v življenje.

Zdravstveno stanje starostnikov v raziskavi Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) kaže dokaj značilen vzorec starostnikov s srčno-žilnimi boleznimi, rakavimi boleznimi, presnovnimi motnjami in povišano telesno težo, ter z boleznimi povezanimi funkcionalnimi oviranji. Večina vprašanih je kljub opisanim težavam ocenila svoje gibalne sposobnosti kot samostojno opravljanje aktivnosti izven doma saj v skrbi za zdravje poskušajo vzdrževati gibanje kot pomemben dejavnik avtonomnega upravljanja z življenjem. Potrebno je opozoriti na vlogo negovalcev na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju, pri spodbujanju starostnikov k pozitivnemu zdravju, spoprijemanju s spremembami in prilagajanju na novonastale situacije povzročene s kroničnimi boleznimi.

Svetovna zdravstvena organizacija pa je v svoji klasifikaciji funkcionalnih sposobnosti, invalidnosti in zdravja zajela vse dimenzije zdravja tako telesne, psihične funkcije ter strukture sistemov, ko aktiven posameznik brez pričakovanih zdravstvenih problemov aktivira vse svoje sposobnosti in znanje za ohranjanje zdravja brez funkcionalnih omejitev. Kadar posameznikove telesne funkcije, psihične sposobnosti in duševno zdravje vsaj 6 mesecev odstopajo od normalnega stanja, ko je omejena njegova dejavnost in aktivnost v družbi, se kaže potreba po podpori, pomoči in oskrbi. Presek potreb lahko razdelimo v področja, ki obravnavajo: temeljne življenjske aktivnosti, spodbujanje k oskrbi, aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe, sposobnost komunikacije ob potrebah po socialni oskrbi.

Razmišljanje o potrebni oskrbi starostnikov vključuje: specifične potrebe, stanje zdravja, ohranjene sposobnosti, kronične bolezni z nespecifičnim potekom ter večtirno zdravstveno obravnavo. Avtorji navajajo, da starostniki obdobje med 65 in 85 letom kljub večjem tveganju za kronično bolezen ocenjujejo pozitivno. Življenjsko obdobje po 85 letu zviša tveganje za več kroničnih bolezni in se kažejo še večje potrebe po podpori, pomoči in oskrbi zaradi telesnih funkcionalnih omejitev na eni, ter pogostejših psihoorganskih motenj na drugi strani. Tako zdravje v starosti ne pomeni le odsotnosti bolezni, temveč je tesno povezano s subjektivnim občutenjem kakovosti življenja. Poleg ohranjenih sposobnosti za optimalno spoprijemanje z vsakdanjim življenjem in neodvisnim funkcioniranjem je nadvse pomembno izražanje zadovoljstva.

4. Življenjski slog za ohranjanje funkcionalnega zdravja

Funkcionalno zdravje v svoji definiciji opisuje, kako ljudje s svojimi sposobnostmi izpolnjujejo vsakodnevne potrebe in zahteve družbe. Dobro funkcionalno zdravje vpliva na avtonomijo in samostojno obvladovanje življenja.

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je starostnik funkcionalno zdrav, kadar njegove telesne in mentalne funkcije pomembneje ne odstopajo od funkcij zdravega človeka (*koncept telesnih funkcij in struktur*). Drug dejavnik funkcionalnega zdravja opredeljuje način in obseg aktivnosti v takšnem obsegu, kot se pričakuje za ljudi brez zdravstvenih težav. (*koncept aktivnosti*). Tretja dimenzija vključuje prisotnost posameznika na vseh življenjskih področjih, ki so zanj pomembna v tolikšni meri kot se pričakuje za zdravega človeka. (*koncept participacije*).

Funkcionalno zdravje starostnikov kaže na določene omejitve pri izvajanju določenih telesnih ali mentalnih aktivnosti, ki vplivajo na kakovost življenja in so povezane z omejitvijo gibanja, bolezenskimi simptomi ter okvarami čutilnih organov. Pri merjenju omejitev aktivnosti je potrebno upoštevati kazalnike za izvajanje temeljnih dnevnih aktivnosti in instrumentalnih aktivnosti.

Dnevne aktivnosti zajemajo sposobnosti za izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti kot so: osebna higiena, hranjenje, gibanje, spanje, oblačenje, izločanje in drugo. *Instrumentalne aktivnosti* zajemajo kompleksnejše dejavnosti kot so vodenje gospodinjstva, čiščenje, priprava obroka, uporaba telefona, prevoznih sredstev in nakupovanje. Omejitve pri izvajanju omenjenih aktivnosti so bolj prizadete pri tistih, ki imajo kronične bolezni, starejših nad 80 let in tistih, ki so spremenili socialno okolje.

Staranje populacije, podaljšanje življenja, spremembe v družinski konstelaciji, zaposlitveni politiki, pokojninski reformi, sistemu vrednot, odgovornosti posameznikov za zdravje na eni strani ter povečane potrebe starejših po zdravstveni obravnavi na drugi strani, postavljajo pred izvajalce zdravstvene oskrbe pomembne naloge.

Potreba po zdravstveni in socialni oskrbi je usmerjena na občasno, daljšo ali trajno pomoč in podporo starostnikom pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnostih, obvladovanju življenjskega okolja ter vzdrževanju socialnih odnosov. Ta kontekst vključuje medicinske, psihične, socialne in funkcionalne aspekte individualne in kontinuirane skrbi, s ciljem ohranjanja maksimalne kakovosti življenja starostnikov in njihovih svojcev. Splošno znano je dejstvo, da je zdravstvena oskrba nujna takrat kadar nastopijo zdravstveni problemi takšne narave, da jih posameznik spričo pomanjkanja virov pomoči ne zmore sam reševati. Funkcija oskrbe se nanaša na pomoč posamezniku pri spoprijemanju, obvladovanju ter prilagajanju na nastale spremembe z načrtovanjem podpornih, preventivnih ali neposrednih aktivnosti za ponovno pridobivanje sposobnosti.

Teoretični pristop k oskrbi uporablja novejša spoznanja znanosti, ki usmerjajo na učinkovito spoprijemanje z bolezenskimi spremembami in drugimi zdravstvenimi omejitvami. Model v katerem imajo starostniki, njihovi svojci in poklicni pomočniki aktivno vlogo v spoprijemanju s kronično boleznijo in njenimi posledicami vključuje:

- k bolezni usmerjene aktivnosti,
- delo usmerjeno v vsakodnevno življenje,
- integracijo bolezni in posledic v osebni življenjski koncept.

Aktivnosti usmerjene v potek kronične bolezni ponujajo spoznanja o znakih bolezni, poslabšanju bolezenskih znakov, ki vplivajo na stabilnost zdravja. *Usmerjenost v vsakodnevno življenje* poudarja osnovne teze spoprijemanja posameznikov z zdravstvenimi problemi in obremenitvami, saj gre za doživljanje ter aktivnosti kronično bolnih in njihovih svojcev. *Integracija bolezni v življenjski koncept* izključuje usklajenost obravnave, ker spoprijemanje z boleznijo pomeni več kot le delo, je kontinuirano spremljanje in podpora posamezniku. Koncept opisuje in analizira prehodne situacije z namenom reševanja zdravstvenih kriz, ki tako posamezniku in tudi svojcem služijo za pridobivanje novih znanj,

razvoju sposobnosti, odnosa in strategij za sprejemanje doseženih sprememb. Aktivnosti in življenjska področja pri obravnavi kronične bolezni so sistematično razvrščena in vključujejo:

- obravnavo bolezni in njenih simptomov,
- sprejemanje telesnih in psihičnih obremenitev,
- ohranjanje avtonomnega upravljanja življenjem v mejah zdravja,
- integracijo oskrbe v vsakodnevno rutino,
- kontinuiteto in stabilnost s podporo profesionalcev,
- ohranjanje dnevne rutine,
- prilagajanje fizičnega okolja,
- vzpostavljanje socialnih odnosov in vlog,
- upoštevanje življenjskih pogojev,
- integracijo zdravstvenih pridobitev v samokoncept življenja,
- ohranjanje varnosti socialno ekonomskega stanja.

Spoprijemanje z boleznijo ali zdravstveno povzročenimi krizami poudarja zdravju neškodljivo vedenje, odnos ter individualne vire pomoči z opolnomočenjem v smislu dejavne vloge s participacijo, udeležbo ter spremembo organizacije v smislu vplivanja na zdravje. Kategorija odvisnosti od podpore, pomoči in oskrbe je toliko večja, čim večji je razkorak med posledicami bolezni, obremenitvami, zahtevami na eni strani ter obstojem individualnih virov za spoprijemanje na drugi strani.

S starostjo povezana pomoč in oskrba se zaradi zdravstvenih omejitev poveča, kadar starostniku primanjkuje individualnih virov pomoči. Med 80 do 85 letnimi ženskami vsaka četrta potrebuje pomoč in vsak šesti moški iste starosti. Ženske pogosteje potrebujejo pomoč in oskrbo, ker imajo več bolezni. Pomoč in negovanje je v prvi vrsti povzročeno z zapleti bolezni, ki omejujejo gibanje in kognitivne funkcije. H kroničnim boleznim štejemo srčno žilne bolezni, možgansko kap, bolezni kostno mišičnega sistema, astmo, diabetes in demenco.

Na zdravstvene težave v starosti je mogoče vplivati s preventivnimi in z rehabilitacijskimi ukrepi (sekundarna preventiva). Postavlja se vprašanje ali so pridobljena leta življenja v starosti res izgubljena leta zaradi omejitev v zdravju? Zmanjšanje kroničnih bolezni in zvišanje zdravih let življenja v starosti predstavljata najbolj temeljni cilj sistema skrbi za starejše ter čas med omejitvami v zdravju in potrebo po pomoči zmanjšati in odložiti na poznejši čas. K zdravju usmerjen pogled na sodobno obravnavo starostnikov pomeni tudi realizacijo aktivnosti v praksi. Želja starostnikov je čimbolj uspešno in neodvisno funkcioniranje v domačem okolju brez ali z občasno asistenco, kar zagotovo vpliva na kakovost njihovega življenja. Nikakor ne gre spregledati pomembnosti najbližjih svojcev in drugih oseb

v življenju starostnika, saj so ti pogosto edini vir moči pri učinkovitem obvladovanju življenjske situacije, v kateri se starostnik znajde.

Pomembno je, da je cilj zdravljenja in terapevtskih ukrepov pri obravnavi obolelih ohranjanje funkcioniranja, samostojnosti in kakovosti življenja. Trajanje bolezni in čas zdravljenja je bistveno podaljšan pri starejših z kroničnimi boleznimi. Poleg medicinskih intervencij je v institucionalni skrbi zdravstveno negovalne aktivnosti, ki temeljijo na konceptih preventive in aktivnosti s izboljšanjem funkcionalnega zdravja.

5. Družina in socialna omrežja

Socialna mreža je za starostnika pomemben vir zdravstvene varnosti v primeru podpore, potrebe po pomoči in oskrbi. Ožja in širša družina predstavljata pomemben vir socialne podpore, saj starostnika vključuje v stike in odnose, ki so krajevno, časovno in strukturno opredeljeni. Raziskovalci so ugotovili, da socialni stiki in odnosi znotraj socialnih omrežij pomembno vplivajo na zdravje in zdravstvene probleme. Ugotovili so, da imajo ljudje v družbah z visoko stopnjo izolacije in socialne izključenosti višjo stopnjo prezgodnje smrti, slabšo možnost preživetja, več zapletov kroničnih bolezni ter posledično slabše telesno in duševno zdravje.

Danes se negovanje starostnikov s kroničnimi boleznimi in drugimi težavami povezanimi z njimi obravnava v domačem okolju, ko za obolelega skrbijo svojci. Družinski negovalci so običajno življenjski partnerji ali pozneje vzpostavljena partnerstva, ki so skupaj več let ali upokojeni odrasli z že z odraslimi otroki in vnuki. Motivi za prevzemanje oskrbe obolelega člana so: čustvena navezanost, ljubezen in naklonjenost v 57 % vprašanih, občutek obveznosti in prisile v 15 %, moralna odgovornost v 13 % in ni bilo druge izbire 3 % vseh vprašanih v raziskavi. V domači oskrbi običajno negujejo ženske, ki sicer skrbijo za družino, kar se kaže v dejstvu, da za več kot tretjino moških v starostni skupini nad 65 skrbijo žene in da le ena petina žensk potrebuje pomoč druge osebe. Ljubezen in naklonjenost izhajata iz medsebojnega partnerskega odnosa in spoštovanja s pripravljenostjo sprejemanja in dajanja pomoči, kadar je to potrebno. Drug razlog za skrb je lahko hvaležnost za ljubezen, za skupaj preživeti čas, še posebej, če sta živela usklajeno ter skupaj reševala družinske probleme. Pričakuje se, da bo oseba, ki prejema oskrbo, izkazala spoštovanje in pozornost družinskemu negovalcu, kar izboljša odnose in poveča upanje na ugoden izid. Včasih se pri negovanju sprožijo občutki jeze, žalosti in obupa zaradi različnih razlogov.

Zavedanje motivov in odgovornosti za prevzemanje oskrbe družinskega člana je naloga, ki jo mora vsak sam reševati, saj hitro pride do konflikta med dejstvi, željami in načrti. Spremembe v odnosu je

potrebno prilagoditi novi situaciji z obvladovanjem izzivov, kriz in konfliktov. Poleg finančnega bremena se pojavi fizični napor in čustveni odziv, ki se navezuje na:

- neravnovesje razmerja v prejetanju in dajanju;
- spremembo moči in strukture odločanja;
- spremembo privlačnosti in čustev;
- spremembo intimnosti parov.

Mobilizacija moči družinskega člana za sprejemanje potrebe po oskrbi običajno sloni na izkušnjah iz preteklosti pri spoprijemanju z izzivi s krizami in preteklimi bolezenskimi situacijami. Družabni krog se zaradi vnaprejšnjih predsodkov oži, kar pogosto sprejmejo z žalostjo ali iskanjem drugih možnosti.

6. Osnovne potrebe starostnikov

Potrebe so posebna stanja živega človeka, ki zaradi posebnih procesov zadovoljevanja sprožijo določeno vedenje, s katerim se doseže ravnovesje v organizmu. Zadovoljevanje potreb ali doseganje ciljev je povezano z motivi, ki spodbujajo človekovo obnašanje in aktivnosti. Med potrebami se navajajo fiziološke potrebe, s katerimi uravnava delovanje organizma, npr. potreba po hrani, izločanju, počitku in druge. Psihosocialne potrebe so tiste s katerimi izražamo osnovne potrebe po varnosti, ljubezni, pripadnosti, spoštovanju, učenju in zdravju, potrebe, s katerimi premagujemo občutja negotovosti, nevednosti, osamljenosti in drugo. V življenju posameznika obstaja povezanost in prepletanje med fiziološkimi in psihosocialnimi potrebami, ene postanejo v določenem obdobju bolj pomembne ali vredne kot druge. Zadovoljevanje potreb je odvisno od aktivnosti volje, ki spodbuja k dejavnosti, le da nekatere aktivnosti potekajo samodejno. Zavestna dejanja za zadovoljevanje potreb potekajo načrtno, z jasnimi cilji in nadzorom doseženega ob zadovoljenih potrebah. Danes naj bi večino potreb zadovoljevali na socializiran in kulturno pogojen način.

Maslow je razvil piramidni model potreb, ki je razdeljen na pet stopenj. Osnovo predstavljajo fiziološke potrebe (hrana, seksualnost, spanje itd.), sledijo potrebe po varnosti (stabilnost, varnost, zaščita, potreba po strukturi, red, zakon, omejitve, zaščita), potrebe po pripadnosti (ljubezen, naklonjenost in pripadnost), potreba po samospoštovanju in na vrhu piramide potreba po samouresničitvi. Osnovne potrebe so življenjsko pomembne in predstavljajo potrebe primanjkljaja (npr. lakote) in morajo biti izpolnjene za občutenje potešitve. Potrebe po osebni rasti so višje potrebe in ob zadovoljevanju teh potreb se pojavijo občutki sreče. Zgoraj omenjene potrebe so izhodišče za nešteto drugih individualnih potreb kot npr. kognitivne potrebe, kulturne, emocionalne, zdravstvene itd.

Zadovoljevanje potreb je povezano z določenim vedenjem in močno željo, da se zadovolji potreba in odpravi občutek primanjkljaja ali nezadovoljenosti. Zadovoljevanje psihosocialnih potreb poteka tudi tako, da se po doseganju ciljev razvijajo nove potrebe in cilji, kar spodbuja razvoj.

Pogled na potrebe ljudi v zvezi s procesom staranja so: živeti dalj časa in postati starejši, vzdrževanje zdravja ter individualne potrebe z novimi vrednotami, normami, vlogami in stališči do življenja in aktivnosti. Socialne potrebe starejših se kažejo v vzdrževanju socialnih stikov z ljudmi, druženju in odnosih v socialnem okolju. Strokovnjaki pripisujejo vedno večjo vlogo dejavnikom okolja pri zadovoljevanju potreb, tako starostniki aktivno dosegajo cilje s spreminjanjem svojih življenjskih konceptov.

Starejši pogosto čutijo potrebe po storitvah v zdravstvenem sistemu, kar je lahko problem, kadar potrebe starejših ljudi niso združljive s »potrebami« družinskih članov, kar lahko povzroči konflikte. In kdo določa prioritete potreb? Funkcionalno odvisni starostniki so odvisni od svojih negovalcev, ki določajo "normalnost" potreb.

Poznavanje teorije potreb nam podaja strokovno podlago, na kateri sloni delo s starostnikom ali se oblikuje nov prilagojeni pristop. V vsakem primeru ima starostnik osrednje mesto v oskrbi, saj pristop usmerjen k njim, poudarja njihovo identiteto in enkratno neponovljivost njihove osebnosti. Identiteta starostnika se prepoznava prek področja dela in dosežkov, materialne varnosti, socialne mreže in vrednot, ki sodijo v sklop osnovnih in psihosocialnih potreb.

Razumevanje različnih izhodišč usmerja na terapevtske pristope pri delu s starostnikom, osebam z demenco, kroničnimi boleznimi in drugo, kjer opredeljena vloga vključevanja in sodelovanja pri obravnavi. Dokler ljudje neposredno izražajo svoje potrebe, jih je lažje zadovoljiti. Težje je pri ljudeh z napredovalo demenco z zmanjšano sposobnostjo komunikacije. Tisti, ki skrbijo, lahko poskušajo prepoznati potrebe skozi poznavanje biografije ali prek vedenja. Večina konceptov se usmerja v področje prehrane, vzdrževanje telesnega funkcioniranja, lajšanje bolečin in zdravljenje osnovne bolezni.

Spoznavanje in prepoznavanje potreb ni vedno enostavno, pogosto pri delu s starostniki vnašamo svoje standarde, norme, želje, potrebe kar deluje neučinkovito. Nabor najpogostejših osnovnih potreb kot so komunikacija, varnost, svoboda, samostojnost, socialni stiki, hrana in pijača, bližina, spanje, počitek, gibanje, zaposlitev, ljubezen, urejenost in individualne potrebe po učenju, estetskem in kulturnem izražanju ali doživljanju, duhovne in religiozne potrebe, nam olajša praktične rešitve ob poznavanju posameznika.

7. Viri za ohranjanje zdravja v starosti

Starost je življenjsko obdobje, v katerem je telesno zdravje lahko povezano s prisotnostjo bolezni. Pri tem je pomembno upoštevati motorične in senzorične funkcije, stopnjo samostojnosti za izvajanje dnevnih in življenjskih aktivnosti ter subjektivno počutje. V kontekstu ocena zdravja upošteva telesne in duševne bolezni, stopnjo samostojnosti oz. potrebne pomoči ali oskrbe, senzorične in motorične zmogljivosti vključno z opravljanjem vsakodnevnih praktičnih nalog, splošne psihične in fizične funkcije, osebnostne značilnosti ter stopnjo razumevanja bolezni in načine njenega obvladovanja. Ocena omenjenih dejavnikov in aktivnosti je pomembna za zgodnje prepoznavanje tveganj, bolezenskih motenj ter oceno rehabilitacijskih možnosti. Vemo, da je bistveni pomen preventivnega delovanja zmanjšanje tveganj za razvoj bolezni ter ohranjanje samostojnosti in neodvisnosti pri izvajanju življenjskih nalog in vsakodnevnih aktivnosti.

Koncept zdravja je povezan z vprašanjem možnosti in sposobnosti starostnika za obvladovanje zdravstvenih problemov in obremenitev. Konstruktivno obvladovanje zdravstvenih tveganj in bolezni je odvisno od individualnih dejavnikov kot so: življenjski slog, organiziranost dnevnih aktivnosti, odnos do zdravja, subjektivni pomen spoprijemanja s težavami. Okoljski dejavniki vključujejo bivalno okolje, infrastrukturo in drugo. Kako bo reagiral starostnik, ki ima funkcionalne omejitve in probleme, je odvisno od pridobljenih zdravstvenih kompetenc, socialnega omrežja in njegovega vključevanja .

Individualni odnos do zdravja usmerja na možnost, da se zdravstveno stanje lahko izboljša, povrne ali ohrani na določeni ravni. Kakovosten spanec, uravnovešena prehrana, redna telesno gibalna aktivnost imajo pozitiven vpliv na zdravje starejših. Kajenje, uživanje alkohola, telesna neaktivnost predstavljajo, neodvisno od starosti, rizične dejavnike za številne bolezni, ki posledično zvišajo umrljivost. Sprememba vedenja kaže pozitivne učinke na fizično in psihično zdravje z znatnim podaljšanjem življenja. Opuščanje kajenja in uživanja alkohola izboljša kognitivne sposobnosti, pljučno funkcijo in podaljša trajanje življenja. Telesno gibalna aktivnost hoje 3 km dnevno podaljša življenje moških v povprečju za 5 let, tedenski 3 urni sprehod pri ženskah zmanjša tveganje za srčno žilne bolezni 30 – 40 % in infarkt za 31 %. S telesno gibalno aktivnostjo se ohranja mišična masa, kostna gostota in dobro počutje. Z ohranjanjem gibalnih sposobnosti se opazno zmanjša tveganje za poškodbe in padce v starosti. Prehrana z manj maščob, soli, sladkorja z več sadja in zelenjave zmanjša tveganje za srčno žilne zaplete in rakave bolezni črevesja. Uravnovešena zdrava prehrana ima vse pomembne biološke in energetske sestavine v sorazmernem deležu, zato je enostransko zniževanje vnosa lahko zdravju škodljivo.

Motivacija za ohranjanje zdravja zahteva od starostnika razumevanje in aktivni prispevek posameznika in je pri starostnikih do 85 leta na drugem mestu pomembnosti, kasneje pa na prvem mestu, ko znižane telesne aktivnosti ali potrebna zdravstvena obravnava pridobiva na veljavi. Razlogi za ohranjanje zdravja so želja po samostojnem in neodvisnem življenju, ki vpliva na realno oceno zdravstvenega tveganja s spremembo vedenja. Visoka pričakovanja glede učinkov spremenjenega vedenja vplivajo ne le na splošno zdravje, temveč tudi na podaljšanje zdravih let življenja saj so preventivne in kompenzacijske aktivnosti dokazano učinkovite. Pozitivni učinek na zdravje ima telesno gibalna aktivnost, ki ob drugih dejavnikih izboljšuje kognitivne funkcije, posledično tudi funkcionalno zdravje, zniža obolevnost in umrljivost starostnikov.

Psihosocialni viri kot so optimizem, pozitivno sprejemanje staranja in socialna podpora, imajo pomembno mesto v ohranjanju in ponovnem vzpostavljanju zdravja. Raziskave omenjajo, da je tretjina starostnikov aktivna pri starosti 65 do 74 let in petina tistih nad 75 ali več let. Socialno mrežo tvori od 4 do 5 oseb, vključujoč pomembne družinske člane. Socialna mreža izven družine ponuja možnost podpore v obliki nasvetov in pogovora, kar starejši potrebujejo, neodvisno od tega ali imajo otroke ali partnerja. Predstave in prepričanja o staranju in starosti so pomembni za ohranjanje zdravja. Negativna slika o šibkosti na telesnem in socialnem področju zmanjšuje priložnosti za razvoj ob optimalni izrabi energije.

Življenjsko in bivalno okolje z zdravju prijaznimi pogoji, s ponudbo aktivnosti in možnosti udeležbe imajo vpliv na zdravo in samostojno življenje tudi pri tistih z omejitvami v gibanju. Prilagajanje okolja populaciji starostnikov pomeni dostopnost in bližino trgovine, avtobusne postaje, zdravstvenega doma, knjižnice, medgeneracijskega centra in drugo. Smiselna zaposlitev prostega časa in zaposlitev posredno vplivata na zdravje, saj so aktivni starostniki tudi bolj zdravi. Pomembno je opozoriti, da je večina zdravih starostnikov finančno varna, ker imajo pokojnine ali druge vire dohodka. Stopnja revščine je pri ovdovalih ali samskih ženskah višja in znaša okoli 25 %, pri samskih moških je ta višja in znaša 29 %. Življenje s partnerjem pomembno zniža tveganja za prag revščine na 10,4 %.

Starostnikom pri soočanju s staranjem pomagajo izkušnje, ki so jih pridobili tekom življenja ob individualni sposobnosti prilagajanja na spremembe, kjer se izgube na enem področju izravnavajo s pridobitvami na drugih področjih. To s psihološkega vidika pomeni boljše koriščenje omejenih virov za aktivno spoprijemanje in nadomeščanje izgubljenih sposobnosti.

Zdravje v starosti pomeni dinamičen odnos med notranjimi in zunanji viri in obremenitvami. Dokazi potrjujejo, da zdravi starostniki živijo dalj časa samostojno življenje. Zdravstveno stanje starostnikov se kaže na področjih: pričakovanih in zdravih let življenja, subjektivnega zdravstvenega stanja,

zadovoljstva z življenjem, vitalnosti in energetske opremljenosti ter optimističnega pogleda na življenje in počutje. Prizadevanja za spodbujanje zdravja v starosti izboljšuje in stabilizira zdravstveno stanje s ciljem ohranjanja aktivne vloge pri zadovoljevanju svojih potreb ob prevzemanju družbene odgovornosti.

8. Značilne izgube v starosti

Izgube v psihološkem smislu pomenijo izgubo materialnih in nematerialnih dobrin npr. izgubo sposobnosti, ljudi, zdravja, finančne varnosti in drugo. Starost včasih prinaša več izgub kot pridobitev, saj so priložnosti, sposobnosti in čas za nadomeščanje izgubljenega zelo odmerjeni.

Teoretični modeli opisujejo uspešne in manj uspešne načine spoprijemanja z spremembami na vseh življenjskih področjih, ki so v procesu staranja bolj izrazite. Najbolj uporabljen model je strategija upravljanja z življenjem, ki opisuje selekcijo kot način izbire ciljev, optimizacijo vedenjskih vzorcev za aktivno vlaganje sredstev in energije za doseg ciljev ter proces kompenzacije kot alternativno obliko prilagajanja, kadar cilji niso dosegljivi. Cilji niso le materialne dobrine, temveč imajo simbolne vrednosti v smislu doseganja stanja udobja, zagotavljanja varnosti in ohranjanja socialnih stikov. Navajajo, da kultura, starost in spol ter druge okoliščine lahko pogojujejo izbiro ciljev in načine njihovega zadovoljevanja, ob tem pa psihični procesi ostajajo pri vseh ljudeh enaki. Obstaja večje število pozitivno naravnanih teorij, ki spodbujajo razvoj v starosti ter omogočajo starostnikom uspešno obvladovanje življenjskih nalog. Starost je obdobje, kjer se individualne izgube lahko kopičijo ter ovirajo psihično, fizično, duhovno in socialno aktivnost.

Izguba zdravja je ena najbolj pomembnih izgub, saj zdravje cenimo kot največjo vrednoto. Kronične ali akutne bolezni vplivajo na stopnjo funkcionalnega zdravja ter avtonomije. Zmanjšanje sposobnosti samooskrbe predstavlja le del težav, več problemov prinašajo psihične in socialne posledice, strahovi in negotovost pred prihodnostjo ob spremenjeni samopodobi in odnosih z ljudmi.

Izguba življenjskega standarda je bolj izražena pri tisti skupini starostnikov, ki nima niti povprečnega dohodka za zagotavljanje minimalnih življenjskih stroškov, saj nizke pokojnine omogočajo preživetje le ob odvisnosti od preskrbljenih otrok. Stopnja tveganja za revščino je v Sloveniji zelo visoka, k temu prispevajo tudi nizke pokojnine. Zdravstveno stanje je posredno povezano s finančnimi, socialnimi in sistemskimi možnostmi na individualni in družbeni ravni.

Izguba delovnih sposobnosti zaradi posledic bolezni predstavlja vzrok opustitev navad v zvezi z delom in obveznostmi izven družinskega okolja. Življenje v starosti lahko z smiselnimi aktivnostmi pridobiva na novi kakovosti, saj starostniki v življenju cenijo duhovne vrednote. Dokazano je, da ljudje, ki ostanejo

dejavni tudi v polpoklicni fazi, lažje sprejmejo spremembe in se bolj uspešno spoprijemajo s težavami. Tako nekateri starostniki uspešno zapolnijo izgubo delovnih sposobnosti s prilagajanjem vloge, ki so jo imeli prej.

Izguba povezana s smrtjo partnerja ali prijatelja je povezana s hudim stresom in žalostjo ter strahom pred lastnim odhodom, osamljenostjo in oženjem socialne mreže. Žalost ob izgubi dragega človeka je hujša, če so odnosi bili prijateljski, ljubeči in naklonjeni, če je dolgoletna navezanost ob intenzivnosti stikov ponujala zadovoljstvo in srečo. Kakšen bo odziv starostnika na smrt je odvisno tudi od življenjske filozofije, odnosa do umiranja in smrti ter čustvenega odnosa z umrlim. Lahko smrt sprejema kot realno dejstvo, verjame v življenje po smrti ali smrt sprejema kot odrešitev trpljenja in bolečine.

Izguba povezana z zoženjem socialne mreže zaradi smrti, bolezni ali odhoda starostnika v dom pomembno vpliva na življenje v smislu osamljenosti in žalosti. Starostniki za zadovoljevanje potrebe po druženju potrebujejo ljudi, ker ohranjanje odnosov in socialne mreže zagotavljata varnost, v kateri najdejo smisel in oporo. Družinski člani in otroci, kolikor jih imajo, običajno predstavljajo najbolj zanesljiv vir socialne opore. Tudi sosedski odnosi imajo pomembno mesto zlasti pri starostnikih, ki živijo sami. Ključnega pomena so kakovostni medosebni odnosi, manj pomembno pa je število ljudi.

Izguba doma predstavlja zelo stresno izgubo, saj so v njem spomini na leta ustvarjanja, življenja, vesele dogodke in tudi težave. Odhod v domsko oskrbo zaradi bolezni, starosti in osamljenosti, je običajno dokončna odločitev, ki jo morajo sprejeti in se ji prilagoditi. V vsakem primeru starostniki občutijo stres, ki ga morajo zmanjšati in premagati, saj obstaja večje tveganje za psihične težave. Zato naj starostnik pred dokončno odločitvijo za odhod v drugo okolje dobro premisli in razišče možnosti, da bi ostal v svojem domu. *Oskrba na domu pridobiva na pomenu, saj mnogim omogoča življenje v domačem okolju in odloži odhod v dom na poznejši čas.*

Izgube avtonomije, funkcionalnih sposobnosti in kompetentnosti so povezane z mnogimi življenjskimi dejavniki in načinom življenja, ki jih starostnik bolj ali manj uspešno spremeni z načrtovanjem ciljev in aktivnostjo. Starost ni le obdobje izgub, je tudi obdobje drugačnih priložnosti, s katerimi lahko izboljšamo življenje.

9. Oskrba v domu in vloga svojcev

Priprava starostnika na sprejemanje oskrbe se začne v domačem okolju v obdobju, ko je še samostojen in neodvisen od pomoči drugih. Pogovori z domačimi potekajo običajno v smeri, kje bi bili in kdo bi jim pomagal, ko enkrat ne bi mogli skrbeti zase. Zdravstveno ohranjeni starostniki se pravočasno usmerijo

v načrtovanje možnih oblik in načinov pomoči, kar je odvisno od odnosov v okolju, osebnosti, znanja o poteku oslabelosti, razumevanja procesov v starosti, pričakovanj in realnih možnostih.

Odnosi s svojci v domačem okolju predstavljajo pomemben dejavnik zagotavljanja varnosti in opore, kadar se pokaže potreba po podpori, pomoči in oskrbi. Svojci predstavljajo vezni člen med preteklostjo in sedanjostjo, ponujajo emocionalno varnost in kontinuiteto.

Premestitev v dom za starejše (v nadaljevanju dom) predstavlja za starostnika in svojca kljub dobrim odnosom in razumevanju zelo težko odločitev. Spremeni se oblika odnosa, ko iz neodvisnega starostnika, s katerim smo doživeli in izkusili veliko prijetnega, se medsebojno podpirali in pomagali, postane človek odvisen od oskrbe, kar se občuti v življenju svojcev, v prostem času in socialnih stikih. Odločitev za odhod v dom je za starostnika zelo boleča, saj zapušča svoj domač dom in občuti izgubo doma kot zelo travmatično doživetje, sploh kadar postane v popolnosti odvisen od pomoči drugih, tujih oseb.

Raziskave potrjujejo, da je odnos po odhodu v dom v 53 % neproblematičen in v 16 % je odnos ocenjen kot zelo težaven. Odhod v dom spremeni vloge in odnose v družini, saj so svojci zaradi pomanjkanja informacij, nepoznavanja domske oskrbe in nejasnih pričakovanj pogosto nesigurni in v dvomih. Ločitev od svojca, je za starostnika in svojca, zahteven proces, ki potrebuje čas za prilagajanje, traja lahko tudi več mesecev. Svojci so pred odhodom v dom ves dan zapolnili z negovanjem, zato se počutijo same z občutkom »odvzetih dnevnih aktivnosti«. Zaradi dolgotrajnega negovanja starostnika in pomanjkanja časa, so svojci običajno omejili in izgubili socialne stike, ki jih morajo po odhodu starostnika v dom ponovno vzpostaviti. Sami imajo pogosto telesne težave in psihične obremenitve v skrbi za prihodnosti. Zaradi nastalih sprememb morajo oboji ponovno vzpostaviti normalne pogoje za izvajanje življenjskih nalog. Svojci, sedaj obiskovalci doma, ponujajo emocionalno podporo in so povezovalni člen med starostnikom in zaposlenimi.

Zaposleni v domu imajo pomembno funkcijo pri vključevanju starostnika in njegovih svojcev v novo okolje. Oni so odločilni za kakovost in intenzivnost prvega kontakta s svojci, jim sporočajo, kako je pomembna in potrebna njihova prisotnost. Zaposleni predstavljajo za starostnika ključne osebe pri zadovoljevanju potreb in vzpostavljanju odnosa. Svojci imajo pomembno vlogo pri obiskovanju, pri posredovanju biografije, udeležbi pri oskrbi ter pri aktivnostih v sociokulturnem življenju domske skupnosti. Kljub možnostim pa se pogosto ne počutijo kot del domske skupnosti in za zaposlene nimajo posebne vloge. Novejši koncepti dela v domovih starejših enakovredno vključujejo starostnika, svojca in sodelavce v oskrbo, ki temelji na triadnem odnosu med deležniki. Domska oskrba je nadomestilo za domačo oskrbo in zanjo zaposleni prevzamejo vso odgovornost, svojci se imajo za pristojne in odgovorne, zato prihaja do konfliktov z zaposlenimi. Povezanost med svojcem in starostnikom ne more

nadomestiti nobena institucija, kar razumejo tudi zaposleni. Nejasna in nepojasnjena odgovornost med svojcem in zaposlenimi so povod za napetosti in konflikte. Različni pogledi svojcev na negovanje, na razumevanje potreb starostnikov in spremenjene vloge prinašajo nesporazume. Kadar so svojci prepričani, da bolj vedo, kar je za starostnika dobro, pride do nerazumevanja in nezaupanja.

Vključevanje svojcev v domsko okolje je v mnogočem odvisna od zaposlenih, ki svojce podpirajo in razbremenijo skrbi za starostnika. Svojci tako naknadno prejmejo priznanje za svojo oskrbo doma, potrdilo in razumevanje odločitve za namestitve v dom brez slabih pomislekov ter negujejo razumevajoče pogovore o spremembah odnosa med starostnikom in svojcem. Pozitivna spirala vzpostavljanja odnosa s svojcem se začne z odprtim stališčem brez predsodkov, vzpostavljanjem pozitivnega vzdušja, intenziviranjem pogovorov, povečanjem zanimanja za ljudi, medosebnim razumevanjem, povečanjem odprtosti, zaupnim odnosom ter s sodelovanjem. V raziskavi večina svojcev zaupa zaposlenim v domu in verjamejo, da so njihovi svojci kakovostno oskrbovani. Okoli petina (21 %) svojcev ne zaupa in nadzira oskrbo v domu. V domu pogosto slišijo, da svojca v domačem okolju niso dobro negovali, tako da slišijo le grajo, kar povečuje napetosti in negativno vzdušje. Kljub temu so svojci pomembni partnerji v sistemu oskrbe na mnogih področjih, npr. komunikacije, negovanja in pomoči. Pogosto so pri nerazumljivem in nejasnem odnosu starostnika svojci tisti, ki pomagajo prepoznati ozadje in so lahko v pomoč pri negovanju. Svojci poznajo različne oblike izražanja žalosti, jeze pri starostnikih in jih znajo preusmeriti v druge dejavnosti, npr., umivanje rok, odhod na stranišče. Prepoznajo tudi neverbalne znake in simbolni jezik za izražanje posebnih potreb, npr. potrebo po hranjenju.

Svojci, ki so v domačem okolju negovali starostnika, tudi v domu lahko prevzamejo nekatere aktivnosti, npr. vstajanje in sprehod, delno umivanje in higieno. Tako delno nadomestijo zaposlene pri prevažanju z invalidskim vozičkom, spremstvu na preiskave, hranjenju, pomoči pri praznovanjih v domu, partner v pogovorih z novim svojcem, ki je nesiguren ter vodenj skupin.

Vzroki za konflikte v domu izhajajo iz krizne situacije, saj z odhodom starostnika v dom pride do občutkov sramu in krivde, ki ju doživljajo zaradi spremenjene vloge. Z namestitvijo starostnika v dom se razkrije dolgo varovana zasebnost družinskega življenja. Zavračanje občutkov krivde se lahko kaže v obliki agresije, strahu, projekcije in nezaupanja, kar lahko privede do konfliktov. V začetni fazi obstaja za svojce veliko ovir in odklonitev, ki jih morajo analizirati, interpretirati in predelati. Družinski odnosi se projicirajo v domsko okolje, kar zaposlene dodatno obremenjuje.

MODUL 2:BOLEZNI V STAROSTI IN OSKRBA

1. Kronične bolezni

Kronična bolezen označuje dolgotrajen proces, ki poteka znotraj tkiv in se posledično kaže z delno ali popolno prizadetostjo določene funkcije organa. Starost predstavlja življenjsko obdobje, kjer se nakopičene poškodbe tkiv lahko kažejo v sočasnem obstoju več različnih bolezni ali multimorbidnosti. *Definicije multimorbidnosti poudarjajo kombinacijo obstoja telesnih ali psihičnih bolezni pri osebi, dveh ali več kroničnih ali akutno poslabšanih bolezni, ki trajajo najmanj 6 mesecev in sodijo v skupino neozdravljivih bolezni.* V skupini sočasnih bolezni je ena vodilna ali osrednja bolezen, druge so spremljajoče bolezni, težave, znaki in zapleti, ki so povezani z njo.

Večje število starostnikov nad 65 let v populaciji in podaljšanje pričakovane življenjske dobe sta osrednja dejavnika povezana s porastom pojava kroničnih bolezni. Pojav dveh ali več kroničnih bolezni do 65 leta je okoli 25 % pri moških ter okoli 30 % pri ženskah. V skupini med 65 let in 84 let se ta delež močno zviša, tako 55 % moških in 64 % žensk ima dve ali več kroničnih bolezni. Tudi delež tistih z dve ali več kroničnih bolezni se z višanjem let starosti močno zviša, tako se po 85. letu pojav kroničnih bolezni zviša na 74 %. Poleg starosti so socioekonomski dejavniki tisti, ki vplivajo na pojav bolezni in sicer pogosteje obolevajo osebe z nižjimi dohodki in nižjim življenjskim standardom.

Vzrok kroničnih bolezni ni nikoli eden sam, običajno se prepletajo zunanji in notranji vzroki, pogosto so povezane z življenjskim slogom (prehrana, gibanje), zdravju neprijaznimi vedenji (kajenje, uživanje alkohola, droge) in dedno dispozicijo. Kronična bolezen je lahko dolgo prikrita, brez vidnih znakov, nakar se pojavijo določeni znaki, pogosto kot zapleti dolgo trajajoče nezdravljene bolezni. Kronična bolezen običajno traja celo življenje, njen potek je lahko napredujoč s stalnim poslabšanjem zdravstvenega stanja, lahko pa se pojavlja z akutnimi izbruhi znakov ali z relativno stabilnim kroničnim stanjem.

Starostniki z sočasnimi kroničnimi boleznimi so pogosteje deležni zdravstvene obravnave, jemljejo več predpisanih zdravil in so v večjem deležu prikrajšani za kakovost življenja. Raziskave kažejo, da telesne kronične bolezni, bolj kot duševne, vplivajo na kakovost življenja ter pri tem navajajo sladkorno bolezen, srčno žilne bolezni z zapleti, možganska kap z zapleti in drugo.

Postavitve diagnoze pri sočasnih kroničnih boleznih je pri nekaterih starostnikih precej ovirana, kadar se ob akutnem poslabšanju ali kronični bolezni pojavijo novi simptomi. Zdravljenje ene bolezni lahko močno ovira celostno zdravljenje drugih bolezni, npr. zapleti zaradi sočasnega jemanja različnih zdravil. Pogosto je potrebno skrbno preučiti pozitivne učinke terapevtskih ukrepov in morebitnih tveganj za razvoj novih težav in pri tem upoštevati individualne značilnosti starostnika. Pomanjkljiva komunikacija

med posameznimi zdravstvenimi službami predstavlja večji problem, saj se sami starostniki težje znajdejo v zdravstvenem in socialnem sistemu.

Obravnavo kroničnih bolezni obvezno vključuje aktivno vlogo obolelega starostnika v vzpostavljanju in ohranjanju stabilnega stanja ali preprečevanju novih zdravstvenih težav in bolezni. Strokovnjaki so identificirali pri kronično obolelih tri pomembne dejavnike, ki vplivajo na obravnavo in to so: sposobnosti, odgovornost in motivacija.

Posameznikove sposobnosti zajemajo znanje, samozaupanje, fizične, psihične in emocionalne lastnosti, ter dostop do socialnih, zdravstvenih in ekonomskih sistemov.

Odgovornost zajema prilagajanje storitev ustreznih služb in starostnika na porazdelitev odgovornosti pri obravnavi kroničnih bolezni. Motivacijski dejavniki vključujejo prepričanja in pričakovanja obolelih v zvezi z učinkovitostjo obravnave v smislu izboljšanja zdravja in življenja. Omejitve sposobnosti zaradi sočasnega delovanja različnih bolezni vplivajo na samo obravnavo, npr. gibanje pri sladkornem bolniku zaradi pljučne bolezni ali samostojno jemanje zdravil pri osebi z demenco. Starostnikom z nižjim socialno-ekonomskim statusom in prikrajšanim skupinam primanjkuje odgovarjajočih virov za izvajanje aktivnosti ob slabšem prevzemanju odgovornosti pri obravnavi kroničnih bolezni.

Motivacija starostnikov za obravnavo je lahko na nizki ravni, zaradi sočasnega vpliva telesnih in duševnih bolezni, npr. depresije. Dodatni dejavnik, ki je pogosto spregledan, je kompenzacija starostnikovih zmožnosti pri povečani potrebi po negovanju, ki ga prevzamejo neformalni negovalci (družinski negovalci). Kakovost obravnave starostnikov je povezana z značilnostmi različnih bolezni, intenzivnostjo simptomov ter izmenjavo oz. vplivom ene bolezni na drugo, kar predstavlja dodatne razloge, ki skupaj z vedenjem in okoljem starostnika prikrajša za kompleksnost klinične obravnave.

Najbolj pogoste kronične bolezni so *bolezni srca in ožilja*, ki vključujejo motnje prekrvavitve, motnje srčnega ritma, periferno arterijsko bolezen, krčne žile in srčno popuščanje, ki povzročijo 44 % smrti starostnikov. Najpogostejše bolezni srca in ožilja so povišan krvni tlak (arterijska hipertenzija), srčna kap (infarkt) ter druge bolezni srca in ožilja. Najpogostejši vzrok bolezni srca in ožilja je ateroskleroza ožilja, ki ovira dotok krvi in hranil v organe. Drugi rizični dejavniki srčno žilnih bolezni so visok krvni pritisk, povišana telesna teža, zvišane vrednosti maščob in sladkorja v serumu. Visoke vrednosti krvnega tlaka ima 70 % oseb nad 65 let. Bolezen ostaja dolgo neodkrita, ker ne boli, zato večina starostnikov pride prepozno v obravnavo, ko so zapleti in posledice že prisotne. Znaki visokega krvnega pritiska ostanejo dolgo prikriti in jih opazimo ob drugih težavah kot so slabost, bruhanje, glavobol, omotica, motnje vida, krvavitev iz nosu, nemir, motnje spanja, rdečina (zariplost) kože na licih in glavi, napadi potenja, brezvoljnost, pomanjkanje koncentracije ali spominske motnje, bolečina v predelu srca ali za prsnico in drugo.

Zdravljenje predpiše zdravnik na osnovi ugotovljenega stanja, posledic ter zdravstvenega tveganja za srčno ali možgansko kap. Zdravila je potrebno redno jemati in upoštevati ciljno vrednost znižanega tlaka. Potrebno je spoštovati prehranske nasvete z nižanjem dnevnega vnosa soli in maščob. V prehrano vključujemo več sadja in zelenjave z dnevnim vnosom tekočine. Potrebno je opustiti uživanje alkohola in kajenje ter zmanjšati telesno težo na optimalno raven. Aktivni življenjski slog in prehrana vplivajo na uravnavanje krvnega tlaka. Potrebno je upoštevati sočasno delovanje več dejavnikov tveganja, saj sočasno delovanje in medsebojno součinkovanje in prispeva k neučinkovitosti zdravljenja.

Starostniki pogosto zbolijo za *kostno mišičnimi boleznimi*, ki prispevajo k slabši kakovosti življenja starostnikov, funkcionalni odvisnosti pri izvajanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti in prisotnosti bolečin. Najpogostejše bolezni so osteoporoza, artroze in starostne spremembe kosti in mišic. Osteoporoza je pogosta pri ženskah po 60 letu starosti. Vpliva na poškodbe, padce in zlome pri starostnikih, kar jih omejuje pri gibanju in izvajanju aktivnosti samooskrbe. Zgodnja diagnoza in obravnava nekaterih dejavnikov tveganja, kamor sodi življenjski slog, hormonske spremembe in genetska dispozicija, prispevajo k zmanjšanju zdravstvenih težav in posledic. Zadostni dnevni vnos kalcija in vitamina D ob izpostavljenosti dnevni svetlobi ter individualno prilagojen program telesno gibalnih vaj za zvišanje mišične moči in stabilnosti, preprečuje napredovanja bolezni ter morebitne zaplete zaradi slabše gibljivosti in negibnosti.

Starostnike ogrožajo *rakave bolezni*, ki prizadenejo oba spola in skoraj vsak telesni organ ali tkivo, pogosteje v starosti nad 60. letom. V našem telesu se odvijajo normalni procesi delitve, prenehanja delitev in odmiranja celic, ko te opravijo določeno funkcijo (normalna regulacija delitev celic). Značilnost rakavih celic je nenadzorovana rast, zato se lahko vraščajo v normalno tkivo in/ali tvorijo zasevke (metastaze) v oddaljene organe. Rakava bolezen (maligna) se razvija na različnih tkivih in organih našega telesa in poznamo več kot 200 različnih vrst raka. Biološke značilnosti tumorja kažejo, da z delitvijo maligne celice nastane nova maligna celica, oblikuje klon tumorskih celic, ki dobiva hrano iz bližnjih žil. Rast je počasna, traja tudi več let, ker tumor nima lastnega ožilja. Tumorji izločajo snovi, ki spodbujajo rast novega ožilja v bližini, kar je pomembno za nadaljnji razvoj tumorja. V teh pogojih se celice hitro delijo in zgodaj odkriti tumorji so veliki 1 cm^3 ali težki komaj en gram, kar pomeni okoli 30 delitev.

Ženske pogosteje zbole vajo za rakom dojk, moški pa za rakom prostate in pljuč, sledijo rak debelega črevesa in drugi. Vzrokov je več in se med seboj prepletajo, nimamo enega samega dejavnika, čeprav nekateri izstopajo npr. kajenje cigaret, ki zviša tveganje za raka med 25 – 30 %. Neuravnotežena prehrana z večjim vnosom živalskih maščob in omejenim uživanjem sadja in zelenjave ima vpliv na pojav rakavih bolezni. Med preostalimi rizičnimi dejavniki so kronične infekcije (*helicobacter*), uživanje

alkohola, obremenitve na delovnem mestu, izpostavljenost ultravijoličnim žarkom, prašnim delcem, kemičnim snovem in drugo.

Zgodnja diagnostična obravnava, hitrejše zdravljenje in boljša individualna prognoza obetajo daljše preživetje in višjo kakovost življenja. Danes presejalni programi za nekatere vrste raka kažejo pozitivne učinke. Preventivni dejavniki slonijo na odpravljanju zunanjih rizičnih dejavnikov kot so kajenje, uživanje alkohola, izpostavljenost kemičnim snovem in sončenju, nezdrava prehrana in pasiven življenjski slog.

2. Geriatrični sindromi

Geriatrični sindromi predstavljajo kombinacije različnih simptomov ali bolezenskih znakov v starosti, ki so značilni in skupni pri določenem sindromu, ki ima svoje vzroke ali pa so ti nepojasneni. Nekateri sindromi se pojavljajo pogosteje in potrebujejo zdravstveno obravnavo.

Krhkost starostnikov je s starostjo povezan upad funkcij organov in sistemov pod mejo, ki je povezana z zmanjšanjem funkcionalnih zmogljivosti posameznika. S tem se poveča ranljivost starostnikov in dovzetnost za nastanek neugodnih zdravstvenih težav in izidov. Starostna krhkost vključuje več različnih področij in jih ne moremo v celoti ločevati - tako socialno, duševno in telesno. Telesna krhkost je vidna kot izguba mišične mase, kot posledica fizioloških starostnih procesov, kar vodi do sarkopenije (mišična oslabeleost), ki skupaj z osteoporozo zmanjšuje telesno maso. Krhkost poveča tveganje za padce, obolevnost ter hospitalno obravnavo. Znaki krhkosti so tudi gibalna neaktivnost, inkontinenca, izguba telesne teže, ki ne vpliva na bolezen in drugo. Zmanjšanje mišičnih sposobnosti z izgubo mišične mase je posledica nižje ravni anaboličnih (izgradnje) in zvišanje kataboličnih (razgradnje) hormonov. Krhkost vpliva tudi na duševnost, običajno so vidni znaki socialne izolacije, umika, opustitve odnosov s prijatelji in osamljenost. Sindrom krhkosti vpliva na izgubo samostojnosti, ki jo z ustreznimi merilnimi orodji zajamemo kot telesne aktivnosti, kognitivne sposobnosti, inkontinenco, izgubo telesne teže in drugo.

Pojavnost krhkosti je višja v južni Evropi, pogostejša je pri ženskah, njena pojavnost je okoli 4,1 % do 64. leta starosti, po 65. letu pa se njena pojavnost zviša do 17 %. Tveganje za krhkost je okoli 37,4 % do 64. leta starosti in 42,3 % po 65 letu starosti. Preventiva krhkosti zaobjema aktivnosti za ohranjanje telesnega, duševnega, socialnega funkcioniranja in drugih sposobnosti ter povrnitev funkcioniranja na raven pred-krhkosti s povečanjem zdravih in kakovostnih let življenja. Z drugimi besedami preventivno delovanje vključuje področje prehranske ogroženosti, slabših gibalnih sposobnosti, vzdrževanje kognitivnega funkcioniranja in socialne vključenosti.

Drug pogost sindrom vključuje nezmožnost nadzora nad *izločanjem urina in blata ali inkontinenca*. Inkontinenca predstavlja za starostnika velik zdravstveni in socialni problem, zlasti pri tistih, ki nimajo možnosti niti sposobnosti samostojnega obvladovanja težav. Pri starostnikih po 65. letu je prisoten v okoli 9 % deležu, po 75. letu v 18 % deležu, pozneje je ta delež med 30 in 80 %. Vzroki inkontinence so v senzoričnem, mišičnem in nevrogenem področju, najpogosteje je povečana potreba po izločanju urina povezana z nenadzorovanim izločanjem. Urinska inkontinenca je vzrok za možne zaplete kot so padci, infekcije, izolacija in depresija. Pri starejših poznamo tudi prehodne oblike inkontinence povzročene z omejenostjo gibanja, zmedenostjo, stranskimi učinki zdravil ali infekcijami. Starostniki z inkontinenco poskušajo omiliti uhajanje urina/blata z omejitvijo vnosa tekočin, kar poveča nevarnost za infekcije, zmedenost, dehidracijo, socialno izolacijo in druge zaplete. V teh primerih se poveča verjetnost za hospitalno obravnavo ali namestitev v dom. V institucionalni obravnavi je oseb z inkontinenco več, kar zviša tveganje za nastanek razjed zaradi pritiska. Oskrba starostnikov z inkontinenco ponuja možnost individualnega pristopa k problemu od načrta vnosa tekočin do izdelave dnevnega profila izločanja, rednega urjenja za ohranjanje gibalnih sposobnost ter samostojnega izvajanja izločanja ob pravilno izbrani uporabi pripomočkov za inkontinenca. Stigmatizacija ljudi z inkontinenca ovira aktivnosti za vzdrževanje kontinence, enako dostopnost do storitev in pripomočkov.

Višja starost je povezana tudi z *pomanjkljivo prehrano*, z manjšim vnosom in/ali slabšim izkoristkom beljakovin, ogljikovih hidratov, maščob, vitaminov in mineralov in nižjem vnosu balastnih snovi. Motnje prehranjenosti v starosti kažejo značilne znake izgube mišične mase, slabše gibljivosti, pogostejšimi okužbami, slabšem celjenju ran in drugo. S pomanjkanjem kalcija in vitamina D se poslabša osteoporoza, s čimer se zviša tveganje za zlome. Pomanjkanje tekočine pelje v dehidracijo in elektrolitsko neravnovesje ter višje tveganje za padce in stanja zmedenosti. Višje pomanjkanje cinka vpliva na slabše celjenje ran in razjed.

Slaba prehranjenost prestavlja večji problem v starosti, saj povečano zmanjšanje puste mišične mase zmanjša mišično funkcijo, moč in zmogljivost. S tem je povezano povečano tveganje za izgubo telesnih funkcionalnih sposobnosti, padce, razjedo zaradi pritiska, infekcije in umrljivost. Pojavnost omenjenih težav je enako prisotna med obema spoloma in sicer 20 % pri 70. letih in 50 % pri 75. letih. Prehranski problemi nastopijo v obliki zmanjšanja energijskih potreb, zmanjšanja telesnih funkcij, znižanja mišične mase z zmanjšanjem presnove in telesne nedejavnosti. Slabša koordinacija roka - usta ob slabšanju motoričnih spretnosti povzroča težave pri pripravi hrane in hranjenju. Zaradi organskih sprememb v starosti se slabša čutilna funkcija vonja in okusa z zmanjšanjem apetita. Starostne spremembe centra za regulacijo žeje pripeljejo do zgube občutka za žejo. Okvare vida in sluha vplivajo na nabavo, pripravo in uživanje hrane. Staranjem prebavnih organov pripelje do sprememb žvečenja zaradi pomanjkljivega

zobovja, motenj izločanja slin z motnjami požiranja, zmanjšane izločanje želodčne kisline, upočasnjene prebave in manjšega izločanja prebavnih sokov, kar vpliva na vsrkanje hranil in na presnovo. Kot učinkoviti ukrepi so ustrezna prehrana in telesna aktivnost, ki zmanjšujeta razgradnjo mišične mase in zaradi tega določene funkcionalne omejitve.

Zdrava prehrana vključuje *vnos zadostne količine tekočine*, ker ima lahko dehidracija za starostnika usodne posledice. Dehidracija ali izsušitev pomeni pomanjkanje tekočine v telesu. O dehidraciji govorimo, kadar je količina vode, ki jo telo izgubi, večja od vnese. Organizem hitro izgublja tekočino kadar je vroče, ob telesni obremenitvi, povišani telesni temperaturi, bruhanju, driski in nekaterih drugih bolezenskih stanjih. Oseba, ki trpi za dehidracijo je nemirna, ima trpeč videz, usta ima odprta, premika čeljust, oči velike in brez leska. Ponujeno tekočino zaužije v dolgih požirkih.

Znaki izsušitve (dehidracije) se kažejo glede na delež pomanjkanja vode v telesu. Tako se blaga dehidracija kaže kot občutek žeje in zmanjšanje količine izločenega urina, ki je posledično bolj zgoščen (koncentriran) in temen. Starostnik je bolj razdražljiv, nemiren, ima glavobol, suha usta in jezik. Značilna je vrtoglavica, ki je močnejša predvsem pri naglem vstajanju. Pri srednji do hudi dehidraciji se zmanjša ali prekine izločanje urina, pojavijo se mišični krči, poveča se frekvenca bitja srca in dihanja. Zviša pa se lahko telesna temperatura. V tem stanju ima starostnik udrte oči, zmanjšano napetost kože, obložen jezik in suho sluznico ust (koža izgubi prožnost in daje videz utrujenosti). Pri zelo hudi dehidraciji se lahko pojavi zmedenost (delirij), izguba zavesti, s čimer je ogroženo tudi življenje. Pri znakih hude dehidracije je v domačem okolju nujna zdravniška pomoč in klic na telefonsko številko 112.

Blago dehidracijo poskušamo odpraviti z *nadomeščanjem vode, s pitjem tekočin ter preprečitev nadaljnega izgubljanja tekočine v telesu*. Kadar se pojavi hujša oblika, je poleg vnosa vode potrebna tudi hitra rehidracija (vnos tekočine, dovajanje) z raztopino, ki jo predpiše zdravnik. Bolnišnično zdravljenje vključuje zahtevnejše oblike nadomeščanja tekočine in elektrolitov (minerali v serumu) glede na izvide krvnih preiskav v obliki intravenske infuzije (dovajanje tekočine skozi žilo). Uspešnost nadomeščanja tekočine in mineralov spremljamo s količino izločenega urina, ki se ob pravilnem vnosu tekočine poveča. Vedno je potrebno poiskati vzroke za dehidracijo ter jih pravočasno odpraviti, npr. z zdravljenjem za nižanje zvišane telesne temperature, prenehanje bruhanja ali driske. Tekočina v telesu, poleg drugih dejavnikov, pomembno vpliva na resorpcijo in izločanje zdravil iz telesa, saj ob njenem pomanjkanju prej pride do kopičenja zdravil v krvi in njihovih neželenih učinkov z nevarnostjo zastrupitve. Starostniki z demenco pomenijo večje tveganje za dehidracijo in slabšo prehranjenost.

Pred telesnim naporom in v poletnih mesecih, velja posebna pozornost starejšim zaradi hitrega izgubljanja tekočine ter povečane potrebe po zadostnem vnosu, saj je pri njih tveganje za dehidracijo bistveno višje.

Padci so pri starejših zelo pogosti in imajo hujše posledice, ki vplivajo na zdravje in življenje posameznika. Vzroki so: bolezni, nizek krvni tlak, funkcionalne omejitve gibalnega aparata, spremembe vida in sluha, stranski učinki zdravil, različne oblike invalidnosti in dejavniki okolja. Padci privedejo do omejitev gibanja, posledično izgube samostojnosti in povečane umrljivosti. Padci so pogostejši pri ženskah, ena desetina vprašanih starostnikov nad 65 let je padla več kot enkrat na leto. Tveganje za padce je višje pri starostnikih s telesno oslabelostjo (krhkosti), pri telesno neaktivnih, tistih z resnimi zdravstvenimi problemi in motnjami čutil. Starostniki padejo v domovih starejših pogosteje kot v domačem okolju, med skupinama obstajata razlike v starosti in funkcioniranju.

Zaprtje predstavlja nezmožnost rednega odvajanja blata, odvajanje zelo trdega blata v nekaj dnevih presledkih. Starostniki tožijo z napihnjenostjo, trdim in bolečim trebuhom, slabostjo, vrtoglavico in drugim. Odvajanje blata je lahko zelo boleče, možne so drobne krvavitve ali razpoke zadnjika. Večdnevno zaprtje lahko pripelje do zapore črevesja, ki nastane, kadar je vsebini črevesja delno ali popolnoma zaprt prehod zaradi mehanske ali druge ovire (paraliza živca) v tankem ali debelem črevesju. Glede na vzrok razlikujemo mehansko ali funkcionalno zaprtje (ileus), ki preprečuje transport prebavljene hrane skozi črevo. Znaki so slabost, krči in hude bolečine v trebuhu, napihnjenost trebuha, zaprtje blata in plinov. Starostnik z akutnim zaprtjem črevesja sodi v nujno medicinsko obravnavo in bolnišnično zdravljenje. Vzroki so zelo različni in sicer mehanski kot so tujki v notranjosti črevesja, nakopičene trde gmote blata v črevesju, pritisk od zunaj (tumor), vkleščenost črevesja, zadebeljenost sluznice in drugo. Starostniki imajo visoko tveganje za zaprtje, zato je potrebno redno kontrolirati odvajanje blata. Višja ogroženost za akutno zaprtje je pri starostnikih z demenco.

3. Demenca

Staranje populacije in daljšanje življenjske dobe zvišujeta tveganje za pojav demence, čeprav starost ni sama po sebi vzrok za demenco. Demenca je kronični degenerativni bolezenski proces, ki poteka v možganih in se kaže z izgubo kognitivnih, emocionalnih in socialnih sposobnosti z motnjami kratkoročnega spomina in mišljenja, govora in sporazumevanja, motorike in pogosto osebnosti. Z napredovanjem procesa starostnik vse težje obvladuje svoje okolje in skrbi za svoje vsakodnevne življenjske aktivnosti, vendar nima motenj zavesti. Najpogostejši vzrok demence je Alzheimerjeva bolezen ter druge bolezni, ki prizadenejo možgansko tkivo in ožilje.

Diagnoza se postavi na osnovi natančnih informacij, kliničnega pregleda, psihološkega testiranja, drugih diagnostičnih preiskav kot so: preiskava ravni določenih beljakovin v likvorju (tekočina, ki obdaja možgane in del hrbtenjače), pozitronska emisijska tomografija (PET), magnetna resonančna tomografija MRT) in računalniška tomografija (CT).

Demenca se kaže tudi s spremembami v možganski skorji z motnjami nevrottransmitterskega sistema, kjer se izločajo biokemični prenašalci informacij, npr. acetilholin, noradrenalin, serotonin in dopamin. Acetilholin je povezan s sposobnostmi pomnjenja in učenja in je odgovoren za kognitivne funkcije pri Alzheimerjevi bolezni kjer se njegova raven zniža za 35 – 75 %. Druge spremembe se kažejo na celični ravni z značilnimi spremembami v možganih.

Pogosto se prve motnje kažejo na področju čustvovanja (emocionalne motnje) v smislu pretirane žalosti, prestrašenosti, otožnosti in redkokdaj veselega razpoloženja. Ugotovljeno je, da v začetku bolezni okoli 60 – 80 % obolelih za demenco kaže znake depresije ali blage kognitivne motnje. Zelo zgodaj se kažejo tudi motnje spomina zlasti za sveže dogodke in podatke (kratkoradni spomin), kasneje pa tudi za podatke starejšega datuma (dolgoročni spomin). Komunikacijske sposobnosti in govor lahko dajeta videz urejenosti. Starostnik z demenco v začetku dokaj dobro opravlja rutinske aktivnosti, v situacijah z novimi načini reševanja problemov pa potrebuje pomoč drugih. Socialne kompetence ostanejo dokaj dobro ohranjene.

Kasneje so vse prejšnje težave bolj izražene in ovirajo vsakodnevne aktivnosti kot so priprava obrokov, osebna higiena in oblačenje. Razviti simptomi demence s kognitivnim disfunkcijami, zlasti na področju spomina v srednjem in poznem stadiju pomembno vplivajo na samostojnost pri vsakodnevem izvajanju življenjskih aktivnosti. Dnevno načrtovanje aktivnosti, spoprijemanje z vsakodnevnimi težavami in reševanje tekočih zadev postaja vse bolj neučinkovito. Pojav pridruženih vedenjskih in čustvenih motenj pri obolelih z demenco dodatno otežuje neodvisno življenje. Oboleli se težje orientira v znanem okolju, k temu se pridruži nezmožnost kritične presoje, logičnega razmišljanja in načrtovanja. Tako oboleli postaja vse bolj odvisen pri vodenju gospodinjstva, finančnih in pravnih zadevah. Oboleli potrebujejo vodenje, spremljanje, ter pomoč svojcev.

Izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti je povezano z informacijami, ki so shranjene v okviru proceduralnega in deklarativnega spomina ter aktivne vloge delovnega spomina, saj slednji upravlja z informacijami za izvajanje trenutne aktivnosti. Obstaja neposredna povezanost med učenjem in spominskimi funkcijami, ki je na enostavnem modelu sestavljena iz štirih faz: pozornosti, ponavljanja, organizacije in konsolidacije. Slednja predstavlja reorganizacijo že shranjenih informacij in poteka do trajne shrambe. Intenzivna podpora posamezniku pri priklicu informacij, dokazano vpliva na izboljšanje funkcije reorganizacije, kar podaljša samostojnost pri izvajanju dnevnih aktivnosti in funkcioniranja.

Princip organizacije informacij pri dolgoročnem spominu poteka na podlagi pomena, zato pri socioterapevtskih intervencijah podpiramo obnavljanje in oblikovanje asociacij preko govornih napotkov, slikovnih ali predmetnih materialov.

V stadiju, ki ga zaznamujejo hude motnje spomina in drugih funkcij, se oboleli ne spominjajo niti svojih osebnih podatkov. Govor je omejen na nekaj besed, niso sposobni branja in pisanja. Gibalne sposobnosti ugašajo in oboleli vse težje hodi. V tem stadiju oboleli nimajo pobude v stikih z drugimi, na dražljaje iz okolja se odzivajo na ravni posamičnih občutkov. Nenazadnje se pojavi tudi inkontinenca za urin in/ali blato, kar je posledica možganskih okvar, ki vplivajo na nadzorovanje mišic medeničnega dna.

Degenerativni procesi niso vedno v premočrtni korelaciji s kliničnimi znaki, tako nekateri oboleli posamezniki dalj časa kompenzirajo možganske poškodbe, kar govori v prid teoriji kognitivne rezerve, v smislu aktivne strukturne in pasivne funkcionalne pred-bolezenske rezerve. Prav ta teoretska podlaga odpira možnosti za razvoj drugačnih terapevtskih metod dela kot je kognitivni trening in z njim povezane aktivnosti. Opazna izboljšanja na področju funkcioniranja obolelih ugotavljajo v raziskavah pri starostnikih v srednjem stadiju demence, kjer so v proces zdravljenja vključili dopolnilne metode obravnave.

Z napredovanjem procesa demence se lahko pojavijo zapleti kot so depresivno razpoloženje, nespečnost, povečana gibalna aktivnost, samomorilnost, psihotični znaki, blodnjavost, delirij idr.

Pomoč obolelemu doma naj bo v začetku omejena na podporo in priklic informacij z vztrajnim ponavljanjem za samostojno izvajanje aktivnosti za zadovoljevanje življenjskih potreb in funkcioniranje v socialnem okolju. Vsakodnevni intenzivni stiki z ljudmi in naloge v domačem okolju dajejo obolelem občutek koristnosti ter ohranjanje sposobnosti za samostojno življenje. Postavitev diagnoze pomeni spremembo v življenju starostnika in njegovih svojcev, ki potrebujejo pomoč in podporo ob hudem čustvenem stresu. Zdravnik pojasni starostniku in svojcem možnosti zdravljenja in obravnave v domačem okolju. Sodelovanje pri zdravljenju je pomemben dejavnik uspešne obravnave, ki najtežje znake bolezni prelaga na kasnejši čas.

Zdravnik predpiše recepte za zdravila in potrebne pripomočke, predlaga morebitni dodatek za pomoč in postrežbo, v primeru potrebe po odvzemu opravilne sposobnosti predlaga postavitev skrbnika. Zdravila je potrebo redno jemati po navodilu zdravnika. Zdravnik svetuje kontrole biokemičnih krvnih preiskav, slikovnih preiskav ter opazovanje morebitnih zapletov. Običajno diagnoza Alzheimerjeve bolezni, ki je v 70 % povzročitelj demence, izzove pri svojcih hudo stisko. Popolne ozdravitve ni saj zdravila za demenco upočasnijo proces in tako omogočajo daljše življenje doma.

Kakovost življenja oseb z demenco obravnava več različnih dimenzij kot npr. avtonomijo, ki zajema možnost samostojnega odločanja, dokler je to realno mogoče ter kasneje varovanje in vzpodbujanje avtonomije oseb z demenco s strani negovalcev. Soodgovornost in empatija skrbnikov posegata v avtonomijo in življenjsko odvisnost pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti. Osebe z demenco v tem kontekstu kažejo ranljivost in izražajo potrebe po sprejemanju in pripadanju nekom. Pogovori o realnih željah in potrebah so pogosto otežkočeni in zahtevajo posebno dovtetnost iz strani zaposlenih pri kompenzaciji izgub komunikacijskih sposobnosti. Sposobnost empatije omogoča zaposlenim v oskrbi, da začutijo potrebe obolelih in na njih pravilno odreagirajo. Kontakt z drugimi je povezan s potrebo po socialnih stikih z namenom zmanjševanja osamljenosti in strahu. Pri tem je zelo pomembno, da imajo osebe z demenco možnost srečanja z mlajšimi ljudmi z namenom izmenjave informacij, razmišljanj, želj, potreb ter prenosa znanj in izkušenj. V to kategorijo sodi tudi samoaktualizacija in udejanjanje vrednot, ki so tudi pri starostnikih z demenco možne. Osebe z demenco lahko kažejo dvočlen odnos do socialnega kontakta, ki se kaže s potrebo po samoti in hkrati po bližini druge osebe. Včasih so kontakti z drugimi otežkočeni, ker se starostnik z demenco v določenih fazah bolezni ne more izražati. Pri delu z njimi je posebnega pomena poznavanje njihove biografije z namenom ohranjanja kakovosti življenja. Prilagojena komunikacija z obolelimi naj spodbuja aktivnost in dejavno vlogo ter ohranja dostojanstvo in individualnost osebnosti kot pomembna pri zadovoljstvu z življenjem.

4. Sporazumevanje s starostnikom z demenco

Komunikacija s starostniki z demenco je zaradi prizadetosti različnih sistemov in organov, ki so odgovorni za razumevanje in sporočanje, vse bolj omejena in otežkočena. Kaotični notranji svet starostnikov z demenco je zdravim težko razumljiv. Zato morajo strokovnjaki in laiki, ki so v stalnih stikih z posamezniki obvladati druge uspešne komunikacije.

Osnovni pogoji za uspešno komunikacijo so razumevanje starostnikov z demenco, naklonjenost in pozitiven pristop, ki se posledično kaže v zadovoljstvu in kakovosti njihovega življenja. Vstop v notranji svet posameznikov z demenco je mogoč le, če znamo prepoznavati potrebe, ki jih izražajo z vedenjem in neverbalno govorico. Starostniki pozabljajo sedanost, izgubljajo preteklost in so prikrajšani za prihodnost, kar so lahko razlogi za lažje razumevanje njihovega vedenja. Terapevtsko delo temelji na krajših ali daljših stikih z upoštevanjem in spoštovanjem osebnosti, iskanju pozitivnih resursov ter prepoznavanju alternativnih načinov dela za kompenzacijo izgubljenih sposobnosti.

Uporaba metode validacije omogoča uspešno komunikacijo med obolelim, svojci in zaposlenimi. Sama beseda »validirati« pomeni »upoštevati« in »sprejeti za veljavno« to, kar oboleli izraža na različne

načine, ki jih ima na voljo. Pri tem ga ne vračamo v doživetje realnosti, ampak ga s spoštovanjem spremljamo v njegovem svetu. Tako se starostnik v mislih »vrača domov, na dom staršev« in o tem pripoveduje, mi pa pri tem omogočamo nadaljevanje začete zgodbe z K – vprašalnicam ter sprašujemo kje ste bili doma, kdo zdaj živi, kdaj ste vi živeli, kako ste se počutili, koliko je oddaljen kraj od... itd.

Cilji validacije so:

- ponovna vzpostavitev občutka lastne vrednosti;
- zmanjševanje strahu pred negotovostjo;
- pojasnjevanje dogodkov in situacij iz preteklosti z možnostjo opravičila;
- reševanje morebitnih nerešenih konfliktov;
- izboljšanje besedne in nebesedne komunikacije;
- zmanjšanje in omejitev uporabe zdravil in drugih prisilnih metod;
- ohranjanje socialnih stikov in telesno gibalnih aktivnosti.

Tehnike validacije so se pokazale kot zelo uspešne pri obolelih in omogočajo daljše aktivno življenje z zadovoljevanjem temeljnih življenjskih potreb, tako:

- spoštljivo razumevanje z vprašanji z začetnimi K-vprašalnicami;
- skupno iščemo možne rešitve, kako ste si pomagali, kaj vam pomeni itd.;
- nadaljujemo zgodbo, ki jo je začel, jo poskušamo pripeljati do konca,
- osredotočimo se na osebo in njegovo doživljanje;
- ponovimo iste besede, uporabimo njegove besede;
- nagovarjamo čutila, npr. kdaj je bilo najslabše, kdaj ni bilo tega, kako ste čutili itd.;
- upoštevamo osebne potrebe, pozdrav, se na rahlo dotikamo;
- poiščemo zvezo med besedo, potrebo in vedenjem npr. išče ključ od hiše, želi vozovnico;
- uporabljamo glasbo in petje;
- prilagajamo višino glasu;
- iščemo očesni stik na isti višini;
- uporabimo druga sredstva za spodbujanje čutil, npr. arome sivke.

Komunikacija s starostnikom z demenco se odvija na verbalni in neverbalni ravni, ki ju v praksi težko ločimo, saj se pri govoru vedno dodajajo neverbalni znaki, ki v različnih fazah bolezni pridobivajo na pomenu. S posebnimi oblikami komuniciranja vzpostavimo temeljni človeški odnos, ki omogoča nadaljnje sodelovanje. Omenjene bodo komunikacijske tehnike, ki jih pri delu s starostnikom z demenco vsakodnevno uporabljamo.

Osredotočenje je tehnika s katero se zaposleni osredotoči na dihanje in tako sprošča odvečna jeza in frustracije, zaposleni postanejo dovzetni za občutke oseb s katerimi stopajo v kontakt. Poslušanje in

občutenje druge osebe je zahteven, proces pri katerem je potrebna sproščenost in pozitivna naravnost. Uporaba nevrednostnih besed je za vzpostavljanje zaupanja dober način soočanja starostnika z njegovimi težavami. Zato pri učinkoviti komunikaciji ne sprašujemo zakaj, temveč *kako, kdaj, koliko in kdo*. V pogovoru uporabimo pozitivno spominjanje na osebe, čas, ljudi in dogodke iz preteklosti.

Ponavljjanje ključnih besed je potrebno zato ker osebe z demenco slišijo svoje besede od koga drugega, kar v njih vzbuja upanje. Zaposleni v oskrbi ponovijo smisel sporočila z uporabo ključnih besed. Pri tem se pozornost usmeri na tonu glasu, hitrosti in govor. Kadar starostniki izražajo problem, se našteva pozitivne lastnosti ljudi, stvari in dogodkov, saj prepir o pravilnosti naših trditev utrjuje pomanjkljivosti in slabosti starostnika z demenco. S komunikacijo pa krepimo občutke varnosti.

Postavljanje skrajnosti (ekstremov) omogoča starostniku z demenco, da razmišlja o težavah in slabostih. Ko starostnik razmišlja o nečem težkem, začuti olajšanje, npr. ko se pritoži zaradi neužitne hrane, zaposleni vpraša: *Ali je to najbolj neužitni piščanec, ki ste ga kdaj jedli?* Zaposleni vedo, da ima gospa težave s protezo in da mora nekako izraziti svojo jezo, saj tako zmanjša napetost.

Predstavljanje nasprotja od izraženega omogoča, da se spominjajo nekoč uspešnih rešitev in razmišljajo o tem, kako si pomagati. Primer: Gospa toži o nočnem prihodu moškega. Zaposleni vpraša: *Ali so noči, ko ta ne pride? Ona pripoveduje, zaposleni ponavlja ključne besede, išče rešitve (moževa slika, njegova glasba, bližina) ter tako zmanjšuje prestrašenost in s spominjanjem na pretekle izkušnje išče rešitve.*

Spominjanje prispeva, da starostnik prek preteklih izkušenj vidi možno rešitev problema na že preizkušen način, ter tako zmanjša stres. Z uporabo besed »vedno« in »nikoli« se vzbudi razmišljanje in spominjanje. Primer: *Ali je vedno bilo tako, da ste slabo spali? Tudi, ko je bil mož še živ?* Tako zaposleni priključijo spomine, ki jih je starostnik pozabil in se izkaže, kaj je komu v prejšnjih situacijah pomagalo in na kakšen način bi sedaj lahko rešil problem. Iskren in pristen očesni stik z starostniki z demenco ponuja občutek varnosti, naklonjenosti in ljubezni. Tudi starostniki, ki slabše vidijo čutijo usmerjen pogled. Tako starostnike, ki ves čas zmedeno brezciljno hodijo in iščejo »delček« staršev, ki za njih skrbijo« s pogledom pomirimo, jim ponudimo občutek varnosti in pripadnosti, z zmanjšanjem strahu in negotovosti.

Uporaba večpomenskih besed z umeščanjem nedoločenih zaimkov v rešitve. Starostniki z demenco včasih uporabljajo besede, ki drugim ničesar ne pomenijo. Sporazumevajo se na različne načine brez besed, kar ovira razumevanje. Kadar zaposleni dopušča večpomenskost, lahko s starostniki komunicira, tudi kadar se sporočilo ne razume.

Razločno, nežno in prijetno govorjenje pomaga k umirjanju, spominjanju na drago osebo iz preteklosti in zmanjšanju strahu. Nestrpen in neprijazen glas in govorjenje vpliva na starostnike z demenco, da se jezijo, kričijo ali zaprejo vase. Primer: *O gospod, zelo pogrešate vašo ženo! Mislili ste, da je gospa vaša žena? Ali ji je podobna, zaposleni sprašuje tišje, čuteče in obzirno. Mož se razjoče, zaposleni ga prime pod roko in ga pelje v sobo, gospod se zahvali.* Skupaj nadaljujeta pogovor o ljubezni do žene in tiho zapojeta njeno pesem. Mož je nato zaspal brez zdravil, zgolj, ker je imel možnost izraziti ljubezen do svoje žene.

Zrcaljenje je način izražanja občutkov brez zadržkov z vzpostavljanjem odnosa. Opazovanje telesnih znakov in načina gibanja, pomeni natančno spremljanje: oči, mišic obraza, spodnje ustnice, dihanja, barve kože, rok, trebuha, sedenja in telesne drža. Primer: Brezciljno hojo sem ter tja oponašata tudi zaposlena, ob sunkovitem starostnikovem dihanju, zaposleni enako diha. Z zrcaljenjem vzpostavimo zaupanje, vstopimo v starostnikov svet in vzpostavimo odnos brez besed. Ta tehnika ni primerna za vsakogar, temveč le za tiste, ki želijo vstopiti v svet starostnikov z demenco, zlasti v stadiju ponavljajočih gibov. Primer: Gospa stara 86 let, tajnica po poklicu, hodi in išče zaposlitev, ker samo prek dela dobi občutek učinkovitosti. Z »notranjim očesom« še vedno vidi svoj pisalni stroj in hitro giblje prste po tipkovnici z željo, da dokonča delo za direktorja. Zaposleni ponavlja gibe, gospa je to opazila, in srečata se z očmi, nato izvajata skupno gibanje. Vedenje starostnikov z demenco je potrebno povezovati z neizpoljenimi osnovnimi človeškimi potrebami. Večina ljudi ima potrebo po pozornosti, spoštovanju, pripadnosti, delu ter željo, da z nekom delijo svoja globlja čustva. Primer: Starostnik zлага servieto, natančno na robove. Nekdo mu jo vzame, zato starostnik začne klicati na pomoč. Zaposleni mu vrne servieto, nato jo skupaj ponovno zlagata in ravnata robove. Vprašanje zaposlenega: Občutite prek tega sigurnost in toplino? Starostnik se nasmeji, boža servieto in stoka: mama, mama, imam te rada. Zlaganje je povezano s človeško potrebo po ljubezni.

Prepoznavanje in *uporaba prednostnega čutnega organa* za lažje vzpostavljanje kontakta, odnosa. Običajno že s prvim stavkom povedo: Bili smo v gorah, videli smo drevesa in zelene vrhove. Ko starostniki brezciljno hodijo, tepejo in so nemirni, vse to lahko pripišemo nezadovoljeni osnovni potrebi po ljubezni, varnosti, pripadnosti, učinkovitosti in izražanju čustev.

Drugi reagirajo na zvoke, *pomirjanje* ali besede. Pomirjanje ni primerno za tiste, ki so nesrečni. Pri dezorientaciji pomaga pomirjanje, ker ti bolniki običajno ne dobivajo informacij prek teh vida in sluha, zato imajo potrebo po občutenju realnosti prek stika. Pomirjanje vzbudi spominjanje na otroštvo in mladost, vedeti moramo, da gre za zelo intimen kontakt, saj nekatere osebe tega ne želijo, kar moramo razumeti.

Glasba je še eno sredstvo komunikacije. Ko zmanjka besed se pojavijo besede nekoč znanih popevk ali pesmic. Vse česar smo se zgodaj naučili, najpozneje izgine, tako včasih besedila pesmi zapojejo od začetka do konca. Glasba izboljša kontakt, vzdržuje govor, vzbudi čustvovanje in daje energijo.

Navedene *tehnike koristijo starostnikom* z demenco tako, da ohranjajo samopodobo, zmanjšajo prestrašenost, lažje sodelujejo, ohranjajo komunikacijo in kontakte z drugimi ljudmi, omogočajo jim čim dlje skrbeti zase. Opisane tehnike koristijo tudi *zaposlenim*, saj z njimi zmanjšajo stres, predelajo frustracije, preprečijo izgorevanja, izboljšajo komunikacijo ob večjem zadovoljstvu z delom. Zaposleni, ki uporabljajo omenjene tehnike pri delu, so govorili z mirnejšim glasom, se sklonili k sedečim na vozičku, vzpostavili očesni kontakt s starostnikom, jih spontano pozdravljali, pogosteje besedno pomirjali, jih brez odpora negovali in se redno pogovarjali s svojci. Delo s starostnikom z demenco pomeni, tudi to, da z njim poiščejo stvari, jim prisluhnejo, jih ne zmerjajo ali kakorkoli ponižujejo. Prednosti opisanih tehnik *za svojce* se kažejo v tem, da družinski člani lahko potožijo čez svojega svojca, ker ga ne razumejo in so nemočni. Prek različnih tehnik komunikacije ohranjajo stik s svojim svojcem, se veselijo uspehov in sprememb, manj so frustrirani, se lažje pogovarjajo in jih pogosteje obiskujejo. Dobro je, da vsi, ki posežejo v življenje starostnika z demenco poznajo tehnike pomoči, ker le tako lahko učinkovito pomagajo njim, sebi in drugim.

Komunikacija zagotovo predstavlja temelj vseh aktivnosti pri delu s starostniki, ker je nemogoče ne komunicirati. Principi uspešne komunikacije se nanašajo na osebno zavzetost z upoštevanjem različnih pristopov glede na vedenje, načine pogovora, jezikovno izražanje, čutno zaznavanje, opogumljanje, izražanje iskrenosti, ponavljanje vsebin in zaznavanje pozitivnih sprememb. Starostniki z demenco, ki so intenzivno vključeni v dnevno dogajanje, kažejo počasnejši upad komunikacijskih sposobnosti, redkeje se pojavlja moteče vedenje, so dalj časa aktivni, kar spodbuja in omogoča sožitje z drugimi.

5. Parkinsonova bolezen

Parkinsonova bolezen se pojavi nenadoma brez jasnih vzrokov. Predvsem je v ospredju pomanjkljivo izločanje dopamina v možganih. Znaki boleznici so prepoznavni, ko propade okoli 70 % celic, kar pomeni, da se zdravljenje začne dokaj pozno. Bolezen se začne z blagim tresenjem rok, ki je vidno tudi v mirovanju. Nekontrolirano gibanje se prenese na spodnjo čeljust, jezik, roke in noge in je močnejše izraženo pod vplivom stresa. Tresenje lahko tudi preneha ob napredovanju boleznici. Lahko se pojavijo počasno gibanje ali nezmožnost vzpostavitve giba, obraz ima videz maske, pojavi se odprtost ust, hitra utrujenost, drobni koraki, stopicanje, upognjena drža, prekomerno potenje, izločanje slin, pojača se

izločanje loja, poveča se vzdražljivost in prekomerna občutljivost, pojavijo se motnje požiranja, obstopacija ali zadrževanje urina in v končnem stadiju tudi demenca.

Zdravljenje se začne z zdravlili s ciljem uravnavanja in izboljšanja ravni dopamina in drugih snovi v možganih. Redno uživanje zdravil upočasni proces, kar omogoča izvajanje dnevnih aktivnosti in socialnih stikov. Časovni dejavnik je zelo pomemben, saj mora imeti starostnik več časa, da lahko v miru opravi aktivnost, npr. priprava za hranjenje. Vsako hitenje pri opravih ga spravlja v stisko.

Potek bolezni vpliva na težave pri izvajanju življenjskih aktivnosti, tako da starostnik potrebuje pomoč pri hranjenju, oblačenju in osebni higieni. Zaradi tresenja rok je starostnik oviran pri uživanju hrane, pomaga si tako, da postavi krožnik na primerno razdaljo in uporablja primerne pripomočke za lažjo samooskrbo. Prilagoditev bivalnega okolja obolelem omogoča samostojnost in bivanje v domačem okolju. Bolezen je kronična, zato je pomembna podpora, pomoč in oskrba svojcev z ohranjanjem socialne mreže.

Nasveti pri obvladovanju težav v zvezi z boleznijo se nanašajo na: informiranje o bolezni in načinu obravnave, ter drugih možnostih pomoči. Starostniki s Parkinsonovo boleznijo potrebujejo ob sebi zaupanja vredne osebe, ki jim pomagajo premagati težave in neprijetne občutke. Svojci imajo ob starostniku dodatno vlogo in naloge podpore, pomoči in oskrbe. Dolgotrajno negovanje svojcev v domačem okolju spremljajo različni občutki nezadovoljstva, obremenjenosti in nerazumevanja. Svojce je potrebno podpirati pri ohranjanju interesnih aktivnosti, socialnih stikov in druženja. Bolezen spremeni odnose s starostnikom, prihaja tudi do konfliktov. V pomoč je lahko prijateljski posvet o problemih in napetostih z možnostjo dogovora.

Bolezni proces napreduje in ob gibalnih motnjah se pokažejo še znaki slabše koncentracije, opazovanja in spominjanja, zato starostnik potrebuje veliko več truda za izvajanje dnevnih aktivnosti, časovno in krajevno orientacijo. Poslabšanje zdravstvenega stanja vse bolj omejuje starostnika pri samostojnosti, kar svojce zelo žalosti.

Psihične spremembe predstavljajo poseben izziv za svojce, kadar se pojavijo halucinacije in blodnje zaradi neželenega učinka zdravil. Razumevanje in pomirjanje brez prepričevanj in dodatnih vprašanj, imata največ učinka. Svojci so zelo prizadeti ob morebitnih obtožbah, ki se jih starostnik ne zaveda in so posledica bolezni. V napredovalnem stadiju so svojci zelo obremenjeni z vlogo negovalca, kljub temu, da so seznanjeni s potekom bolezni. Starostnika podpirajo, mu pomagajo, vendar ne pretiravajo z zaščito, skrbijo za natančno jemanje zdravil, omogočajo redne kontrole pri zdravniku, spodbujajo komunikacijo in vsakodnevne aktivnosti. Kljub težavam in problemom, ki so vsakdanji, je pomembno, da svojci najdejo ustrezen način spoprijemanja z njimi in najdejo čas za predelavo stresnih situacij.

Poskušajo naj vzpostaviti čim bolj normalno življenje in najdejo moči za obvladovanje obremenitev, npr. hobi in rekreacija ter druženje. Potrebno je izmenjati izkušnje z drugimi svojci, ki imajo podobne probleme. Parkinsonova bolezen lahko po desetletjih trajanja, poslabšanj in izboljšanj bolezenskih težav v končnem stadiju napreduje v posebno obliko demence (demenca z Lewijevimi telesci).

6. Depresija v starosti

Depresija je pogosta duševna motnja v starosti, ki se kaže s poslabšanjem razpoloženja, izgubo zanimanja in veselja, z zmanjšanjem energije in aktivnosti ter z občutki krivde in upadom samospoštovanja. Pridružijo se lahko motnje spanja, izguba apetita, motnje koncentracije. Ob teh znakih so lahko prisotni tudi občutki krivde in ničvrednosti, z nemirom ali upočasnjenosti, kar je odvisno od oblike bolezni.

Depresija spremlja starostnike s kroničnimi boleznimi in se pojavlja v starosti v 45 % deležu. Simptomi depresije se pogosteje pojavljajo pri kardiovaskularnih boleznih, rakavih boleznih ter pri drugih boleznih, kjer sta prizadeta kakovost življenja in povečana umrljivost. Depresija se v primarnem zdravstvenem varstvu pojavlja v 13 - 40 % deležu, v bolnišnicah pa v 10 - 45 % deležu ter v domovih starejših občanov okoli pri 44 % deležu. V Sloveniji ima približno 14 % starostnikov nad 65 let diagnozo depresije. Približno dve tretjini oseb ne poišče pomoč v zdravstvu.

Depresivna motnja pri starostnikih živečih v domačem okolju znaša 5 - 10 %, in se pomembno zviša ob spremembi osebnih socialnih, psihičnih, fizičnih, zdravstvenih, okolijskih dejavnikov in drugih dejavnikov. Pojavnost depresije se s starostjo viša in znaša okoli 6,9 % med 60. do 69. letom, 10,4 % v obdobju med 70. in 79. letom, ter okoli 12,7 % pri starejših nad 80. letom. Pri starejših po 85 letu se prevalenca močno zviša in znaša 16,8 % in pri 95- letnih ta odstotek znaša 32,2 % (Roškar, 2010).

Avtorji med dejavnike tveganja za pojav depresije pri starostnikih uvrščajo:

- telesne spremembe (srčno žilne bolezni, motnje nevrottransmitterskega sistema, hormonsko neravnovesje ščitnice, zlomi, rakave bolezni in druga kronična stanja povezana s funkcionalno odvisnostjo),
- psihološke značilnosti (ranljivost, negativna stališča do sebe in drugih, slabše spoprijemalne strategije),
- duševne motnje (anksioznost, demenca, depresija v mladosti, zloraba psihoaktivnih snovi),
- socialno ekonomski status (osamljenost, socialna izolacija, nestabilno finančno stanje, prehranski deficit, slabša izobrazba, neenakost v zdravju, šibka socialna podpora),
- druge razloge, kot so izgube v starosti, spremenjene vloge in podobno (Tančič-Grum, 2010).

Raziskovalci pravijo, da nadzor nad življenjskimi situacijami zmanjšuje vpliv stresa ter varuje posameznika pred njegovimi neugodnimi vplivi, predvsem pri obolevnosti za depresijo.

Avtorji opisujejo, da sta za izboljšanje nadzora pomembni osebna avtonomija in socialni kapital. Avtonomijo opredeljujejo kot osebnostno lastnost v smislu svobodnega in neodvisnega odločanja, razmišljanja s posedovanjem informacij ter znanja. Socialni kapital je kolektivni dejavnik, splošno definiran kot vrsta sredstev in ukrepov, ki jih posamezniki upravičeno črpajo kot člani določenih socialnih skupin in omrežij.

Preventivni ukrepi se nanašajo na ohranjanje zdravja, funkcionalnih sposobnosti ter kognitivnih zmožnosti za vsakodnevno izvajanje življenjskih nalog. Socialna aktivnost, družbeno aktivno in produktivno življenje preprečuje osamljenost, ki je dejavnik tveganja. Nižja stopnja socialne podpore in šibka komunikacija s primarnimi družinskimi skrbniki poveča tveganje za depresivnost starejših ob drugih dejavniki tveganja. Tuji viri navajajo, da je depresija v starosti pogosto spregledana in zato ne obravnavana.

Prepoznavanje depresije v starosti je poslabšano zaradi s starostjo povezanimi dejavniki kot sočasni obstoj kroničnih bolezni, jemanje večjega števila zdravil, zmanjšana funkcijska sposobnost organov (jetra, ledvica). Sočasnost depresije z drugimi boleznimi je med starostniki nad 65 let dokazano najvišja in znaša 94,6 %. Nepojasnjeni telesni simptomi kot so bolečina, nespečnost, sprememba teka, omotica, zaprtje/driska, palpitacije, oteženo dihanje in utrujenost v starosti opozarjajo na motnje razpoloženja in depresivnost. Starostniki težko spregovorijo o svojih čustvih in slabo razpoloženje poskušajo reševati s pretiranim ukvarjanjem s telesnim zdravjem, npr. prebava, suha usta, uhajanje urina ipd. čeprav se njihove težave niso nič poslabšale. Opazovalna študija na Švedskem v primarnem zdravstvenem varstvu pri starostnikih nad 60 let kaže na dejavnike tveganja pri starejših ter identifikacijo tistih, ki so potrebni nadaljnje obravnave. Usposabljanje medicinskih sester za prepoznavanje depresije pri starejših ob ustreznih intervencijah je pokazalo boljše klinične izide. Izobraževanje medicinskih sester za prepoznavanje depresije v neposredni oskrbi v institucionalnem varstvu kaže na boljše poznavanje depresije in večjo učinkovitost pri obravnavi obolelih.

Depresija poslabša funkcioniranje starostnikov na telesnem, psihičnem in socialnem področju ter poveča tveganje za invalidnost in umrljivost. V domačem okolju depresijo pogosto razumejo kot naravni del procesa staranja. Preprečevanje in zdravljenje depresije ohranja funkcionalne sposobnosti starostnikov. Strokovnjaki opozarjajo na tri skupine zaščitnih dejavnikov, ki zmanjšujejo tveganje za pojav depresije med starejšimi in sicer: ustrezní podporni viri, učinkovite strategije pri spoprijemanju s stresorji in vključenost v osmišljene aktivnosti.

Uspešno zdravljenje depresije pri starostnikih se izvaja z antidepressivi ob zdravljenju drugih kroničnih bolezni z odpravo spremljajočih neugodnih življenjskih dejavnikov. Aktivnosti in intervencije zdravstvene obravnave so usmerjene v zgodnje prepoznavanje znakov in simptomov z anamnestičnimi in presejalnimi podatki pomembnimi za ustrezno diagnostiko. V državah z večjim deležem starejših potekajo preventivni programi za izboljšanje prepoznavanja depresivnih simptomov pri uporabnikih zdravstvenih in socialnih storitev. Usposabljanja negovalnega osebja v socialno varstvenih zavodih za prepoznavanje depresije pri starostnikih je vključevalo predstavitev depresije (razširjenost, diagnostične kriterije, etiologijo, posledice in zdravljenje), komplet orodij za ocenjevanje depresije (intervju vprašanja, vprašalnike), vodnik za delo s starostniki, napotitev za oceno duševnega zdravja, terminološki slovar, vodilo za presojo o ogroženosti za samomor ter dodatno gradivo. Napotitve starostnikov na pravočasno obravnavo so posledično pripeljale do boljših zdravstvenih izidov.

V primarnem zdravstvenem varstvu je potrebno izboljšati prepoznavanje depresivnih simptomov, pri starostnikih z višjim tveganjem za depresijo uporabiti presejalni test, vključiti druge sodelavce diagnostično terapevtske aktivnosti pri obravnavi depresije.

7. Osamljenost in izolacija

Osamljenost je pogosto opredeljena kot neprijetno ali nedopustno pomanjkanje (kakovosti) določenih odnosov, ki se lahko zmanjša z izboljšanjem kakovosti socialnega omrežja ali obvladovanja občutkov osamljenosti.

Osamljenost med starejšimi ljudmi se z višanjem let povečuje in so najbolj ogroženi najstarejši nad 85 let. Pojavnost osamljenosti med doma živečimi starostniki starih 65 let ali več je med od 28 % in 63 % deležem. Vzroke za tako visok delež najdemo v funkcionalnih omejitvah povezanih s starostjo, načinu življenja, izgubah v starosti kot so smrt partnerja ali drugih sorodnikov. To so tudi dejavniki, ki vplivajo na eni strani na socialno mrežo in na drugi strani na potrebe po socialni podpori starostnikov. Družinske vezi so spremenjene ob zmanjšanju števila mladih in naraščanju razdalje med družinskimi člani zaradi migracij.

Ugotavljanje ogroženega števila starostnikov in preprečevanje osamljenosti za to starostno skupino je več kot nujna. Številne raziskave v zadnjih desetletjih so različno ugotavljale ciljne skupine (splošna populacija, skupine z visokim tveganjem ali drugi ogroženi) ter z različnimi pristopi vplivali na posameznike z intervencijami v socialnem okolju. Raziskava na Nizozemskem je vključila 18 posegov za zmanjšanje osamljenosti. Izkazalo se je, da se je občutek osamljenosti po dveh intervencijah bistveno

zmanjšal z individualno intervencijo v domu za starejše in s skupinskim delom v stanovanjski oskrbi, vključno z diskusijskimi skupinami.

Omejen vpogled v vzroke osamljenosti v populaciji se najbolj osredotoča na socialno mrežo, saj so se skupinske intervencije, ki vključujejo izobraževanje, socialne aktivnosti z uporabo obstoječih virov izkazale za učinkovite. Razvoj zdravega staranja, ne glede na omejeno razpoložljivost dokazov, s posegi v osamljenost pozivajo k oblikovanju intervencijskih programov za preprečevanje osamljenosti s spodbujanjem socialnega vključevanja.

Starostniki s telesnimi omejitvami, nizkim dohodkom in blagimi psihičnimi motnjami in ovdo vele osebe predstavljajo rizično skupino, zato je potrebno ponuditi podporo za spodbujanje zdravega staranja z osredotočenjem na ohranjene sposobnosti. Kazalo bi na lokalni ravni odkrivati osamljene starostnike in preprečevati njihove težave.

8. Možganska kap v starosti

Možganska kap je pogosta bolezen v starosti, ki v 85 % nastane zaradi motenj v prekrvavitvi možganov, posledično zaradi ateroskleroze. Pri njej je ožilje zelo zoženo, pretok krvi je močno oviran in z njim tudi prenos hranil.

Rizični dejavniki za možgansko kap so: srčno žilne bolezni, sladkorna bolezen, kajenje, povišan holesterol, visok krvni tlak, uživanje alkohola in telesna neaktivnost. Več kot je dejavnikov, večje je tveganje za možgansko kap. Možganska kap običajno nastopi nenadoma brez predhodnih opozorilnih znakov, zelo redko pa se kažejo prehodne motnje prekrvavitve možganov. Nastopi s kratkotrajno motnjo zavesti, slabostjo, blago prizadetostjo mišic, zanašanjem pri hoji, motnjami občutenja ene strani telesa, nepojasnjenimi blokadami pri hoji ali padcem pri hoji, nenadnimi motnjami govora ali razumevanja, motnjami pisanja, lahko kot zelo močni glavoboli, motnjami spomina ali nejasno pozabljivostjo in/ali z izpuščanjem predmetov iz rok. Znaki se med seboj prepletejo, vendar ob nenadni prizadetosti zavesti, govori, gibanja s ohromelostjo polovice telesa, je potrebno hitro ukrepanje.

Pri možganski kapi so odločujoče sekunde saj, so določeni predeli možganov brez hranil in kisika. Zaradi motene prekrvavitve lahko pride do odpovedi življenjsko pomembnih organov, zato je potrebno takojšnje ukrepanje, saj je vsaka minuta je življenjskega pomena. Intenzivna obravnava starostnika po možganski kapi v prvih treh urah poveča možnost preživetja.

Prva pomoč pri možganski kapi je klic na številko 112 in jasno poročanje o simptomih pri starostniku. Položaj prizadetega naj bo z blago dvignjeno glavo in rameni v tem položaju, saj izboljša počutje in

omejuje poškodbe možganov. Prostor naj bo prezračen, starostnika pomirjamo in pokrijemo, ter kontroliramo srčni utrip. Zdravljenje se začne takoj s preprečevanjem poškodb srca, pljuč in ledvic, ob kontroli oskrbe tkiv s kisikom. Vzpostavljanje prehodnosti ožilja in možganskega obtoka ter oskrbe s kisikom preprečuje nadaljnje poškodbe možganov. Zdravila vplivajo na topljenje strdkov v krvnem obtoku.

Rehabilitacija po možganski kapi zajema preprečevanje zapletov kot so razjede zaradi pritiska, otrdelost sklepov in tromboza nog. Najpomembnejše je, da se kljub prizadetosti začne z rehabilitacijo čimprej saj je ta pomembna za samostojno aktivno življenje in samooskrbo. Oboleli potrebuje pomoč svojcev in strokovno rehabilitacijo (logoped, fizioterapevt, delovni terapevt), saj se tako povečajo možnosti ponovne vzpostavitve vseh aktivnosti. Ključne točke rehabilitacije so: vzpostavljanje gibanja, samostojne hoje, ohranjanje gibljivost sklepov in okončin. Training samooskrbe zajema uporabo pripomočkov pri hranjenju, pitju, oblačenju, govoru in drugo. Pomembno je učenje načinov obvladovanja telesa z gibanjem v prostoru. Z vztrajnostjo in podporo starostniki ponovno postanejo samostojni in neodvisni. Poudariti je potrebno, da se nekatere aktivnosti morajo izvajati tudi po odpustu iz inštitucije. Svojci mu lahko pomagajo pri spremljanju k zdravniku, spodbujajo samostojnost v lastnem domu, prilagajajo domsko okolje potrebam starostnika, ki potrebuje prehodno oskrbo. Po prihodu domov je potrebno preveriti gibalne sposobnosti in zmanjšati tveganje za padce. Vprašanja s katerimi se srečujejo v domačem okolju:

Je zadosti prostora za uporabo invalidskih pripomočkov za gibanje?

So prostori brez ovir pri prehodih skozi prostore?

Ali potrebuje oprijemala pri gibanju?

Ali so stopnice dovolj varne?

Ali je kopalnica prilagodljiva potrebam prizadetega?

Ali je možna namestitev pripomočkov za posedanje in vstajanje na stranišču?

So prostori dovolj osvetljeni?

Ali obstaja nočna lučka v prostori za boljšo orientacijo?

Prizadetega je potrebno kolikor je mogoče vključiti v aktivnosti pri prilagajanju življenjskega okolja, prilagajanju na trenutne sposobnosti in njegovo aktivno samooskrbo.

Kljub potrebni nadaljevalni rehabilitaciji je pomembno, da ima starostnik redne socialne kontakte predvsem zato, da lahko svojimi prijatelji in svojci predela občutke nesigurnosti in strahu ter skupaj poiščejo morebitne rešitve za premagovanje ovir. V pogovoru s starostnikom je potrebno postaviti motivacijske cilje, ki so v skladu s pričakovanji brez odvečnih obremenitev. Zato sta vrednotenje doseženega v procesu rehabilitacije in spodbujanje starostnika k nadaljnji aktivnosti ključnega pomena za samostojnost pri samooskrbi, vzpostavljanju socialnih stikov in organizaciji življenja.

9. Sladkorna bolezen in njene posledice

Sladkorna bolezen je presnovna motnja ogljikovih hidratov (in drugih snovi), ki se kaže z značilno zvišani vrednosti krvnega sladkorja v krvi (glukoza) in sicer na tešče 7,0 mmol/l ali več in več kot 11,0 mmol/l krvi kadarkoli tekom dneva. Nastane zaradi pomanjkljivega izločanja, okvarjenega delovanja (ali obojega) hormona inzulina, ki se ustvarja v žlezi slinavki. Posledica je motena presnova ogljikovih hidratov, posledično tudi beljakovin in maščob. V Sloveniji je v starostnem intervalu med 65 in 74 let pojavnost sladkorne bolezni 16 %, po 74. letu starosti pa 22,5 %. Pojavnost sladkorne bolezni je v splošni populaciji okoli 5 %, kar v Sloveniji pomeni okoli 100.000 bolnikov. Med starejšimi je pogosta sladkorna bolezen tipa 2 in sicer v 96 % vseh bolnikov.

Test za diagnostično oceno sladkorne bolezni se imenuje obremenilni test tolerance na glukozo (OGTT) in se opravi tako, da bolnik zaužije 75 ml glukoze s 3 - 5 dcl vode. Preiskovancu se odvzame kri pred zaužitjem, 15 minut in 2 uri po zaužitju glukoze. Normalen izvid je do 6,1 mmol/l na tešče in pod 7,8 mmol/l po dveh urah. Vrednosti glukoze v krvi na tešče nad 7 mmol/l in 2 uri po zaužitju 11 mmol/l govorita za sladkorno bolezen.

Osnovni znaki in simptomi so povečana žeja, povečano izločanje urina in hujšanje, utrujenost, motnje vida, srbeča koža in sluznice, povečan apetit, vrtoglavica in izsušenost. Omenjeni znaki niso prisotni samo pri sladkornih boleznih, zato jo je potrebno izključiti. Poznamo več vrst sladkorne bolezni in sicer:

- sladkorna bolezen tipa 1, pojavlja se v mladosti do 30. leta starosti, zaradi uničenih celic v slinavki, ki izločajo inzulin. Zdravi se z inzulinom.
- sladkorna bolezen tipa 2 se pojavlja po 40. letu starosti zaradi odpornosti proti inzulinu, poteka počasi z blagimi višanji krvnega sladkorja. Zdravljene poteka s pravilno prehrano (dieta), telesno dejavnostjo in antidiabetiki (zdravila za sladkorno bolezen) v tabletah.
- nosečnostna sladkorna bolezen nastane med nosečnostjo in po porodu običajno izgine.
- motena toleranca za glukozo (OGTT ne dosega meril za sladkorno bolezen) in motena bazalna glikemija (vrednost krvnega sladkorja na tešče ne dosega meril za sladkorno bolezen).

Drugi tipi sladkorne bolezni, ki se kažejo z zvišanjem krvnega sladkorja, kjer so povzročitelj druge bolezni kot so huda vnetja žleze slinavke, rakave bolezni, bolezni žlez z notranjim izločanjem, npr. ščitnice, nadledvične žleze ali jemanje nekaterih zdravil (kortikosteroidov).

Zgodnji zapleti sta hipoglikemija (nizka vrednost krvnega sladkorja) in hiperglikemija (visoka vrednost krvnega sladkorja) zlasti pri nestabilnih oblikah sladkorne bolezni.

Hipoglikemija je najpogostejši zaplet sladkorne bolezni, kadar krvni sladkor zdrzne pod mejo 3,5 mmol/L. Hipoglikemija nastopi iz različnih vzrokov, najpogosteje nastopi, kadar se : injicira prevelik

odmerek inzulina, izpusti reden obrok ali je bil le ta premajhen oziroma napačno sestavljen, nepravilno razporedi obroke, intenzivna telesna aktivnost ali prisotnost driske ali bruhanja, ki onemogočata normalno vsrkavanje ogljikovih hidratov.

Znaki hipoglikemije so običajno občutek lakote, z bledico, s tresenjem, potenjem, močnim in pospešenim utripanjem srca, občutkom vročine, lahko tudi slabost ter bruhanje kot posledica delovanja avtonomnega živčevja. Hujše pomanjkanje glukoze v osrednjem živčevju se kaže z znaki omotice, zmedenosti, utrujenosti in zaspanosti, slabše zbranosti, počasnim govorom, pojavom glavobola in motenj vida. Takojšnje ukrepanje preprečuje hujše zaplete kot sta izguba zavesti in pojav krčev. Hipoglikemijo delimo na blago, srednjo in hudo hipoglikemijo. Nizek krvni sladkor pri blagi in srednji stopnji ni ogrožajoč, saj sta ohranjena zavest in sposobnost samopomoči. Huda hipoglikemija je nevarna saj oboleli ni sposoben samostojno ukrepati, bodisi da je nezavesten, v komi ali ima krče, kar je nevarno v nočnem času med spanjem.

Prva pomoč se sestoji iz takojšnjega zaužitja hrane ali sladke pijače, s katero bomo rešili hipoglikemijo: sladek napitek (sok, ledeni čaj) oziroma kocke sladkorja ter v zadnjem času tudi glukozne tablete. Najhitreje zviša krvni sladkor zaužitje glukoznih tablet, ki se naglo topijo in jih je lahko odmeriti glede na višino krvnega sladkorja in težo posameznika.

Glukoza je osnovni vir energije za naše telo ter obenem živilo, ki se najhitreje vsrka v telo. Raziskave so dokazale, da se po zaužitju čiste glukoze krvni sladkor prične zviševati že po 10 minutah, pomemben porast pa dosežemo po 15 do 20 minutah. Glukozne tablete se naglo raztopijo v ustih, zato je dvig krvnega sladkorja hiter in učinkovit, saj se glukoza vsrkava v kri tudi preko ustne sluznice.

Hiperglikemija je stanje, kadar je vrednost krvnega sladkorja presega 7,8 mmol/l oziroma je ta višja. Vzroki so: uživanja preveč hrane ali neupoštevanje dietne prehrane, premalo telesnega gibanja, vpliv stresa, okužb in drugih bolezni, opustitve zdravila za zdravljenje sladkorne bolezni, prenizek odmerek inzulina. Zgodnji znaki hiperglikemije: suha usta, pogosto urinirate, ste bolj žejni, dvojni vid, utrujenost. Potrebno je določiti nivo krvnega sladkorja v serumu, ter spremljati ostale znake. Vsekakor je potrebno obvestiti zdravnika ter ravnati po navodilih (redno jemati predpisana zdravila, prilagoditi odmerek zdravila po posvetu z zdravnikom, omejena telesna dejavnost, uravnotežena dietna prehrana. Dolga obdobja hiperglikemije lahko okvarijo živčevje, krvno ožilje in posledično vse druge organe. Starostniki brez funkcionalnih in kognitivnih omejitev imajo dobro preživetje.

Pozni zapleti so okvare srčno žilnega sistema, okvare kapilar na očesni mrežnici, okvare ožilja na spodnjih okončinah, okvare ledvic, okvare živčevja in drugi zapleti. Bolezen z zapleti predstavlja velik sociokulturni in zdravstveni problem, zato se preprečevanje bolezni izplača na daljši rok. Preprečevanje bolezni vključuje odkrivanje rizičnih posameznikov z mejnimi vrednostmi sladkorja v krvi, zdrav

življenjski slog z gibanjem (pol ure hoje dnevno), vzdrževanje normalne telesne teže (pod 30 ITM) in hujšanje (1 kg na mesec do ciljne vrednosti). Predvsem je pomembna zgodnja vzgoja za zdrav življenjski slog.

MODUL 3: KOMUNIKACIJA V PROCESU OSKRBE

1. Pomen komunikacije in poslušanja za delo

Komunikacija med starostniki in zaposlenimi je sredstvo, medij in proces, s katerimi lahko posredujemo informacije, organiziramo delo, sprejemamo naloge in ustvarjamo odnose. Proces komunikacije se kaže v razumevanju, kaj in kako sporočamo ter nakazuje odnos med udeleženi. Vsaka komunikacija med osebama sproži tudi reakcijo v obliki misli, čustev, spominjanja in interpretacij. Komunikacija ima svoj vsebinski del, ki zajame posredovanje dejstev in odnosni del, ki vključuje razumevanje vsebine. Sredstvo izražanja naj bo enostavno in jasno z uporabo razumljivih besed in jezika za vse udeležene v procesu, ki naj zagotavlja ravnovesje med poslušanjem in govorjenjem. Izmenjava informacij s poslušanjem in govorjenjem pomeni dialog v katerem se preverja razumevanje slišanege.

V oskrbi in pri delu z ljudmi je pomembno, da v komunikaciji spoštujemo drug drugega in se znamo:

- poslušati,
- slediti,
- slišati in
- odzvati.

Zavedamo se, da vloga udeležencev v procesu sloni na aktivnih subjektih, ki so sposobni sodelovanja v procesih pozornega sledenja, slišanja, razumevanja in pomnjenja. V oskrbi starostnikov so ti procesi s strani zaposlenih deležni posebne pozornosti v medosebni komunikaciji (Rungapadiachy,2003).

Pozorno sledenje zahteva istočasno fizično in psihično prisotnost ter zbranost osebe na vsebino snovi, o kateri poteka komunikacija. Vsa pozornost mora biti usmerjena na govorca, sicer se lahko zgodi, da je bistvo preslišano. V oskrbi bi to pomenilo, da je sporočilo napačno slišano in/ali razumljeno in zato pozabljeno, kar lahko pripelje do napačnega ali neustreznega odziva oziroma povratne informacije. Poslušanje je najbolj uporabljena oblika komunikacije v budnem stanju.

Poslušanje je usmerjanje pozornosti na pomnjenje in razumevanje vsebine govora in je proces, ki se ga učimo tekom življenja. Obstaja več načinov poslušanja, tako razlikujemo:

- selektivno poslušanje, ki pomeni poslušanje nekaterih vidikov sporočila;
- koncentrirano poslušanje, ki je usmerjeno na celotno sporočilo;
- poslušanje z vrednotenjem, kjer poslušalec razpozna ton in počutje govorca;
- pogovorno poslušanje, kjer gre za dvosmerno poslušanje (dialog),
- spoštljivo poslušanje s terapevtskim učinkom,
- poslušanje z interakcijo, ko ljudje imajo potrebo biti slišani;
- kritično poslušanje, s sodbo o tem, kar je povedano;
- diskriminativno poslušanje z namenom razumevanja in pomnjenja (Rungapadiachy,2003).

Poslušanje ima svoj namen in ločimo resno poslušanje z namenom, da bi povedano dojeli, razumeli, si zapomnili in ovrednotili. Posebna vrsta poslušanja je terapevtsko poslušanje, ko smo s starostnikom v neposrednem stiku iz oči v oči, kar je pogost in učinkovit način sodelovanja v oskrbi.

Ovire, ki se pojavljajo pri poslušanju so povezane z našimi predsodki, obremenjenostjo z lastnimi občutki in mislimi, našimi vrednotami in stališči, kulturnimi normami, notranjimi konflikti, idejami, odklanjanjem določenih zadev, izkušnjami, interpretacijami, moralnimi vrednotami, utrujenostjo in drugim. Kadar se poslušalec zaveda svojih dejavnikov, ki ovirajo poslušanje jih poskuša odpraviti. Značilnosti dobrega poslušalca v vlogi zaposlenega v oskrbi zadevajo njegovo pozitivno motivacijo, zanimanje, stališča, kvalitete govorca in strokovnjaka. Veščin poslušanja se učimo in jih urimo v vsakodnevnih situacijah. Slišanje je proces, ki poteka spontano, saj zdravo uho sprejema valove in jih posreduje možganom. V komunikaciji s starostniki je potrebno upoštevati ta vidik, saj imajo običajno določene okvare slušnega organa.

Odklanjanje komunikacije se lahko kaže kot upor sogovorniku z različnimi neustreznimi besedam in neprimernim ignoriranjem, agresivnimi vedenjem ali molkom. Uspeh komunikacije je odvisen od vsebine, namena, vzajemnega spoštovanja, ki je prepoznavno v kulturni in naklonjeni komunikaciji do ljudi v socialnem okolju. Zaposleni v oskrbi morajo poznati pozitivne učinke takega vedenja za praktično delo v oskrbi. Zavedati se morajo, da tisto kar sami menijo, ni nujno razumljeno in je lahko za drugega prezahtevno ali včasih celo nerazumljivo. Starostniki si želijo pogovora z zaposlenimi, vendar ga je potrebno pravilno oblikovati in umestiti tako, da za starostnika predstavlja prijetno izkušnjo.

Skozi komunikacijo večina starostnikov doživlja pozitiven odziv in občutek zadovoljstva ob empatiji do sogovornika, ki upošteva posameznika kot osebnost in individuuum. Upoštevajo se interesi obeh ter prepozna se njihov napredek v odnosih in ne le cilji, saj je komunikacija s starostniki v institucionalnem okolju lahko ovirana zaradi zdravstvenih in vedenjskih težav ali omejitev (osebe z demenco).

Klasični komunikacijski modeli ne pomagajo veliko, kadar so situacije povezane s kritiko oskrbe in zaposlenih s strani svojcev. Poleg pojasnjevanja organizacijskih zadev v prvem planu vzpostavimo pozitivno komunikacijo z vsemi udeleženi, saj se kvaliteta odnosa in spoštovanje rešitev zrcali skozi partnerski odnos. V povezavi s tem je potrebno pojasniti motive za sodelovanje svojcev, kar ima poseben pomen pri svetovanju in izpolnitvi pričakovanj.

Pravilno postavljanje vprašanj in poslušanje se v oskrbi ukvarja s problemom razširjanja komunikacije med vsemi udeleženi (starostnik, svojci, zaposleni) za razumevanje njihovih strahov, dvomov in potreb (katere pomisleke imate, kako vam negovalci pomagajo?).

Skupne rešitve je potrebno iskati izhajajoč iz situacije, ki je osnova komunikacije (kaj je problem in kaj želimo doseči?). Kadar želimo razviti skupno izhodišče, moramo iskati komunikacijsko stičišče, saj se dobra komunikacija začne z usklajevanjem stališč, sicer pride do nesporazumov, konfliktov in žalitev. Razumevanje sporočila vedno vključuje pozorno poslušanje in poizvedovanje o razumevanju informacije.

Izboljšanje kolegialnega sodelovanja med člani tima je dolgotrajen kontinuiran proces, ki teži k izboljšanju odnosov in sodelovanja med različnimi poklicnimi skupinami, uporabniki in njihovimi svojci. Odnosi se preizkušajo skozi življenjske situacije, kjer lahko prihaja do napetosti situacije. Postanejo lahko zahtevni in jih doživljamo kot obremenjujoče in stresne.

Zaposleni v oskrbi in drugi sodelavci v timu, morajo biti sposobni samorefleksije z vprašanji: Kje so moje kritične točke, ki me ovirajo v kontaktu in odnosu do sodelavcev, starostnikov in svojcev? Poskusil bom spremeniti svoje vedenje v določeni situaciji, ki me moti. Kje so motivi za takšno vedenje? Kaj želim doseči? Kaj je resnično pomembno? Kje so stične točke med mano in prizadetim kolegom? Nikoli ne poskušajmo »zdraviti«, dajemo predloge, ko smo vprašani, govorimo odkrito in konstruktivno, vedno ločimo osebo od vedenja, pozorni smo na pogovor o tretjem, ki ni navzoč, vedno dobro pretehtamo potrebo po takem pogovoru, kadar rešujemo obremenilne situacije.

2. Terapevtska komunikacija v procesu oskrbe

Komunikacija v procesu oskrbe, poleg znanja, predstavlja pomembno orodje za izmenjavo in posredovanje informacij o potrebah, čustvih, pričakovanjih in željah uporabnika. V tem procesu se ustvarja odnos, ki je temelj za nadaljnje sodelovanje in medsebojno razumevanje. Uspešno sodelovanje z uporabnikom dosežemo skozi iskreno, sočutno, odgovorno, zavzeto, potrpežljivo in predvsem prijazno komunikacijo.

Kakšna je komunikacija v oskrbi in kako funkcionira delovni proces, je odvisno od vodenja in aktivnosti udeležencev v komunikaciji. V kateri obliki se zastavljajo vprašanja, je odvisno od sistema, v katerem poteka informacijski in komunikacijski proces. Motnje v komunikacijskem procesu obremenjujejo in delujejo stresno na zaposlene ter posledično vplivajo na druge procese v oskrbi. Zato je zelo pomembno, da ustvarjamo okolje in delovno vzdušje, ki spodbuja dobro, kakovostno in varno oskrbo. Dobre prakse na področju oskrbe so odraz dobre komunikacije med zaposlenimi in drugimi vključenimi, saj izboljšanje komunikacije na vseh nivojih predstavlja trajno nalogo za vodje služb. Vodje so tisti ključni akterji, ki imajo ustrezne komunikacijske kompetence, da v zapletenih situacijah, odgovorno in načrtovano razrešujejo nesoglasja prek priznanja, kritike, pohvale, razbremenitve.

Strategije v oskrbi obravnavajo integrirano komunikacijo in podajanje informacij skozi proces oz. merjenje izboljšanja. To se kaže s tem, da se v daljšem obdobju izmeri kakovost komunikacije in izboljšanje delovanja sistema oskrbe. Pri merjenju se uporabljajo različne oblike sistematičnega vrednotenja (zaposleni, starostniki in svojci podajajo svoje ocene). Komunikacija zadovoljuje potrebe po informacijah in mora slediti vedno večji kakovosti in doseganju višjih ciljev v oskrbi.

Za izboljšanje načinov komunikacije moramo imeti priložnosti za izmenjavo različnih perspektiv, npr. skozi pogovor med sodelavci in samorefleksijo. V komunikaciji je potrebno postaviti določene cilje ter odgovornost zaposlenih za podajanje informacij, ko se načrtuje in oblikuje v komunikacijski koncept npr.: kdo, kdaj, komu in katere informacije lahko posreduje. Toleranca za neprofesionalno komunikacijo s strani stanovalcev, svojcev in zaposlenih mora biti nična. Potrebno je tudi oblikovati standarde za posebne oblike komunikacije usmerjene v situacije in naloge z možnostjo pridobivanja usmeritev za izboljšanje.

Faza preverjanja med cilji in učinki pri umeščanju kakovosti je pomembna raven organizacije, ki se kaže v ciklusu z nekim pogledom na sedanje stanje in prihodnost. Gre za stalno opazovanje in napredovanje v planiranju sprememb. V tej fazi je posebej poudarjeno izhodišče oziroma preverjanje izhodišča s formiranimi preverljivimi cilji in občutkom za spremembe. V primeru novih rešitev se začne izboljšanje preverjanja in implementacija tako, da se formirajo nove naloge in novi cilji, ki nas pripeljejo do preverjanja ravni kakovosti.

Kaj je potrebno narediti v primeru stalnih ovir pri vnašanju izboljšav? Izhodišča so znana, ker se procesi sprememb ne sporočajo pravočasno in sodelavci so že vnaprej nesigurni in vznemirjeni. Z oblikovanjem skupin za uvajanje sprememb vključujemo zaposlene v uvajanje sprememb. Pri uvajanju sprememb je pomembno določiti časovni okvir, saj omogočimo s tem čas za privajanje na spremembe. *Prvi korak* v spreminjanju ideje v prakso zajema stalno spraševanje sodelavcev in pridobivanje informacij, kjer sodelavci aktivno definirajo probleme. Pridobljene informacije služijo za oblikovanje navodila, ki se vnaša v proces. *Drugi korak* umeščanja v proces mora imeti konstruktiven učinek s pogledom na posredovanje filozofije oskrbe, pojasnjevanje nalog in povezovanje določenih tem z drugimi elementi. *Tretji korak* zajema stalno preverjanje skozi pogovore in povratne informacije o različnih problemih s konkretnimi spremembami, ki so pomembne za starostnike in njihove svojce.

Vedno se sprašujemo: ali so spremembe učinkovite ali jih je potrebno ponovno predelati. Pozitivni učinki komunikacijske kulture so prepoznavni tako, da so ideje naprej kritično obravnavane, kar spodbuja kreativnost zaposlenih. O vsakem predlogu se intenzivno diskutira in pričakuje od vseh aktivno sodelovanje.

V komunikaciji s sodelavci upoštevamo tudi kulturne razlike, znanje, svetovni nazor in pogled na življenje. Pogosti komunikacijski problemi s svojci nastanejo zaradi različnih razlogov, npr. nesigurnost, občutek manjvrednosti ali pomanjkanja sposobnosti. Časovna stiska zaposlenih je pogost razlog za površen pogovor brez zanimanja za vsebino sporočila, kar pogosto povzroči nezadovoljstvo svojcev. Zaradi slednjega zaposleni prepoznavajo nekatere svojce kot neuvidevne, zahtevne in jim pokažejo svojo moč prek zadirčnosti ali neprijaznosti, kar je vir dodatnih težav. Zaposleni morajo svoje vedenje prilagoditi svojcem in starostnikom, saj so svojci in starostniki stranke in partnerji, ki jih spoštujemo in upoštevamo. Zaposleni v oskrbi morajo imeti interes za pridobivanje strokovnih kompetenc, s čimer bodo obvladovali vsakodnevne situacije.

3. Poznavanje in obvladovanje ovir pri komuniciranju

Proces komunikacije v oskrbi zahteva razvijanje sposobnosti in veščin za učinkovito in empatično komunikacijo, saj ta predstavlja orodje za zadovoljevanje temeljnih življenjskih potreb.

Motnje v komunikaciji so pogosto vzrok nezadovoljstva, nekakovostne in nestrokovne obravnave, saj je za izvajanje oskrbe pomembna dobra, usklajena, nedvoumna in empatična komunikacija. Zato je potrebno kontinuirano razvijati veščine komunikacije in biti pozoren na poslušanje s prilagajanjem komunikacije uporabniku ob uskladitvi besednega in nebesednega izražanja.

Pogosti vzroki motenj v komunikaciji so kažejo kot pomanjkanje poslušanja. Kratka vprašanja so v pomoč za samoanalizo in odpravo težav:

Ali pogosto prekinjam pogovor?

Ali že imam odgovor, ko oseba še govori?

Ali izgovarjam zaključne besede govorca (ker mislim da vem, kaj želi povedati)?

Ali se oddaljim od teme pogovora?

Ali govorim, ko drugi poročajo?

Me ne zanima ali razumem, kaj drugi govorijo in ne sprašujem po tem?

Praktični nasveti za izboljšanje komunikacije in preprečevanje nesporazumov kažejo na potrebo po odprti komunikaciji, ki vsebuje naslednje elemente:

- aktivno poslušanje,
- poslušanje brez prekinjanja,
- upoštevanje pravice do lastnega mišljenja,
- spraševanje po razumevanju sporočila,
- neposredno nagovarjanje, vsak sporoča zase,

- izključitev motečih dejavnikov zavrnitve kritiziranja drugih (Rungapadiachy,2003).

Table 1: Primeri izjav s timskega sestanka

Člani tima	Sporočilo
Izjava 1	Tukaj tako vsak počne kar hoče!
Možna intervencija	Kako mislite? Ali lahko bolj konkretno poveste?
Izjava 2	To je nemogoče, da ljudje kar vstanejo in gredo ven?
Možna intervencija	(Pozitivno formuliranje), Hočete povedati, da bi se vsi držali pravil?
Izjava 3	Torej, tako ne gre več, da se informacije ob predaji službe ne upoštevajo. Tukaj so ljudje, ki ne poslušajo!
Možna intervencija	Kako bi pomembne informacije pri predaji posredovali tako, da so vsem jasne in razumljive?

4. Komunikacija s svojci in obiskovalci

Vzpostavljanje razumevajočega odnosa s svojci naj sloni na trdnih osnovah, saj nihče ni nezadovoljen brez razlog, in to dejstvo je potrebno razumeti kot izziv. Pomembno je ugotoviti možni vzrok za nezadovoljstvo in upoštevati čustvovanje svojcev z občutki žalosti, nemoči in ločitve pri namestitvi starostnika v domsko okolje. Pričakovanja in želje svojcev v zvezi s starostnikom so usmerjene v osebne potrebe starostnika v domskem okolju. Zaradi občutkov neuresničenih pričakovanj svojcev ali neizrečenih želj starostnikov se pojavijo občutki krivde. Nekatere občutke krivde svojci predelajo, ko ugotovijo, da je za starostnika dobro poskrbljeno in da je zadovoljen. Včasih se začnejo »boriti« za svojega starostnika, ker želijo doseči poseben način obravnave, izpolnitve želja zato postanejo zahtevni pri soočenju z zaposlenimi. Zaposleni se morajo naučiti konstruktivne komunikacije:

- svojcem stopijo naproti: koristijo prednosti timskega dela, tako da skupaj premislijo, kdo je v timu tisti, ki lahko vzpostavi spoštljiv stik in kdo bo v prihodnje komuniciral z njimi;
- vključijo svojce: možnost sodelovanja je vsestranska, ponudijo jim priložnost, da sodelujejo pri načrtovanju, pripravah in usmeritvah na praznovanjih in aktiviranju starostnikov. Razumejo tudi tiste, ki ne želijo sodelovati, vendar že ponudba nakazuje, da so družinski člani dobrodošli. Kljub vsemu je potrebno sorodnike redno obveščati o dogodkih, spremembah in novostih. *Praktični nasvet: svojce sprejemamo resno in smo v informacijah, obljubah in dogovorih zanesljivi.*
- pojasnijo pričakovanja in želje svojcev: tako se najprej odpravijo nesporazumi in nerealne zahteve, se opredelijo možnosti in omejitve. Na ta način bodo tudi svojci pomagali najbolje izkoristiti možne vire v korist starostnikov.

- razumejo občutke svojcev: brez strahu se pogovorite o občutkih, kot so jeza, prevelika skrb, nemoč in tesnoba ali morebitna žalost.
- ne vrednotijo, ne moralizirajo: ne vključujejo se v družinske zadeve. Svojcem ponudijo možnost, da izpovejo svoje izkušnje, ponudijo priložnost, da izrečejo svoje občutke ob tem ponudijo oporo. V vsakem primeru se izogibajo osebnim pregledom na družinske razmere ali posredovanju z dejanji zunaj delovnega mesta.
- spremenijo stališča, kadar jim svojci kljub vsem ukrepom še vedno kažejo neprijazno vedenje. *Včasih pomaga, da se ne osredotočamo samo na njih, temveč pomagamo starostniku in drug drugemu.*

Včasih sta izkazano razumevanje in znanje nezadostni za obravnavo zahtevnih svojcev, kljub profesionalnem odnosu. V oskrbi je potrebno poskrbeti tudi za svoje zdravje z osredotočenjem nase z možnostjo pogovora z vodjo ali strokovnim sodelavcem v varnem okolju. Pomirjajoče deluje sproščujoča vadba, relaksacijsko dihanje in drugo. Reševanje neželenih situacij s svojci nam pomaga razumeti njihove težave, čustva in reakcije, ki izhajajo iz dolgoletne preobremenitve, skrbi, sramu ali žalosti.

Kljub morda izgovorjenim kritikam glede negovanja starostnika, smo lahko boljši in s profesionalnim pristopom ustvarimo pozitivno vzdušje dialoga za obe strani. Svojci niso boljši ali slabši, so lahko bolj zaskrbljeni, žalostni ali nemočni, zato smo odprti za razumevanje brez predsodkov. Problemi, ki nastajajo v oskrbi so rešljivi. Svojci nas ne želijo prizadeti, njihovo vedenje pa je posledica stresa. Vključevanje svojcev v vsakodnevne aktivnosti z zagotavljanjem varnosti in sodelovanja pri projektih spreminja svojce v partnerje. Pokažimo svojcem, da so vedno dobrodošli, ne nasprotujemo jim, jih aktivno poslušamo, z njimi sočustvujemo ter tako izkazujemo spoštovanje.

Težave v komunikaciji in nesporazumi pri sodelovanju s svojci so del oskrbe, saj se zaposleni težko postavimo vlogo svojca. Dejavniki, ki otežujejo komunikacijo s sorodniki so: neravnovesje med poznavanjem dnevnega dela pri oskrbi v instituciji, delo zaposlenih v izmenah ter pogosto menjavanje svojcev ne omogoča intenzivnejšega stika. Svojci najprej razmišljajo o potrebah svojega starostnika in včasih ne razumejo, da morajo zaposleni določiti prioriteto nalog in biti odzivni za vse stanovalce. Najbolj jih prizadene premestitev starostnika z demenco kljub spoznanju, da potreba po oskrbi presega možnosti oskrbe v domačem okolju.

Sodelovanje s sorodniki pomeni sprejeti pritožbe, poiskati predloge in raziskati načine za reševanje težav. Spodbudimo jih, da nam pomagajo pri zmanjševanju ovir pri izvajanju oskrbe, jih prosimo za pomoč v problematičnih negovalnih situacijah, pri neverbalni komunikaciji s starostnikom in drugo.

Vsekakor moramo spoštovati in razumeti njihovo odločitev o nesodelovanju, saj imajo zato svoj razlog. Zaposleni naj sprejmejo svojca s spoštovanjem, z odprtostjo in brez predsodkov.

5. Komunikacija s starostniki

Sposobnost razumevanja jezika je pomembna komunikativno interakcijo z drugimi in ni statična lastnost, se nenehno razvija, skozi celotno življenjsko obdobje. Ljudje v svojem življenju razširjajo svoje jezikovne veščine, se prilagajajo spremembam, novim razmeram in vlogam. Poleg družbenih dejavnikov, okolja v katerem živimo, socialnih stikov in izkušenj, so kognitivni dejavniki ključnega pomena in predstavljajo osnovo vsake interakcije. Možganske bolezni, ki so bolj pogoste v starosti, vplivajo na komunikacijo. Vpliv je odvisen od resnosti bolezni, kognitivnih sposobnosti in predvsem ohranjenih komunikacijskih sposobnosti. Komunikacija je vedno interakcija med dvema ali več partnerji, ki se opira na zaznavanje in obdelavo informacij s posebnim poudarkom na sluhu in vidu, ki s staranjem pešata. Starostniki imajo številne možnosti za izboljšanje zmogljivosti na področju znanja kljub morda zmanjšanju sposobnosti ravni spomina, vendar si lahko pomagajo s pomočjo preteklega znanja in z izkušnjami. Zato je za učinkovito komunikacijo s starostnikom dobro poznati njegovo biografijo.

Terapevtska komunikacija sloni na pravici do avtonomije, odločanja in informacij o oskrbi. V terapevtski komunikaciji se okvirno postavijo cilji, pojasnijo se pomembne informacije in z njimi povezani občutki kot podlaga za odločanje. Pri tem so pomembni:

- profesionalni komunikacijski slog,
- zdrava osebnost,
- vsebina informacij,
- človeški odnos.

V koncept komunikacije s starostniki je pomembno vključiti čas za pogovor ob aktivni in enakopravni komunikaciji. Primeren verbalni in neverbalni stik, zmožnost empatije za vzpostavitev zaupnega odnosa in večplastno pridobivanje informacij, svetovanje in pojasnitev ter možnosti upoštevanja starostnikovih želja, postavljanja ciljev, spremljanje in podpora starostnika predstavljajo pomembne zahteve za uspešno in kakovostno komunikacijo.

Raziskave navajajo, da starostniki potrebujejo in želijo več časa za pogovor. Učinki takšnega pristopa so optimalno sodelovanje, boljši zdravstveni izidi, zvišana kakovost življenja in zmanjšanje strahu. V nasprotnih situacijah opozarjajo na nezadovoljstvo v smislu pomanjkanja emocionalne podpore,

zaupanja in odnosa. Izmenjava informacij in spodbujanje komunikativnih zmožnosti vpliva na odnose in skupno odločanje.

Dobra komunikacija vpliva na oskrbo v smislu samostojnosti in sodelovanja, kar zvišuje starostnikovo avtonomijo in zadovoljstvo. Etična drža v odnosu do starostnika označuje sočutje, skrb in pomoč ter pozornost na zaupane potrebe in želje. Suverenost starostnika pomeni priložnost in sposobnost starostnika, da ima v vlogi uporabnika storitev oskrbe možnost izbire in najboljšo možno obravnavo. Predstavlja tudi odnos v smislu preglednosti odločitev, skozi katere je viden odnos in proces obravnave. Avtonomija ni le samo sposobnost samooskrbe, izbire in odločanja ampak tudi pravica do zavrnitve, do spremljanja in iskanja alternative z zmanjšanjem omejitev v institucionalnem okolju.

Dela s starostniki si ni mogoče predstavljati brez komunikacije, nenazadnje tudi zato, ker je potrebno delati z empatijo in naklonjenostjo, ki sta ključnega pomena. Posebne pozornosti so deležni tisti, ki potrebujejo posebno oskrbo, so slabega zdravja, ne morejo zapustiti svoje sobe in pogosto tudi postelje ne.

Zaposleni se pogosto soočajo s kritičnimi in čustveno stresnimi situacijami, v katerih se morajo prilagajati, ko komunicirajo s starostnikom ali njegovimi svojci. V oskrbi se pojavlja nešteto vprašanj: Kako se morajo obnašati, če nekdo dosledno zavrača zdravljenje, ki ga je predpisal zdravnik? Kako naj se odzivajo na verbalno agresijo stanovalcev domov ali dnevnih obiskovalcev? Kako naj se obnašajo, ob umiranju in smrti, ki je v naši družbi še vedno tabu? Takšna vprašanja, ki zagotovo v sodijo vsakdanje življenje, so za mnoge zaposlene zelo stresna, situacije jih močno prizadenejo. Zato bi bilo vsekakor smiselno zagotoviti pomoč zaposlenim, pri reševanju teh in drugih težavnih komunikacijskih situacij.

Zaposleni pogosto kažejo značilno vedenje, ko se pogovarjajo s starostniki, jim ne omogočajo izbiro teme pogovora, ponavljajo vsebine, glasno govorijo, ker predpostavljajo, da so vsi pri določeni starosti naglušni. Govorimo o predsodkih do starostnikov, ki vplivajo na odnos do starih ljudi in komunikacijo z njimi. Na primer, stereotip da je starost "drugo otroštvo" lahko povzroči, da se s starostnikom pogovarjajo otročje, kar opazovalcem deluje ponižujoče. Ustrezna in spoštljiva oblika komuniciranja lahko dolgoročno spodbuja odnos med starejšimi in zaposlenimi. Prav tako ne gre spregledati vloge starostnikovih sorodnikov in dnevnih obiskovalcev, saj so pomembni tako za starejše kot za negovalce.

6. Reševanje konfliktnih situacij v delovnem okolju

Umetnost komunikacije se kaže tudi v sposobnosti reševanja konfliktnih situacij, kadar se interesi in razmišljanja različnih oseb izključujejo. Avtorji navajajo dve vrsti konfliktov in to sta tekmovalni in razdiralni konflikti. Tekmovalni konflikt je takrat, ko si posamezniki prizadevajo za cilje, ki so med seboj

nezdružljivi. Razdiralni konflikt vključuje poraz posameznika, škodovanje in preganjanje. Ti dve vrsti se prepletata med seboj in v vsakem se pojavijo občutki agresivnosti in nasilnega vedenja. Značilnosti konflikta lahko opredelimo kot določeno vrsto interakcije, kjer se vrednote in cilji izključujejo s poudarkom na porazu ali zmagi ob aktivnosti nasprotnikov.

Konfliktna situacija ni statičen proces, ampak vedno vključuje dve osebi, vsako s svojimi stališči, vrednotami in cilji ter drugimi značilnostmi, ki so si v nasprotju. Nekateri avtorji navajajo, da je konflikt negativno sodelovanje in da konflikt in sodelovanje nista nujno usklajena. Teoretično konfliktni proces poteka v določenih korakih, ki so opredeljeni s predhodnimi dogodki, kognitivno oceno, čustveno oceno, vedenjem, razreševanjem ali potiskanjem problema in posledic konflikta.

Predhodni dogodki so vsi dogodki, ki so pripeljali do konflikta npr. pomanjkanje jasnih meja, kaj kdo počne, konflikt interesov, pomanjkanje razumevanja med osebami, odvisnost in zanašanje na drugo osebo, trdna hierarhična struktura zaposlenih, preveč vpletenih v proces odločanja, pridobivanje strinjanja v skupini, pravila skupine ali nerazrešeni konflikti.

Kognitivna ocena je pomembna za zaznavanje situacije in ocene verjetnosti, da bi prišlo do konflikta. Kadar je situacija zaznana kot možnost konflikta se udeleženi lahko skozi pogovor izognejo konfliktu, tako ne pride do konflikta in preprečijo njegov razvoj.

Čustvena ocena upošteva čustvene vidike saj interakcija poteka na osebni ravni ter stranki druga drugo krivita. Pri čustveni oceni je potrebno ocenjevati vedenje posameznika in v takih okoliščinah je konflikt manj verjeten oziroma ima boljši izid.

Pri vedenju gre za aktivnosti udeleženca z namenom preprečevanja uresničitve ciljev. V kolikor posameznik zazna te aktivnosti se bo konflikt stopnjeval, v nasprotnem pa bodo možnosti za razvoj konflikta manjše. Potiskanje konflikta ali reševanje je stopnja, na kateri konflikt razrešimo ali ga odrinemo v ozadje. Razrešitev je odvisna od pripravljenosti na reševanje, saj nerazrešeni konflikti povzročajo nove konflikte. Pomembno je, da vedno vidimo pozitivno možnost rešitve, da nasprotnika prijateljsko in z dobrimi občutki razrešita zadevo.

Obstajajo trije načini spoprijemanja s konflikti: zmaga - poraz, poraz - poraz in zmaga - zmaga. V praksi se srečujemo z nefunkcionalnimi reakcijami na konflikt. Prva vključuje nasilen boj, ko oseba vpije, kriči, napada in odklanja možnost poslušanja drugega, manipulira in odklanja sodelovanje. Zahteva, da se vse potrebe izpolnijo, kaznuje nepokorščino, obnaša se tako, da prelaga odgovornosti na nasprotnika z izidom zmaga – poraz. Drugi način je umik, oseba se ne želi pogovarjati, izogiba se temi pogovora, hlini, da ji nič ni ali da je pripravljena predaji, ne glede na svoje interese. Umika se, obnaša se malodušno, ne skrbi za svoje potrebe in cilje, potlači neprijetno čustvo in prehitro sprejema kompromis, oseba je pasivna, »premekha« za ljudi in probleme, zato je sporočilo takšne situacije jaz

izgubim ti zmagáš. Tretja neučinkovita situacija je »zamrznitev« pred problemom, oseba obnemi, otrpne in postane predmet manipulacij, ne subjekt. Nasprotnik potrebuje aktivnega partnerja, zato po neuspešnih poskusih usposobitve otrplega za akcijo sam omaga in se znajde v nerodnem položaju, situacija pa nerešljiva in nesmiselna. Sporočilo je, nihče ni zmagal, ker je problem nerešljiv.

Zaposleni v oskrbi naj bi preprečevali nastajanje konfliktov z oblikovanjem načinov poslušanja, obveščanja, informiranja ter preverjanja pravilnega razumevanja, nudenjem ustrezne pomoči in svetovanja. Tako se izkazuje primerno spoštovanje in vzdržuje zaupanje, izogiba se kritiziranju na osebni ravni, ohranja profesionalni odnos neprimernem razkrivanju samega sebe.

Konflikti na delovnem mestu so del profesionalnega življenja vseh zaposlenih in delujejo stresno na zaposlene. Obstajajo tudi pozitivni učinki konfliktov kot so utrjevanje odnosa, razvoj zaupanja, povečana delovna vnema in zadovoljstvo na delovnem mestu. Negativni učinki se kažejo kot nezadovoljstvo na delovnem mestu, večje odsotnosti, psihične težave in izolacija.

7. Etičnost in vrednote v procesu komunikacije

Vsebinska vprašanja se prepletajo z medgeneracijsko pravičnostjo ter pomisleki okoli življenja in smrti, z negativno podobo starejših v družbi ne le med laiki temveč tudi strokovnjaki ter diskriminacijo starejših.

Praktični vidiki etičnih vprašanj se nanašajo na temeljne življenjske aktivnosti ter izvajanje intervencij oskrbe in obravnave. Zaradi povečanega števila starostnikov, ki potrebujejo oskrbo ob zmanjšanem številu zaposlenih, se v oskrbi pojavljajo temeljni etični problemi. Članice Evropske unije so leta 2010 sprejele Listino o pravicah starostnikov, ki v 10. načelih vključuje širok nabor pravic, ki zadevajo vrednote, norme in interese starejših.

Strokovnjaki opozarjajo na pomanjkanje sodelovanja in zaupanja med različnimi strokovnjaki, ki delajo s starostnikom, kar je lahko povezano z resnimi posledicami, ki se dotikajo dostojanstva in varnosti. Sodelovanje med člani tima z vključevanjem starostnika integrira določene informacije in izkušnje v celoto. Zaposleni na tem področju dela morajo dobro prenašati stres in preprečevati izgorelost za varno izvajanje z oskrbe. Raziskave so pokazale, da se pri obravnavi starostnika zaposleni zavedajo lastne odgovornosti, vendar pogosto nimajo moči in sredstev za odločanje. Zato so zaupanja vredni odnosi med vsemi vključenimi bistvenega pomena v podpori pri odločanju, podajanju informacij ali izboljšanju komunikacije ter znanja med različnimi strokovnjaki.

Multidisciplinarno delo zavezuje vse zaposlene k spoštovanju etičnih norm, kar zanesljivo vpliva na zagotavljanje visoke kakovosti storitev. Pomanjkanje zavezanosti k etičnim načelom v obravnavi

starostnika je povezano z negativnim odnosom do starostnika in staranja ter občutkom, da so starostniki nezmožni prevzeti odgovornost za svoje življenje. Samostojnost vključuje odločanje o neodvisnosti pri samooskrbi. Tu se pojavlja dilema povezana z dostojanstvom, ki vključuje izboljšanje neodvisnosti starostnika ter presojo o njihovi varnosti.

Dostojanstvo je temeljni koncept v oskrbi starostnikov, saj brez spoštovanja dostojanstva in integritete starostnika s pravico do odločanja o svojih potrebah ni kakovostne oskrbe. Raziskave potrjujejo dejstvo, da se moramo pri oskrbi zavedati osredotočenja na izboljšanje vloge posameznikov vključenih v oskrbo. V oskrbi je potrebno prevzeti odgovornost za pridobitev soglasja starostnika v zvezi z načrtovano obravnavo ob uporabi različnih strategij z namenom izboljšanja razumevanja problema. Tako spoštujemo starostnikovo pravico do samoodločanja in jih usposabljammo za aktivno vključenost. Večja ozaveščenost zaposlenih o etičnih problemih pri oskrbi starostnikov pomaga zagotoviti etično visoke standarde oskrbe.

Drug koncept se nanaša na odločitve in dejavnosti, ki temeljijo na individualni opredelitvi glede praktičnih problemov ter neposredno zadevajo avtonomijo. Avtorji ugotavljajo, da se kršitve avtonomije pojavljajo pri obravnavi starostnikov s kroničnimi boleznimi ob spremembah kognitivnih sposobnosti. Obravnava v instituciji sama po sebi prispeva k omejitvi občutka avtonomije. Zlasti v primerih, kadar starostniki nasprotujejo bivanju v instituciji tudi na račun zdravja in varnosti. Starostnik lahko vpliva na prehranjevanje, osebno higieno, oblačenje, gibanje in mu njegovo sodelovanje z odločanjem prinaša pozitivne rezultate, ki jih je potrebno poudariti.

Zaposleni v oskrbi si včasih vzamejo pravico do odločanja ob nizki stopnji zagotavljanja zasebnosti. Starostnikom je potrebno nameniti več pozornosti, kadar so izpostavljeni dotikom, ko je prizadet njihov intimni prostor ter ob njihovem vključevanju v življenjsko okolje. Kakovostna obravnava starostnikov ne temelji na pasivnem sprejemanju oskrbe, temveč na aktivnem sodelovanju oziroma njihovi celostni vključenosti v procese obravnave.

Upoštevanje integritete starostnikov med oskrbo predstavlja okvir za zagotavljanje najvišjih možnih standardov, ki poudarja varovanje kakovosti življenja starostnikov s pravico do samoodločbe in ohranjanju neodvisnosti. Tako smo pri delu z njimi vedno pred dilemo ob spraševanju ali je upoštevano skladno etično delovanje, ki vključuje tudi odgovornost posameznikov pri preprečevanju in odpravljanju etičnih tveganj, ki bi bila nasprotju z zakonsko in pravno ureditvijo področja ter poklicnimi etičnimi kodeksi.

Različni avtorji v svojih prispevkih navajajo fizično, psihološko in socialno integriteto ter jih natančneje opredeljujejo. Tako je telesna integriteta povezana s fizičnim dotikom, občutkom, da se starostnika obravnava kot človeško bitje, ter preprečuje fizično zlorabo in pomanjkanje individualne varnosti. Zato

je potrebno spoštovati vsako odločitev, vendar kadar je ta v korist starostniku in ne vpliva na poslabšanje zdravja (npr. zavračanje hrane). Uvajanje hranilne sonde v paliativni oskrbi, kjer se sprašujemo, kakšno je trpljenje posameznika v povezavi s pravico do ohranjanja življenja. Psihološka integriteta je povezana s pravico do samoodločbe in pridobivanja informacij. Tretja, socialna integriteta zadeva socialno izolacijo in osamljenost starostnikov, saj je pogosto bivanje v inštituciji strogo ločeno od življenja izven nje. Življenje v inštituciji je včasih dolgočasno, brez vsebine, vpliva depresivno, običajno starostniki ves čas čakajo na nekaj ali nekoga. Svojci poročajo, da preveč časa preživijo v miru in sede na svojih invalidskih vozičkih. Rutinirano opravljanje aktivnosti in intervencij oskrbe z neupoštevanjem individualnih želja in pomanjkanjem primernih informacij so starostniki občutili kot brezbriznost. Strokovnjaki navajajo, da je pomanjkanje skrbne obravnave starostnikov v zvezi z etičnimi dilemami bolj izražena pri mlajših zaposlenih, tistih brez izkušenj in zaposlenimi za krajši čas. Zaposleni v oskrbi starostnika z daljšimi delovnimi izkušnjami kažejo več empatije tudi, kadar so v naglici. Neizkušeni nimajo ustreznih veščin, ker so usmerjeni v povečano storilnost, kar daje občutek nestrpnosti. Institucionalna pravila in norme ravno tako omejujejo starostnika pri izražanju njegovih potreb in želj, ker so te običajno podrejene rutini in institucionalnem redu.

Etična dilema je opredeljena kot stanje, v katerem moramo izbrati med dvema ali več enako nesprejemljivimi odločitvami, kjer vsaka rešitev vsebuje neprijetne odločitve. Tako fizično omejevanje starejših predstavlja eni strani zagotavljanje varnosti, po drugi pa omejitev njegove svobode. Tu je potrebno doseči konsenz ter najprej poiskati vse druge možnosti za zagotavljanje varnosti. Zaposleni morajo imeti znanja pri iskanju drugih možnosti brez fizičnega omejevanja. Sistemski pristop k etičnim dilemam bi olajšal odločitve, če bi omogočal interdisciplinarno komunikacijo, razpravljanje o obravnavi in varnostnih standardih pri uporabi fizične omejitve.

Pogosta dilema se pojavlja pri aplikaciji zdravil in študije omenjajo, da 79 % starostnikov prejema zdravilo na prikrit način (zmešano v čaj ali hrano, v zdrobljeni obliki). Tako je prizadeta osebna avtonomija pri odločanju ob zavedanju, da starostnik potrebuje zdravljenje. Obravnava bi morala zastopati dokazano najboljše izide za starostnike brez škodljivih posledic. Včasih se zdravilo uporabi kot manj neprijetna oblika v primerjavi z fizičnim oviranjem. Potrebno je argumentirati dejstva tudi proti aplikaciji zdravil. Etična dilema v primeru starostnikov vključuje tudi pravico do dostojne smrti v domačem okolju ali v inštituciji. Paliativna oskrba lajšanje bolečin in izboljšanje kvalitete življenja starostnikov in svojcev. Raziskave omenjajo pomanjkanje znanja o kakovosti oskrbe ob koncu življenja, ki je usklajena z željami starostnikov ter upoštevanjem teh, npr. vztrajanje na oživiljanju.

Strokovnjaki omenjajo potrebo po izobraževanju zaposlenih v oskrbi ter pridobivanju specialnih znanj o učinkoviti komunikaciji s starostnikom in svojci o koncu življenja, o alternativnih izbirah ter boljšem

razumevanju situacije. Pogosto vprašanje se postavlja, kako se odločiti ko pride čas umiranja, ker so udeleženci različno pripravljeni sprejeti smrt kot končni izid. Sprejemanje odločitev o prekinitvi obravnave tudi podaljševanja življenja z ukrepi, kot so umetna hrana ali hidracija, predstavlja zelo težke dileme. Paliativna oskrba pomaga starostniku in svojcem sprejeti umiranje in smrt kot naravni proces, kjer so deležni odlične oskrbe ob umiranju. Ob tem se izboljšuje izkušnja umiranja za njih in njihove svojce.

Zaposleni v zdravstveni obravnavi starostnikov bi morali skrbeti za varovanje njihove integritete na vseh področjih. Dileme, ki se pojavljajo ob vsakodnevnem delu, je potrebno skrbno preučiti iz vseh vidikov ter v zdravstveni obravnavi izgraditi sistem etičnih odločitev. Ta naj bi omogočal avtonomno strokovno komunikacijo med člani tima, podpiral varnostne standarde ter zagotavljal pridobivanje znanja s področja etike in etičnih dilem. Zavedanje strokovnjakov o osebni integriteti starostnikov med obravnavo ob upoštevanju etičnih standardov ponuja pomemben prispevek h kakovosti življenja.

MODUL 4: UDELEŽENCI V PROCESU OSKRBE

Naloge zaposlenih pri oskrbi so, da zadovoljujejo potrebe starostnikov in usklajujejo odnose vseh deležnikov vključenih v oskrbo. Zaposleni morajo ponuditi razumevanje in vpogled v razmišljanje, občutenje in ravnanje vseh deležnikov v oskrbi. Zaposleni so pogosto pri svojem delu izpostavljeni pritiskom zaradi jeze svojcev, kateri izražajo svoje nezadovoljstvo z nego. V raziskavah omenjajo, da intenzivni kontakt in dobro sodelovanje ter integracija svojcev dobro vpliva na oskrbo. Zadovoljstvo vseh udeležencev se kaže skozi področje oskrbe, socialne obravnave ter splošnega zadovoljstva. Pomembno vlogo pri razumevanju ima empatija, saj svojci to ocenjujejo kot zelo pomembno. V odnosu s svojci je pomembno, da so kontakti kontinuirani s pripravljenostjo poslušati in razumeti njihove potrebe na individualni ravni.

1. Obremenitve zaposlenih pri delu s starostniki

V Sloveniji je opravljenih več raziskav, ki so preučevale različne vidike zadovoljstva z delom v domovih starejših občanov, ker specifičnost procesov vpliva na organizacijsko kulturo in organizacijsko klimo v socialnem zavodu kot na pomembna dejavnika zadovoljstva.

Musek Lešnik (2007) v tem kontekstu opredeli zadovoljstvo zaposlenih kot temeljne dimenzije, in sicer: če delo ponuja tisto kar človek pričakuje, če človek čuti, da se prek dela uresničuje in da je zadovoljen z življenjem, ki ga delno ponuja tudi delo. Ugotavlja, da med zadovoljstvom in osmišljenostjo dela obstaja močna korelacija, ker je potreba po smislu človeku prirojena in predstavlja močen motiv za pomembna področja v življenju, kar delo zagotovo je. Delo v oskrbi v socialnovarstvenih zavodih zagotovo zahteva visoko stopnjo občutenja smiselnega poslanstva, saj »občutek izpolnjenosti pomembno vpliva na zadovoljstvo z delom in življenjem« (Musek Lešnik, 2007). Zadovoljstvo je subjektivna kategorija, ki definira zaznavanje pozitivnega emocionalnega stanja posameznika na osnovi izpolnitve njegovih pričakovanj v zvezi z delovnim mestom, nalogami, odnosi, priložnostmi za osebni in karierni razvoj in drugo.

Zaposleni v domovih starejših so obremenjeni s specifičnimi nalogami, ki zahtevajo visoke profesionalne kompetence ter povečan psihični in fizični napor pri delu.

Obstajajo dokazi, da je v domovih za starejše v zdravstveni oskrbi in negi nizko število zaposlenih, da je velik časovni pritisk ob omejenem nadzoru zaposlenih nad delovnim okoljem. Avtorji navajajo, da med zaposlenimi v domovih starejših pogosto prihaja do neusklajenosti osebnih ciljev, nudenja kakovostne pomoči ljudem in ekonomskimi zahtevami organizacije. Ugotavljajo, da je pri zaposlenih razvita sposobnost empatije in pripravljenosti pomagati, zato so zaradi večjega obsega delovnih nalog, pogosto v konfliktnih situacijah, ki pri zaposlenih izzovejo jezo, agresijo in strah.

Relacije med odnosi posameznih vplivov so zelo zapleteni, zato delovne organizacije morajo skrbeti za zadovoljstvo vseh zaposlenih, saj tako ustvarjajo socialni kapital na katerem lahko gradijo. Vidik zadovoljstva predstavlja podpora, ki jo posameznik zaznava skozi različne oblike pohval, napredovanj, odnosa do napak, odsotnosti z dela, bolezni ter kaže usklajenost razmerja med zaposlenim in organizacijo. Posameznikovo zaznavanje podpore vpliva na njegovo pripadnost in identiteto podjetja, ob istočasnem delovanju na njegovo samozavest, samospoštovanje in pozitivno samovrednotenje (Musek Lešnik, 2007).

Avtorji navajajo dejavnike delovnega mesta kot pomembne za oceno zadovoljstva zaposlenih. Ugotovili so, da pričakovanja upadajo z leti delovne dobe, ki posledično vplivajo na zadovoljstvo. Raziskovalci so ugotovili, da zaposleni v poklicih na področju geriatrije po 3 do 10 letih delovnih izkušenj doživljajo frustracije zaradi previsokih obremenitev znotraj delovnega okolja, kar vzbuja negativna čustva. Navajajo, da organizacijski dejavniki kot so hierarhija, dostop do informacij, pomanjkanje kadra, pomanjkanje podpore zvišujejo tveganje za sindrom izgorelosti.

Raziskava med zaposlenimi v oskrbi, je pokazala zanimivo sliko: povprečje visoke starosti anketirancev ob relativnem pomanjkanju izkušenj dela s starejšimi, kar domnevno kaže na poznejšo vključitev v delo kot posledica tranzicije in izgube delovnih mest. Kvalifikacijska struktura zaposlenih kaže na visok delež bolničarjev s srednjo poklicno izobrazbo (63,6 %), kar verjetno nakazuje na pomanjkanje strokovnega kadra, odgovornost za veliko število stanovalcev, delo z zahtevnimi stanovalci in časovni pritisk pri izvajanju oskrbe. Ugotovljeno je bilo, da je dejavnik posebnosti dela v oskrbi, ki zahteva visoko stopnjo prilagajanja posebnostim stanovalcev: agresija, upoštevanje individualnih potreb ter sprejem stanovalcev z onkološkimi in psihiatričnimi boleznimi. Struktura stanovalcev v domovih starejših kaže na visok delež oseb s kroničnimi boleznimi, kar zahteva večje število in kvalifikacije zaposlenih. Družbena in politična klima v državi ni naklonjena problemu starostnikov, ker kljub dokazom o potrebi po izboljšanju standardov še ni ustreznega odziva. Osebni razlogi za delo v oskrbi so vezani na preverjanje najvišjih etičnih vrednot. Omenjene vrednote s področja motivacije in etike pomembno vplivajo na zadovoljstvo z delom (Musek Lešnik, 2007). Predlogi nakazujejo potrebo po nekaterih spremembah v oskrbi v domovih, saj so zaposleni zelo obremenjeni s pogoji dela, ki vključujejo pomanjkanje strokovnega kadra, veliko odgovornost ter časovni pritisk pri izvajanju oskrbe.

Oskrba stanovalcev v domovih zahteva posebno pozornost strokovnjakov in širše skupnosti, saj demografska gibanja napovedujejo še večji porast oseb nad 80 let ter s tem tudi večje potrebe po oskrbi. Potrebno je ustvariti ugodne pogoje dela za zaposlene, ker le tako lahko kakovostno in varno skrbijo za starostnike.

2. Učinkovite rešitve preobremenitev zaposlenih pri negovanju

Zdrava in varna delovna mesta so pogoj za učinkovito in kakovostno delo. Z delom povezane zdravstvene omejitve in nezgode na delu predstavljajo zelo visoke stroške ob izgubah delovnih dni in delovnih sposobnosti zaposlenih. Raziskave navajajo, da je delo s starostniki, ki so funkcionalno omejeni povezano s tveganji za višjo obolevnost zaposlenih in posledično izgubo delovnega mesta. Znano je, da se zaposleni v zdravstveni in socialni oskrbi starostnikov vsakodnevno soočajo s fizičnimi in psihičnimi obremenitvami kot so:

- obremenitve s fizičnim delom (dvigovanje, nošenje in delo v nenaravni telesni drži);
- vsakodnevni stik s kemičnimi snovmi (razkužila in čistilna sredstva, zdravila);
- delo ob neugodnem času (nočno delo in/ali delo v izmenah);
- psihosocialne obremenitve (visoka odgovornost, nasilnost, agresija, intenzivnost dela, soočenje s trpljenjem in smrtjo).

Strokovnjaki ugotavljajo večje število težav z okvarami in boleznimi hrbtenice med zaposlenimi, ki niso odraz staranja, temveč dolgoletne izpostavljenosti poklicnim obremenitvam. Sistematično zajemanje ogrožajočih dejavnikov v delovnem okolju zahteva analizo vseh delovnih situacij, procesov in okolja. Z natančnimi podatki o tveganjih v delovnem okolju se oblikujejo strategije za zmanjšanje nevarnosti in obremenitev ob prepoznavanju izboljšanj pri preprečevanju nezgod pri delu in poklicnih boleznih. Sistematičen pregled del in opravil na področju oskrbe starostnikov (negovanje, skrb za perilo, delo v kuhinji) zajema sledeča opravila: ročna dela s povečano obremenitvijo (transfer starostnika v postelji, v kad, na stol), psihosocialne obremenitve (pomembne kompetence in vedenje, delo pod časovnim pritiskom), stik z biološkimi materiali in snovmi (izločki, kri, prenosljive okužbe, vbodi in poškodbe, razkužila in čistila).

Ročna dela s povečano obremenitvijo pomenijo posebno fizično obremenitev, ki za zaposlenega v oskrbi predstavlja določeno tveganje za morebitne zdravstvene težave. Najpogostejša opravila vključujejo dvigovanje, prijemanje, vlečenje, nošenje in potiskanje. Omenjene fizične obremenitve povezane z neugodno telesno držo kot so: stoja, hoja, sedenje, prepogibanje in dela z dvigom rok čez višino ramen. Akutne nevarnosti so nevarnost poškodbe hrbtenice (hernije diska), poškodbe vezi (ligamentov) in/ali praske, modrice in odrgnine. Srednjeročna izpostavljenost obremenitvam predstavlja nevarnosti za kronične kostno mišične težave in bolezni, okvare ledvene hrbtenice, ramenskega obroča z okvaro vratne hrbtenice. Dolgoročna izpostavljenost obremenitvam vpliva na razvoj kroničnih degenerativnih kostno - mišičnih boleznih in spremembe mišic medeničnega dna.

Tabela 2: Dejavniki tveganja za kostno mišične bolezni

<i>Z delom povezani rizični dejavniki kostno mišičnih bolezni</i>	
<i>Telesne obremenitve</i>	<i>Psihične obremenitve</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Statično mišično delo (mišična napetost z omejitvijo gibanja); • Visoka uporaba sile; • Dvigovanje in nošenjem bremen; • Obremenitve ob delovnih konicah; • Ponavljajoči delovni gibi ; • Delo s sklonjeno držo in obračanja; • Pomanjkanje gibanja/ delovanje stresa; • Mokro, hladno in preprišno okolje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Postavljanje neutemeljenih ciljev; • Konflikti vlog; • Strah pred napakami; • Premalo odločanja; • Premalo vpliva na lastno delo; • Časovni pritisk; • Omejena poklicna vizija; • Premalo upoštevanja s strani predpostavljenih.

Učinkoviti ukrepi za zmanjševanje ročnih obremenitev so sestavljeni iz tehničnih rešitev, organizacijskih sprememb in osebnih ukrepov in rešitev.

Tehnična sredstva, kot so pasovi, deske, kadi z nastavitvijo višine, dvigala, tuširni voziček ter vzpostavljanje delovne višine, prostih poti gibanja in ergonomsko prilagojena sredstva omogočajo lažji transfer oseb v oskrbi. V praksi se tehnična sredstva ne uporabljajo zaradi pomanjkanja motivacije in porabe časa za montažo, zaradi česar jih zaposleni ocenjujejo kot neuporabne. Kadar prihaja do takšnih odklonov je potrebno uvesti izobraževanje zaposlenih s teoretičnim in praktičnim usposabljanjem, praktičnim delom, spremljanjem in preizkušanjem v praksi ter vzpostavljanjem stalne pomoči pri rokovanju. Spremljajoči ukrepi so uporaba nedrsečih in prilegajočih rokavic, ohlapna in zračna delovna oblačila brez velikih žepov (možnost nataktnitve).

Organizacijski ukrepi zajemajo načrtovanje transferja starostnikov s pravilnimi prejemi in/ali z uporabo tehničnih sredstev in pripomočkov, načrtovanjem menjave delovišča in obremenitev v timu, negovanje v parih s kratkimi odmori, umeščanjem intenzivnega dela v manj moteči čas in timsko sodelovanje.

Osebni ukrepi in rešitve se nanašajo na posredovanje informacij o nevarnostih, ki vključujejo »šolo za zdravo hrbtenico« z urjenjem telesnih zmožnosti in odpravo mišičnega neravnovesja, vajami vsakodnevnih gibalnih vzorcev z obremenitvijo hrbtenice, posredovanjem osnovnih znanj o anatomiji, fiziologiji in biomehaniki hrbtenice ter raztezanjem in krepitvijo mišic. Napotki za delo zaposlenih vključujejo ohranjanje ravnega hrbta pri delu, brez sukanja (zvijanja) hrbtenice, varno izhodišče, primerna oblačila in obutev, delo brez sunkovitih gibov in omejitev obremenitve.

Psihosocialne obremenitve zajemajo vsakodnevne poklicne obremenitve kot so časovni pritisk, odločanje brez zadostnih informacij, slabša podpora sodelavcev, neznanje in drugo, ki vplivajo na splošno počutje in zadovoljstvo zaposlenih z delom. V obsežni raziskavi izvedeni v Evropski uniji je 52 % zaposlenih delalo pod časovnim pritiskom, 33 % ni imelo vpliva na svoje delo, 45 % je poročalo o monotonem delu, 44 % o pomanjkanju kroženja zaposlenih, 50 % o ponavljajočih se gibih in 16 % o pomanjkanju podpore s strani vodij in sodelavcev.

Delovne obremenitve niso pri vseh zaposlenih enake in jih ne čutijo vsi enako, odvisne so od spola, starosti, izkušenj in kombinacije različnih individualnih dejavnikov. Občutenje obremenitev spoznavamo kot stres, ki se kaže kot neprijetna napetost in psihični pritisk na organizem. Telo poskuša vzpostaviti ravnovesje in zmanjšati negativen učinek stresa na misli, čustva in vedenje ter posledično tudi sposobnosti in učinkovitost. Razlikujemo akutni stres, ki nastopi nepričakovano in kratkotrajno z izločanjem hormona adrenalina, ki vpliva na hitrejši srčni utrip, pospešeno dihanje, razširitev zenic, upočasnitev prebave in vzpostavi umirjenost ko mine nevarnost, ker organizem varčuje z energijo za učinkovito spoprijemanje s stresom.

Kronični stres se prepozna, kadar je organizem dalj časa pod vplivom stresnih dejavnikov in v stalni pripravljenosti za spoprijemanje s stresom ob izločanju kortizola (hormon), ki po določenem času pripelje do zdravstvenih motenj in težav. Dolgoročni vpliv kortizola povzroči v možganih omejitve nekaterih sposobnosti zbranosti in spomina. S stresom izzvan zvišan krvni tlak poškoduje elastičnost ožilja in vodi v drobne poškodbe z okrepljenim vplivom belih krvničk, ki ščitijo notranjost žilne stene pred vnetjem. K temu se pridružijo še nalaganje maščob, delovanje sladkorja in krvnih ploščic zaradi česa lahko pride do ateroskleroze, srčnega infarkta in možganske kapi. Delovanje stresa na jetra vpliva tako, da se uskladiščene maščobe preoblikujejo v sladkor s čemer se zviša nivo sladkorja v krvi. Sluznica črevesja in želodca je podložna vnetjem in razjedam ter bolečinam in slabostim zaradi delovanja želodčne kisline. Stres posredno negativno vpliva na spolnost z motnjo libida. Mišice propadejo pod vplivom maščobnih kislin, ki delujejo na izgorevanje mišičnih beljakovin, tako se mišice skrčijo kar se posledično kaže z bolečinami in napetostjo v predelu vratu in ramen. Aktivacija stresa vpliva na imunsko obrambo, posamezniki so nagnjeni boleznim, ki se zdravijo daljši čas. Utrujenost in depresivnost sta spremljevalki stresa.

Tabela 3: Stresni dejavniki v delovnem okolju²

<i>Stresni dejavniki v delovnem okolju</i>			
<i>Delovno okolje</i>	<i>Zahteve delovnega mesta</i>	<i>Delovna orientacija</i>	<i>Sodelovanje/vključenost</i>
Neprimerna zasnova delovnega mesta	Fizične in psihične obremenitve	Pomanjkanje varnosti v službi /med delom	Nejasne pristojnosti in naloge
Pomanjkanje delovnih sredstev	Delovni normativi	Pomanjkanje maneverskega prostora pri delu	Pomanjkanje sodelovanja v organizaciji
Obremenitev z različnimi snovmi	Pomanjkanje informacij in sredstev	Pomanjkanje možnosti za razvoj	Pomanjkanje sodelovanja pri oblikovanju dela
Obremenitve v prostoru (fizikalni dejavniki)	Nejasna in protislovna navodila	Pomanjkanje povratne informacije o delovni uspešnosti	Specifičnost delovnega mesta
Povečan hrup	Prekinitve in motnje med delom	Nejasne pristojnosti in naloge	Diskriminacija in šikaniranje
Neustrezna osvetlitev	Nepredvidljivost načrta	Napačna uskladitev med dejavnostjo in kvalifikacijo	Slabi medosebni odnosi
	Pomanjkanje izobraževanj ob novih nalogah		Pomanjkanje možnosti za reševanje problemov in konfliktov
	Obremenjujoč delovni čas		Pomanjkanje podpore s strani sodelavcev
	Neustrezen čas med delom in odmorom		
	Preobremenitev s količino dela		
	Časovni pritisk		

Viri za zmanjšanje vpliva stresnih dejavnikov so razpoložljive možnosti in pomožna sredstva, ki preprečujejo, spreminjajo, blažijo ali uravnavajo njihovo delovanje.

Razlikujemo zunanje vire, ki so v delovnem okolju in omogočajo posamezniku spoprijemanje s stresom kot npr. možnost sodelovanja, socialna podpora, zanimivost dela, izobraževanje, možnost napredovanja, pogovori s kolegi, vodjo službe in gibljiv delovni čas. Notranji viri so vezani na osebnost posameznika, njegove strategije spoprijemanja s težavami, življenjski slog, socialne odnose, pozitivno naravnost, samospoštovanje in aktivnosti sproščanja. Viri iz delovnega okolja se nanašajo na sodelovanje in možnost vplivanja na delovne naloge in procese npr. možnost spremembe vrstnega

² Povzeto po Glaser, A., et al. Schwere Arbeit – leicht gemacht: ein Leitfaden für stationäre Altenpflege, 2006.

reda opravil, samostojno izbiranje potrebnih materialov, samostojno razporeditev delovnega časa, zagotavljanje časa za določena opravila, pogovor o problemih in potrebah za izvajanje nalog. K virom prištevamo tudi kolegične odnose na delovnem mestu, ki lahko zmanjšajo vpliv stresa, omogočajo pogovor, podporo in razumevanje. Osebno zadovoljstvo kot vir za zmanjšanje in uravnavanje delovanja stresa se navezuje na veselje, optimizem in srečo v zasebnem in poklicnem življenju. Avtorji so mnenja, da zanimivo delo in ponos, glede na opravljeno delo, prepoznavnost s strani kolegov in nadrejenih, načrtovanje dela, informiranost, poklicni razvoj, primerno plačilo, možnost interesnih dejavnosti in sproščanje, vpliva na varovanje pred neugodnimi vplivi stresa. Obvladovanje stresa v delovnem okolju zahteva prepoznavanje, ustvarjanje virov in aktivacijo razpoložljivih možnosti. Pogovor v timu s predlogi sprememb pri vodjah in sodelavci so vedno dobro sprejeti.

Psihosocialne obremenitve zajemajo še mobbing in Burnout. *Mobbing* je psihično nasilje na delovnem mestu, ki predstavlja negativno socialno interakcijo (konflikt), ki vključuje napade ene ali več oseb na eno ali več oseb, vsaj enkrat na teden in v daljšem časovnem obdobju (po statistični definiciji 6 mesecev). Problem nezaželenega vedenja na delovnem mestu se kaže kot: nasilje na delovnem mestu, agresivnost, ustrahovanje oz. šikaniranje na delovnem mestu in/ali osorno vedenje. Dolgotrajno poniževanje in/ali zlorabljanje zaposlenega je pogosto »dopuščeno« tudi, ko ga sodelavci ne odobravajo in povzroča sovražno, zastrašujoče delovno vzdušje, kar pri žrtvi znižuje samospoštovanje, moralo in produktivnost. Preventivno delovanje v delovni organizaciji sledi uvedbi posebnih ukrepov za preprečevanje mobbinga, kar pomeni: zgodnje prepoznavanje, učinkovito ukrepanje, ozaveščanje in izobraževanje vseh zaposlenih, usposabljanje vseh zaposlenih za poznavanje norm in vrednot z vključevanjem vseh zaposlenih v ocenjevanje ogroženosti in oblikovanjem dodatnih preventivnih ukrepov proti mobbingu.

Burnout ali sindrom izgorelosti prizadene zaposlene v oskrbi, ki so preveč odgovorne pri delu in ga opravljajo z največjim zadovoljstvom ob doživljanju uspehov, kjer sta odpovedovanje in žrtvovanje pozitivno ovrednoteni ali celo pogoj, brez možnosti za boljši položaj ali napredovanje. Kadar je v timu prisotna večja odsotnost iz dela, nejevoljnost in nezadovoljstvo obstaja nevarnost za izgorelost. Izgorelost je počasni proces, ki prizadene zaposlene zaradi prevelike obremenitve, večjega vpliva stresa, nesodelovanja v timu ob doživljanju čustvene preobremenjenosti in izčrpanosti. Telesni znaki, ki spremljajo izgorelost so: nespečnost, glavoboli, bolečine v mišicah, povišan krvni pritisk, pogoste infekcije in pomanjkanje libida. Psihični znaki so: prekinitev socialnih stikov, nezadovoljstvo, cinizem, konflikti in strah. Prepoznavanje prvih znakov zahteva takojšnje ukrepanje in preprečevanje zdravstvenih težav.

Fizično nasilje zajema udarec, ugriz, praskanje, brcanje, ščipanje in tudi uporabo različnih sredstev z namenom poškodovanja. Poleg telesnih napadov prihaja do verbalne agresije, zmerjanja, poniževanja, ki običajno preseneti zaposlene.

Ravnanje v primeru agresije: ohranjanje razdalje med zaposlenim in agresivnim stanovalcem, kljub temu, da je to težko, ker samo področje negovanja zahteva bližino. Zato se zaposleni morajo naučiti negovanja z vzdrževanjem razdalje ter omejitvijo prestopa v življenjski prostor starostnika. Nasilnost se pogosto pojavlja pri tistih starostnikih, ki imajo kognitivne spremembe, ker postanejo občutljivi na prekoračitev meje. Pri osebah z demenco, ki imajo težave z orientacijo in postanejo razdražljive, tudi zaradi okolja (hrup), se agresivnost lahko poveča. Neugodje in občutenje bolečine lahko izražajo z agresivnim ali apatičnim vedenjem. Kadar so spregledani dejavniki okolja, lahko starostniki neustrezno razumejo in pride do obrambnih reakcij.

Za fizično agresivnost so vzrok motnje zaznavanja, ki se pojavljajo pri duševnih boleznih kot je demenca. Drugi vzroki agresivnosti so še neželeni učinki zdravil, delirantno stanje, visoka vročina ali dehidracija. Stanovalcem domov lahko intenzivno spominjanje na neprijetne situacije iz preteklosti izzovejo jezo, preklinjanje, kričanje, agresijo in zmerjanje. Med razlogi za agresivnost so lahko konfliktna situacija med stanovalci, kjer je včasih nujno posredovanje zaposlenih pri zaščiti starostnikov. Kadar se agresivnost pojavi v obliki komunikacijskih posredovanj običajno zmanjkajo besede in se pojavita nemir in nasilnost, ki nista usmerjena na druge, čeprav opozarjata na prizadetost, poniževanje ali nerazumevanje. Pri preprečevanju takega vedenja pogosto pride do agresije nad zaposlenim. Takšno vedenje je potrebno primerno obravnavati, saj so reakcije zaposlenih različne.

Vzroki agresije so lahko tudi v medsebojnem odnosu, kot na primer ignoriranje starostnikov iz strani zaposlenega, poniževanje, zaničevanje, posmehovanje, omalovaževanje, opravljanje, klicanje z neustreznimi imeni, poimenovanje uporabnikov po njihovi bolezni. Dejavniki, ki vplivajo na pojav agresije so: omejena komunikacija in izražanje, stres, preobremenitev, slabo počutje, nezadovoljstvo, močna čustva kot so jeza, bes, žalost, občutki krivde, omejitev svobode gibanja, odvisnost od nege, izguba samospoštovanja, občutki ponižanosti in prepoved izražanja spolnosti.

Okoljski dejavniki so zvok, vonj, prostorski ambient, prekomerni vpliv motečih dejavnikov, zmanjšana možnost umika, premalo zaposlenih, izguba nadzora in avtonomije.

Kako profesionalno ravnati ob napadu iz strani starostnikov? Profesionalna drža pomeni razumeti doživljeno agresivnost kot del bolezenskega procesa in ne osebnega napada. Občutki zaposlenih ob agresiji so povezani z nemočjo ali nad-močjo, povečano agresijo in strahom. Nevarno je, kadar zaposleni nimajo možnosti odkritega pogovora glede agresivnega napada, ker je akutno napeta situacija za zaposlene zelo neprijetna. Zaposleni morajo zavarovati starostnika in sebe, morajo si

dovoliti možnost razmisleka in pomiritve, sploh takrat ko morajo isto osebo negovati še naprej (ohranjanje distance). Frustracija, bes in strah lahko ostanejo nepredelani in posledično zaposleni izgubi občutek za skrb in ni motiviran za delo. Potrebno je vzeti čas za premislek o reakcijah in takoj dokumentirati primer, kar je podlaga za pogovor in ukrepe, ter uvedbo aktivnosti ob takih in podobnih primerih (del negovalne dokumentacije). Pomemben je pogovor med zaposlenimi s potrebnim razvojem strategij za reševanje in preprečevanje agresivnega vedenja.

V preventivi agresivnega vedenja je potrebno vključiti izobraževanje vseh zaposlenih v smislu prepoznavanja, razumevanja in ukrepanja ob spremenjenem vedenju (komunikacija, deeskalacija, reševanje konfliktov). Nasveti za delo: vzpostavljanje očesnega kontakta pred začetkom negovanja, seznanitev starostnika o tem kaj se bo počelo in kaj lahko pričakuje. Pri transferju vedno postavite starostnika na noge in mu dajte čas, da začuti svoje telo, v roke mu dajte mehki predmet v izogib praskanju in prejemanju. Kadar starostnik ne želi spustiti že prejeto stvar, premislite s čim mu lahko pomagate in ga razbremenite pri njegovem vedenju ob upoštevanju že preizkušenih tehnik.

Povečana prisotnost sramu pri negovanju se pojavlja kadar so negovalci preobremenjeni pri starostnikovem izražanju spolnih potreb in na to odreagirajo. Moralne opredelitve kaj je dovoljeno, nedovoljeno, spodobno in nespodobno oblikuje podlage za občutke sramu. Sram je občutek, ki ga kljub trudu težko preprečimo in potlačimo. Notranji občutek sramu se navzven lahko pokaže kot prekomerno potenje, rdeča koža in spremenjene vitalne funkcije. Situacije, ki pripeljejo do občutka sramu so povezane z intimnim področjem in dotikom intimnih delov telesa pri negovanju.. Nenapovedani prihodi zaposlenih v prostore uporabnikov lahko zmotijo njihovo zasebnost na intimnem področju. Kadar zaposleni prekoračijo meje varne intimnosti se pri starostniku sproži sram (neprierno dotikanje določenih delov telesa ali besedno izražanje). Zakaj so zaposleni obremenjeni z občutki sramu? Strokovnjaki predvidevajo, da zaposleni včasih težko predelajo situacije, ki izražajo intimno bližino in jo ocenjujejo kot nenormalno ali nespodobno. V situacijah, ko jih starostnik preseneti izgubijo občutek varnosti in dovoljene sproščenosti pri svojem delu. Izražanje občutka sramu pri zaposlenih lahko ima za posledico opuščanje aktivnosti pri določenih starostnikih, izogibanju nadaljnjih kontaktov in izgubo samozaupanja pri delu. Podcenjevanje resnosti izražanja občutka sramu pri zaposlenem lahko sproži reakcije kot so: jeza, bes, agresivnost in depresija.

Preventiva za zmanjševanje občutkov sramu se nanaša na prepoznavanje reakcij ob teh situacijah v katerih je zaposleni neprierno reagiral in potrebuje spremembo občutkov ob danih situacijah.

Nazadnje so zaposleni izpostavljeni stikom z *biološkim materialom in izločki*, ki vključujejo vse telesne tekočine (kri, likvor, limfa) in izločke (blato, urin, izbljuvek), pri katerih med delom obstaja nevarnost

kontakta in večje tveganje za okužbe. Upoštevanje napisanih in zakonskih standardov, mora biti zapovedano vodilo za ustrezno ravnanje in zaščito vseh deležnikov v oskrbi.

3. Potrebe in stiske svojcev ob ostarelem starostniku

Namestitev obolelega starostnika v dom predstavlja za svojce stresno in krizno situacijo ter hudo obremenitev. Zavedajo se ločitve, ki pogosto povzroča krivdo in strah ter obenem nemoči ob prenosu odgovornosti na druge. Pogosto pride do občutkov sramu, ki ga zavračajo v obliki agresivnosti, strahu, iskanju krivcev kar je pogosto vzrok konfliktov.

Konflikt v družini vpliva na starostnika in njegovo počutje pri njegovem prilagajanju na novo okolje. V družini se konflikti kažejo tako, da se posamezni člani oddaljijo in odtujijo med seboj in z zaposlenimi v instituciji nimajo stikov niti posebnega odnosa. Spremenjeni odnosi med svojci in zaposlenimi se lahko ponovno vzpostavijo v smislu sodelovanja s ciljem kakovostne oskrbe. Svojci imajo zaščitno funkcijo pri oskrbi, sodelujejo s službami, ki podpirajo starostnika in pomagajo premagovati ovire zaradi bolezni. Zaposleni prispevajo h kakovosti in intenzivnosti prvega kontakta s svojci, jim poročajo o vrednotah in so odprti za sodelovanje. Sodelavci postajajo pomembne osebe za starostnika in imajo določene vloge v tem odnosu: podajajo informacije, usmerjajo k samooskrbi, svetujejo ter skupaj z njim iščejo rešitve itd. V tem kontekstu zaposleni omogočajo svojcem redne stike s starostnikom, sodelovanje v procesu oskrbe in ohranjanju socialnih kontaktov.

Partnerski odnos mora temeljiti na sistemu starostnik, svojci in zaposleni na horizontalni ravni, kar pomeni usklajevanje z dogovarjanjem, upoštevanjem potreb in skupno iskanje možnosti. Profesionalno gledano, namestitev starostnika v dom predstavlja alternativo domačem okolju in glede na to se porazdeli odgovornost med vsemi deležniki. Svojci so pristojni in pomembni za reševanje konfliktov znotraj odnosov z zaposlenimi. Večina svojcev kaže globoko emocionalno povezanost s starostnikom, ki jo ne morejo nadomestiti v instituciji, kar bi zaposleni mogli razumeti, saj pogosto predstavlja rešitev konfliktov in napetosti. Drug pomembni dejavnik konfliktov je vprašanje povezano s poznavanjem starostnika in njegovih potreb, ker pride do nezaupanja med svojci in zaposlenimi. Svojci so istočasno pomembni kot akterji in varuhi, ki zvišujejo zahtevnost negovanja v domu. Svojci predstavljajo vir podpore in istočasno pazijo na prezahtevnost starostnika in nepričakovane situacije. Ali je sodelovanje s svojci uspešno je velikokrat odvisno od zaposlenih? Pomoč svojcem sloni na razbremenitvi, podpori, prepoznavanju zahtevnosti negovanja in razumevanju odločitev za domsko oskrbo. Svojci potrebujejo pomiritev glede namestitve v dom, pomoč pri razumevanju duševnih,

telesnih in socialnih sprememb starostnika in razumevajoč in empatičen odnos pri sprejemanju sprememb pri starostniku.

Večina svojcev zaupa v domsko oskrbo in kakovost obravnave. Približno ena petina svojcev ni prepričana v to trditev, ker imajo dolgoletne izkušnje iz domačega negovanja oziroma nege na domu. Profesionalno oskrbo razumejo kot razbremenitev in prepustitev skrbi za nego zaposlenim v domu. Svojci so na različni področji komunikacije pomoči in oskrbe zelo dobri in pomembni partnerji v prijaznem odnosu

Svojci predstavljajo pomemben povezovalni člen med prejšnjim življenjskim okoljem in sedanjim. Približno petina svojcev nadzira zaposlene pri njihovem delu z namenom preverjanja kakovosti in količine oskrbe z namenom psihične razbremenitve ob namestitvi starostnika v dom. Kadar so prepričani v optimalno obravnavo je manj nadzora nad obravnavo. Zaposleni razvrščajo svojce v štiri skupine: aktivne negovalce, psihosocialno stabilne, občasne pomočnike in ukazovalne svojce.

4. Vloga starostnika v procesu oskrbe

Oskrba v institucionalnem okolju je opisna kategorija in se na splošno nanaša na dejstvo, da je oseba odvisna od pomoči drugih oseb zaradi starosti, bolezni ali drugega zdravstvenega problema. Premestitev v domsko okolje je običajno zaradi nezmožnosti samostojnega izvajanja določenih življenjskih aktivnosti. Za merjenje potreb po oskrbi obstajajo številne lestvice. Pogosto uporabljeni merilni instrumenti za aktivnosti vsakodnevnega življenja ali instrumentalne dnevne aktivnosti. Zaradi različnih stopenj potrebne podpore se starostniki razvrstijo v kategorije ali stopnje oskrbe.

Samoodločba, neodvisnost in nadzor nad svojim življenjem, so ključni dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja starostnikov. V večjem številu študij o kakovosti življenja starostnikov, avtorji poročajo o pomenu različnih vidikov neodvisnosti in avtonomije ter mobilnosti in njihove samostojnosti. Potreba po dobrem zdravju z ohranjanjem neodvisnosti v starosti je posebej poudarjena. Na zdravstvenem in socialnem področju so te teme osrednjega pomena in se obravnavajo v povezavi z mnogimi vidiki življenja. V podporo starostnikom je pomembno vprašanje ali je oskrba potekala na domu ali v zavodu. Pomembno je razumeti trditve, da se poleg zdravstvenih težav in odvisnosti od drugih, z leti starosti zmanjša kakovost življenja ob poslabšanju funkcionalnih sposobnosti, ki peljejo do zmanjšanja zadovoljstva z življenjem in poslabšanja duševnega zdravja (depresija, anksioznost).

Prvi stik z institucijo (domskim okoljem) je pomemben saj starostnik mora dobiti občutek, da smo ga pričakovali in, da je dobrodošel. Stanovalec si ogleda svojo sobo in vse glavne prostore z možnostjo klica v sili. Ob prvem pogovoru se zapišejo vse želje, skrbi, potrebe in nedavne izkušnje. Z zbranimi

podatki se lahko dela po standardu za ocenjevanje ustrezne oskrbe in podpore. Oceni se stopnja potrebne pomoči, ki jo starostnik potrebuje za ohranjanje dobrega zdravja, zadovoljstva in kakovosti življenja.

Vodja zdravstvene nege in oskrbe načrtuje pogovore, da bi zagotovil optimalno nadaljnjo pomoč, z namenom udobnega počutja v novem okolju z ohranjanjem avtonomije. Poleg tega je s stanovalcem potrebno vzpostaviti spoštljiv odnos z možnostjo aktivnega sodelovanja. Naloge zaposlenih v oskrbi so usmerjene v podporo, spodbudo in spremljanje starostnikov pri njihovih aktivnostih, ki izhajajo iz tega da je starostnik v oskrbi subjekt, ki mu je potrebno nuditi dostojno oskrbo in obravnavo.

Evropska listina o pravicah in dolžnostih pomoči in negovanje potrebnih starejših navaja 10 najbolj temeljnih pravic in dolžnosti, ki jih v oskrbi spoštujemo in se nanašajo na:

1. Pravico starostnika do dostojanstva, fizičnega in duševnega dobrega počutja, svobode in varnosti kadar potrebuje pomoč in negovanje. Spoštovanje človeškega dostojanstva je neodvisno od blaginje, starosti, rase, barve kože, nacionalnosti ali družbenega porekla, finančnih sredstev, prepričanj, spola, spolne usmerjenosti ali identitete. Prav tako vključuje spoštovanje in varovanje telesnega, spolnega, duševnega, čustvenega, finančne in materialne blaginje. Splošno velja zaščita starostnikov in oseb odvisnih od negovanja in pomoči pred kakršnimi koli grožnjami in vse kršitve je potrebno ustrezno obravnavati.
2. Pravico do samoodločbe in spoštovanja svobodne volje in izbire starostnikov kadar potrebujejo pomoč in nego in ta pravica velja tudi za tretjo osebo, ki nastopa kot zastopnik njegovih interesov. Znotraj te pravice so vključeni: oblikovanje samostojnega življenja, spoštovanje mnenj, želja in odločitev, tudi ko je izražanje omejeno, sodelovanje pri vseh odločitvah, prilagajanje okolja potrebam starostnikov, prevzemanje nadzora nad lastnino, dohodkom in upravno pravnimi zadevami. Zajema tudi podporo in pomoč kadar jo starostnik potrebuje.
3. Pravico do spoštovanja zasebnosti in varnosti kadar starostnik potrebuje pomoč in nego. Pravica starostnikov je potreba po zasebnosti, ki vključuje spoštovanje individualnosti, zagotavljanje intimnosti in diskretnosti, spoštovanje čustev, empatičnega odnosa pri oskrbi in zmanjšanje kakršnikoli omejitev, mora biti spoštovana. Zajema tudi pravico za nemoteno sprejemanje informacij in vse oblike komunikacije v zaupnem okolju.
4. Pravico do ustreznih standardov kakovosti oskrbe, ki je prilagojena osebnim potrebam starostnikov s pravico do kvalificiranega osebja za neprekinjeno zdravstveno oskrbo, pomoč in zdravljenje, ki temelji na osebnih potrebah, brez diskriminacije z usklajevanjem potreb po oskrbi. Informacije o oskrbi morajo biti jasne in pregledne, stroški urejeni s pogodbo.

5. Pravico do posameznih informacij in nasvetov kot predpogoj za uravnotežene odločitve s pravico do posameznih informacij glede zdravja, zdravljenja in tveganj s tem v zvezi ter nasvetov pri sprejemanju odločitev. Vključuje pravico dostopa do osebnih zdravstvenih podatkov, nasvetov glede koristnih prostočasnih aktivnosti ter spremembe stroškov v pogodbi.
6. Pravico do komuniciranja, sodelovanja v družbi in vključevanja v kulturne dejavnosti s pravico do interakcije z drugimi, sodelovanja v družbenem življenju, vseživljenjskim učenjem in kulturnim udejstvovanjem.
7. Pravico do svobode izražanja, misli in svetovnega nazora, kulture in religije s pravico do uveljavljanja prepričanj in vrednot, verskega prepričanja in kulturnih dogodkov. Starostnik lahko zanika sodelovanje v verskih dejavnostih in zavrne predstavnike religije. Vključuje pravico do spoštovanja in medsebojne strpnosti, ne glede kulturno ozadje, religiozne vrednote ali obrede s pravico do življenja po svojih prepričanjih in vrednotah. Zaščiteni so proti kakršnikoli neželenemu ideološkemu, političnemu ali religioznemu pritisku in lahko zahtevajo zaščito.
8. Pravico do paliativne oskrbe, podpore in spoštovanja smrti in dostojanstvenega umiranja s pravico do upoštevanja vseh možnosti do sočutne pomoči in paliativne oskrbe, učinkovitih ukrepov za lajšanje bolečin, vključenosti v spremljanje zadnje faze svojega življenja z upoštevanjem želj ter strokovno podporo v terminalni oskrbi, in odločanje o ukrepih za podaljševanje življenja. Paliativna oskrba se izvaja v okviru nacionalnih smernic.
9. Pravico do odškodnine v primeru napačnega ravnanja, nasilja in zanemarjanja vključuje pomoč ali zavrnitev pomoči, v slučaju nasilja in slabega ravnanja, ne glede na to ali je za starostnika poskrbljeno v zavodu ali v oskrbi na domu, s pravico prijave zlorab, brez nadaljnjih posledic. Zdravstveno osebje je ustrezno usposobljeno za odkrivanje znakov nasilja in slabega ravnanja in uporablja ukrepe za zaščito pred nadaljnjim slabim ravnanjem
10. Dolžnosti starejših potrebnih pomoči in oskrbe da spoštujejo pravice in potrebe tistih ljudi, ki so v njihovem okolju, da spoštuje življenje in delo ter splošni interes skupnosti v kateri živi, in da so njihove pravice in svoboščine usklajene s pravicami drugih članov v skupnosti.

5. Zlorabe in nasilje v oskrbi starostnikov

Nasilje je dejanje, ki vključuje namerno ali zaznano namero telesnega poškodovanja druge osebe. Druga definicija govori o sistematičnim nasilju, ko ne gre le za fizični napad, temveč tudi za vse oblike ravnanja in opustitve ravnanj, ki imajo za posledico negativen vpliv na življenjsko situacijo ali počutje starejših. Nasilje je namerna uporaba fizične sile ali psihične moči nad drugo osebo, skupino ali

skupnostjo, ki se kaže s konkretno ali potencialno poškodbo, smrtjo, duševno poškodbo, ali drugim negativnim učinkom.

Pogosti posredni vzroki nasilja so v oskrbi starostnikov povezani s stresnimi situacijami, v domačem ali institucionalnem okolju. V domačem okolju morajo svojci prevzeti velik del oskrbe starejših, ki predstavlja nepoučenim veliko obremenitev. Zaposleni v institucionalni oskrbi so pri svojem delu lahko storilci in žrtve nasilja (ogroženi s strani stanovalcev, svojcev in/ali obiskovalcev).

Vzroki *nasilnosti zaposlenih* so v nezadostni pripravljenosti na situacije v oskrbi, pomanjkanju podpore v času oskrbe, neravnovesju moči in oblikah odvisnosti starostnika, ki obremenjujejo medosebni odnos. Sprožilec nasilja so lahko osebni problemi zaposlenih kot so bolezen, zasvojenost, nezadovoljstvo z pogoji dela in samim delom. Dosedanje raziskave potrjujejo, da sta v institucionalnem okolju največja vzroka omejen čas za izvajanje aktivnosti oskrbe ter kvalifikacijski in kadrovske normativ za oskrbo starostnikov. Razlogi za neprepoznavanje nasilja so: visoka stopnja sramu pri žrtvah, odvisnost žrtve od pomoči in oskrbe od storilca, nezmožnost žrtve da prijavi ali izrazi nasilna dejanja (demenca), zaradi prikrivanja zasebnosti v domačem okolju ter potlačevanja doživljanja nasilja.

Potencialno so bolj ogroženi tisti starostniki, ki so v višji starosti, oboleli z demenco, starostniki z zdravstvenimi problemi in funkcionalno ovirani, tisti, ki so socialno izolirani, z boleznimi odvisnosti, z obstoječimi ali v preteklosti družinskimi ali partnerskimi konflikti, ki živijo z negovalcem v omejenem stanovanjskem prostoru in tisti, ki so v odvisnem odnosu od negovalca ali skrbnika.

V raziskavah omenjajo, da je področje zelo neraziskano in posamične študije navajajo, da je pojavnost različnih zlorab, nasilja in zanemarjanja obolelih okoli 15 % v domačem okolju. V institucionalnem okolju je ta delež višji, saj v ameriški raziskavi med zaposlenimi je 70 % zaposlenih povedalo, da je vsaj enkrat v zadnjem letu ravnalo s starostnikom nasilno ali grobo.

Opozorilni pri starostniku so lahko menjavanje zdravnika v domačem okolju, pozabljanje terminov za pregled, prestrašenost, sramežljivost, zaprtost in agresivnost in/ali ponovne in enake vidne poškodbe in težave.

Nasilje ali oblike zanemarjanja se kažejo na vseh področjih življenja in življenjskih aktivnosti v obliki:

- neposrednega fizičnega nasilja kot so: udarci, klofute, ščipanje, suvanje, uporaba prisilnih sredstev, odvzem gibalnih pripomočkov, omejevanje pomoči, povzročanje bolečin in drugo;
- posrednega telesnega nasilja npr. uporaba ne predpisanih zdravil za umirjanje in drugo;
- spolne zlorabe npr. preziranje individualnih mej sramu, intimni kontakti brez pristanka;

- emocionalnega ali psihičnega nasilja npr. verbalna agresija, preziranje, ignoriranje, brezobzirnost, socialna izolacija, grožnja s telesnim ali drugim nasiljem, zmerjanje ali poniževanje;
- finančnega ali drugega materialnega izkoriščanja npr. nepooblaščen odtujitev premoženja, nagovarjanje ali potreba po podarjanju denarja, kraja denarja ali vrednih reči in prisila za dajanje denarno vrednih reči;
- zanemarjanja, ki se kaže kot opuščanje neodložljive vsakodnevne higienske sli splošne skrbi, odtegnitev hrane in ali tekočine, pomanjkljiva nega in oskrba v postelji.

Možne negovalne situacije pri izvajanju nasilja se kažejo na področju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti kar je razvidno v Tabeli 4.

Tabela 4: Neprofesionalen odnos glede na temeljne življenjske aktivnosti

<i>Temeljna življenjska aktivnost</i>	<i>Neprofesionalen odnos v negovalnih situacijah</i>
Komunikacija	Zmerjanje, ignoriranje, neodzivanje, pokroviteljstvo, pogovor čez pacientovo glavo, sarkazem in ignoriranje, omejevanje komunikacije, laganje idr.
Gibanje	Uporaba sredstev za oviranje proti volji ali omejitev gibanja proti volji, napačne oblike pomoči, neprimerno in neustrezno dotikanje, dotikanje brez razloga idr.
Osebna higiena	Osebna nega proti volji, groba ravnanja pri negovanju, uporaba hladne ali prevroče vode, neustrezni in neprimerni dotiki intimnega predela, neprimerno dolgo puščanje starostnika brez obleke, brez zaščite pred pogledi drugih pri negovanju.
Izločanje	Nepotrebna katetrizacija ali vnaprejšnja uporaba pleničke, puščanje ležanja v izločkih, odklonitev spremstva na stranišče, ker uporabnik ima pleničko, predolgo čakanje na stranišču.
Prehranjevanje in pitje	Prisilno hranjenje in pitje, prehitro hranjenje, grobo hranjenje, pozabljanje na malico, odtegnitev dodatkov ali nepotrebna uvedba sonde ali PEG ali grožnja z njo.
Socialni stiki	Neupoštevanje osebe, zmanjšanje kontaktov, prižiganje ali ugašanja radijskega ali televizijske sprejemnika brez vprašanja, zaključek obiskov, prepoved obiskov izven določenih ur.
Spanje in počitek	Motenje dnevno nočnega ritma, prezgodnje zburjanje ali umivanje, pomirjanje z zdravili brez indikacije.

Preprečevanje nasilja v oskrbi postavlja pred posameznike etično in moralno držo pri zaščiti človekovih in pacientovih pravic, kadar opazijo kakršenkoli sum na zlorabe, nasilje ali zanemarjanje s strani sodelavca, svojca ali drugih oseb. Osebe, ki so kakorkoli odvisne od pomoči in oskrbe drugih ljudi so bolj ogrožene, zato smo dolžni ravnati v skladu z občečloveškimi in strokovnimi etičnimi normami.

Starostniki prihajajo v stik z zdravstvenim osebjem v splošni praksi vsaj petkrat letno ali pogosteje kadar so vključeni v oskrbo v instituciji ali na domu. Potrebno je opaziti spremenjeno razpoloženje pacienta, spremembe zdravstvenega stanja, oceniti zunanje pogoje in medosebni odnos. Potrebno je kritično ovrednotiti ali to drži, vključiti vodjo in vse deležnike, ustrezno svetovati, uvesti standarde, nadzor ter poiskati ustreznejšo oblike oskrbe. Poiskati je potrebno ustrezne strokovne informacije, individualno svetovanje in pomoč. Potrebno je uvesti ček liste za grožnjo ali obremenjenost z nasiljem.

Zaposleni v oskrbi in pomoči bodo imeli v prihodnosti zahtevne naloge, ki bodo zajemale: skrb za funkcionalno zdravje starostnikov, vzdrževanje njihovega zdravja kljub bolezni in tudi dejansko oskrbo pri vseh življenjskih aktivnostih. Zato je potrebno slediti spremenjenim sposobnostim starostnikov, nezadovoljenim potrebam in možnostim kompenzacije izgubljenih priložnosti. Tako bomo opremljeni z znanjem in veščinami za strokovno delo, ko bomo stali pred pomembnimi nalogami.

Uporabljena literatura pri pisanju priročnika:

Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Statistisches Bundesamt, 2016. Pridobljeno s: https://www.google.si/search?ei=8XfzWaD9IYjSwAK_kKDACg&q=%C3%A4ltere+menschen+in+Deutschland+und+der+EU&og=%C3%A4ltere+menschen+in+Deutschland+und+der+EU&gs_l=psy-ab.3...42381.44744.0.46204.0.0.0.0.0.0.0.0.0...0...1.1j2.64.psy-ab..0.0.0...0.hu-HoxYZZ2E
Dostopno: 20.9.2017.

Brown, L.E. et al. Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare. JAGS 58:122–128, 2010.

Czypionka, T. et al. Mehrfache chronische Erkrankungen als Herausforderung der Zukunft – Modelle der integrierten Versorgung aus der europäischen Praxis. *Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit*, 273-288, 2012.

de Vos et al. Integrated approach to prevent functional decline in hospitalized elderly: the Prevention and Reactivation Care Program (PReCaP). *BMC Geriatrics*, 12:7, 2012.

Demografske spremembe ter njihove ekonomske in socialne posledice. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2016.

Eurostat Portal Page - Population and social conditions – Population, 2013. Pridobljeno s: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_and_social_conditions
Dostopno: 20.10.2017.

Evropska Listina pravic in odgovornosti starejših, potrebnih dolgotrajne oskrbe in podpore. European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly, 2010.

Filipovič Hrast, M. & Hlebec, V. Staranje prebivalstva: oskrba, blaginja in solidarnost. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2015.

Gabrijelčič Blenkuš, M. & Stanojević Jerković, O. Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših - pregled stanja. Ljubljana: Inštitut za javno zdravje, 2010.

Gabrijelčič Blenkuš, M. & Robnik, M. Starostniki: od epidemiologije do specifičnih lastnosti populacije – nekateri spregledani (javno)zdravstveni problemi starejših. Pridobljeno s: http://www.sfd.si/uploads/datoteke/gabrijeli_blenku.pdf. Dostopno: 20.9.2017.

Gorše Muhič, M. Terapevtska komunikacija. Pregelj P., Kobentar R. Zdravstvena nega in zdravljenja duševnih motenj. Ljubljana: Rokus Klett, 2009.

Gorše Muhič, M. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa. Pregelj P., Kobentar R. Zdravstvena nega in zdravljenja duševnih motenj. Ljubljana: Rokus Klett, 2009.

Govc Eržen, J. & Petek Šter, M. Izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana: 2017.

Health 2020: the European policy for health and well-being. Pridobljeno s: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>. Dostopno: 20.9.2017.

Hermn, K. & Kuhn, C. Licht ins Dunkel bringen - Mit schwierigen Themen in der Pflege offen umgehen. Dresden: Offensive Gesund Pflegen c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2006.

- Høgsnes, L., et al. The existential life situations of spouses of persons with dementia before and after relocating to a nursing home. *Aging & Mental Health*, 2014. 18, 2:152–160. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.818100> Dostopno 20.9.2017.
- Honigh-de Vlaming et al. Effect evaluation of a two-year complex intervention to reduce loneliness in noninstitutionalised elderly Dutch people. *BMC Public Health*, 13:984, 2013
- Hvalič Touzery, S. Tradicionalne socialne mreže najstarejših ljudi v Sloveniji. *Kakovostna starost*, 17,1:: 2-15, 2014
- Hvalič Touzery, S. Zdravje, počutje in zadovoljstvo z življenjem najstarejših starih v Sloveniji. *Teorija in praksa* let. 51,: 2–3, 2014
- Kajzer, A. & Fajič, L. Demografske spremembe ter njihove ekonomske in socialne posledice. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2016.
- Kapun Milavec, M. Starost in staranje [Elektronski vir] : gradivo za 2. letnik. Ljubljana : Zavod IRC, 2011.
- Kastelic, M. Zadovoljstvo zaposlenih v socialno varstvenih zavodih kot dejavnik proti izgorevanju pri delu. Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede, 2011.
- Kavčič, M., Filipovič Hrast M. & Hlebec, V. Starejši ljudje in njihove strategije shajanja s tveganji za zdravje. *Zdrav Var*; 51: 163-172, 2012
- Kobal Straus K. Zadovoljstvo zdravstveno negovalnega osebja v zdravstveni negi in oskrbi v domu upokojencev Idriji. *Obzor Zdr N*; 40: 229–36, 2006.
- Kobentar R. Modeli obravnave oseb z demenco v domovih starejših občanov. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Pedagoška fakulteta, 2011.
- Koopmans, R.T.C.M., et al. Comprehensive assessment of depression and behavioral problems in long-term care. *International Psychogeriatrics* 22:7, 1054–1062, 2010.
- Koprivnikar, H., Gabrijelčič Blenkuš, M. & Drev, A. Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju / Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2012.
- Lette et al. Initiatives on early detection and intervention to proactively identify health and social problems in older people: experiences from the Netherlands *BMC Geriatrics*, 15:143, 2015.
- Ličen, S. et al. Demenca – izziv ali stiska zaposlenih v domovih za starejše. *Obzor Zdr N*.;44(1):13–9, 2010.
- Majcen, B. Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji, prvi rezultati raziskave SHARE. Inštitut za ekonomska raziskovanja, 2012.
- Medvešček M. Obravnava starejših bolnikov. Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Ljubljana: 95–97, 2011.
- Nagode, M. Delovni zvezek: Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj, 2014.
- Nagode, M., & A Srakar, A. Neformalni oskrbovalci: kdo izvaja neformalno oskrbo, v kolikšnem obsegu in za koga. V: Majcen B. Urad za ekonomska raziskovanja, 232-243, 2014.
- Olsen et al. Differences in quality of life in homedwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*,16:137, 2016.

- Pahor, M. & Hlebec, V. Socialna omrežja in zdravje: spremembe v Sloveniji. Zdrav Var 45: 175-185, 2006.
- Panikvar, N. 2013, Kazalci zlorab in nasilja nad starejšimi [na spletu]. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno s: <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?lang=slv&id=40119> . Dostopno 20.9.2017.
- Pap, Z., Habjanič A. & Belović, B. Kakovost življenja starostnikov z depresijo v domskem varstvu. Obzornik zdravstvene nege, 49(1), pp. 44–51. 2015.
- Risse, T. Kommunikation und Interaktion in der Pflege. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2010.
- Rogall-Adam, R. et al. Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2011.
- Rungapadiachy, D.M. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy, 2003.
- Schwarz, G. Wann ist der richtige Zeitpunkt für einen demenzkranken Menschen zum Umzug ins Pflegeheim. Tipps für Anrörungen. Alzheimer Barutung der Evangelischen Gessellschaft. Stuttgart: 2006.
- Srakar, A. Zdravstveno stanje starejših oseb: primerjava samoocene zdravstvenega stanja in objektivnih kazalnikov. V: Majcen B. Urad za ekonomska raziskovanja, 2014.
- Tančič Grum, A., Poštuvan, V., Roškar S. Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2010.
- Yang, K. & Victor, C. Age and loneliness in 25 European nations. Ageing & Society 31, 1368–1388, 2011.
- Železnik, D. & Rajčič, S. Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu. Obzornik Zdr N, 48(3), pp. 195–205. 2014.